

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-rtf.ru,
www.pochta.ru

на электронную версию:
elibrary.ru

ISSN 0869-866X. Пробл. соц. гиг.,
здравоохр. и истории мед. 2025. Т. 33.
№ 3. 329—540.



Издатель:
Акционерное общество
«Шико»

ОГРН 1027739732822

Переводчик В. С. Нечаев

Корректор И. И. Жданюк

Сдано в набор 30.04.2025.

Подписано в печать 30.06.2025.

Формат 60 × 88%. Печать офсетная.
Печ. л. 26,5. Усл. печ. л. 25,91. Уч.-изд. л. 33,17.

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

3

Том 33

2025

МАЙ—ИЮНЬ

Главный редактор:

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

Заместители главного редактора:

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

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

ЗАТРАВКИН Сергей Наркизович — доктор медицинских наук, профессор (Москва, Россия)

АНАНЧЕНКОВА Полина Игоревна — кандидат экономических наук, кандидат социологических наук, доцент (Москва, Россия)

Ответственный секретарь:

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

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

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

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

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

ВЕНДТ Сара — PhD, профессор (Флиндерс, Австралия)

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

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

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

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

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

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

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

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

РЕННЕР Андреас — PhD, профессор (Мюнхен, Германия)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

N. A. Semashko National
Research Institute of Public Health

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

Founded in 1993.

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

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

www.nriph.ru

Managing editor

Scheglova T. D.

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

E-mail: ttcheglova@gmail.com

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

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

Subscription to the electronic version of the
journal: www.elibrary.ru

PROBLEMY SOTSIALNOY GIGIENY, ZDRAVOOKHRANENIYA I ISTORII MEDITSINY

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

The bimonthly theoretical and practical journal

3

Volume 33

2025

MAY—JUNE

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.

Dzumalieva G. A. — MD, PhD, DSc, prof.

Zinchenko R. A. — MD, PhD, DSc, prof.

Zubok Yu. A. — PhD, DSc, prof.

Kasimova G. P. — MD, PhD, DSc, prof.

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

Polanin A. V. — PhD, DSc, prof.

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

Salaks Yu. M. — MD, PhD, DSc, prof.

СОДЕРЖАНИЕ

Здоровье и общество

Хабриев Р. У., Гасайниева М. М., Мингазова Э. Н. Региональные тренды рождаемости и заболеваемости населения: особенности в до- и постковидный периоды	333
Семёнов В. Ю., Самородская И. В. Сравнительный анализ смертности от злокачественных новообразований в г. Москве и Московской области	339
Чичерин Л. П., Щепин В. О., Загоруйченко А. А. Медико-психологическая помощь: понятие, теория, правовые основы	345
Шляфер С. И. Показатели работы скорой медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, в Российской Федерации	352
Волкова О. А. Потенциал общественных объединений по укреплению социального здоровья граждан в странах Евразийского экономического союза: социолого-демографический анализ	357
Садковская О. С., Муравьева Ю. П., Уляшева Ж. А., Решетников В. А. Критерии социально-экономического статуса в исследованиях здорового образа жизни различных групп населения в Российской Федерации: экспресс-обзор	363
Батрак Н. В., Иванова И. В. Анализ течения беременности, родов и состояния новорожденных у женщин с гестационным сахарным диабетом в г. Иваново с 2014 по 2022 г.	373
Ростовская Т. К., Князькова Е. А., Певцова Е. А. К вопросу инвалидизации мужчин в современном российском обществе	378
Сафонов А. Л., Шеожев Х. В., Некипелова Д. В. Вопросы повышения уровня занятости людей с ограниченными возможностями в России	383
Моисеева К. Е., Белохов Н. В., Симченко Н. А., Резник В. А., Симченко А. Е. Оценка доступности медицинской помощи жителям сельской местности	391
Банин И. Н., Черкасов С. Н. Модели поведения пациентов при взаимодействии с системой здравоохранения (на примере болезней органов пищеварения)	401
Амонова Д. С., Ананченкова П. И., Касимова Л. Н. Активное долголетие в повестке государственной демографической политики стран Содружества Независимых Государств	406
Погарская А. С. Обзор санкционных мер недружественных стран в отношении экспорта и реэкспорта медицинских изделий в Россию	414
Бобровская О. Н., Тимофеева М. Ю., Неёлова Е. А. Правовые средства защиты медицинских работников от необоснованных обвинений (притязаний) со стороны пациентов (процессуальный аспект)	424
Хайлова Ж. В., Омеляновский В. В., Михайлов И. А., Комаров Ю. И., Томилина Т. А., Ольков И. Г., Иванов С. А., Каприн А. Д. Анализ мероприятий по повышению эффективности противоопухолевой лекарственной терапии, хирургического и лучевого лечения пациентов с онкологическими заболеваниями	432
Гребеншичкова Л. Ю., Рад'ков О. В. Управленческая модель для оценки эффективности деятельности организаций родовспоможения Тверской области по снижению материнской и младенческой смертности	440
Amlaev K. R., Abdullah Alnizami. The risk and protective factors for noncommunicable diseases	445
Аликова З. Р., Калининская А. А., Джанаева А. Б., Джиоева И. А., Снатенкова П. А. Медико-демографические показатели здравоохранения села в Республике Северная Осетия — Алания	448
Омарова О. А., Агаларова Л. С. Исследование распространенности основных факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний среди жителей г. Махачкалы	453
Классовская М. И., Грасс Е. Ю. Мочекаменная болезнь у членов экипажа морских судов: профессиональные риски, профилактика и медицинское обеспечение	459
Ботнарюк М. В., Лепехина Ю. А. Сохранение психологического здоровья женщин-моряков в торговом судоходстве	465

CONTENTS

Health and Society

Khabriev R. U., Gasajnieva M. M., Mingazova E. N. The regional trends in natality and morbidity of population: characteristics of pre- and post-COVID periods	333
Semenov V. Yu., Samorodskaya I. V. The comparative analysis of mortality from malignant neoplasms in Moscow and the Moscow Oblast	339
Chicherin L. P., Shchepin V. O., Zagoruychenko A. A. The medical psychological care: concept, theory, legal fundamentals	345
Shlyafser S. I. The indicators of functioning of emergency medical care in hospital conditions in the Russian Federation	352
Volkova O. A. The potential of public associations on building up social health of citizen in the countries of Eurasian Economic Union: sociological demographic analysis	357
Sadkovaya O. S., Muravyeva Yu. P., Ulyasheva Zh. A., Reshetnikov V. A. The criteria of social economical status in studies of healthy life-style of different groups of population in the Russian Federation: the express review	363
Batrak N. V., Ivanova I. V. The analysis of of course of pregnancy, delivery and condition of newborns in women with gestational diabetes mellitus in Ivanovo in 2014–2022	373
Rostovskaya T. K., Knyazkova E. A., Pevtsova E. A. On the issue of disability of males in modern Russian society	378
Safonov A. L., Sheozhev H. V., Nekipelova D. V. The issues of increasing of employment level of persons with restricted possibilities in Russia	383
Moiseeva K. E., Belokhov N. V., Simchenko N. A., Reznik V. A., Simchenko A. Ye. The evaluation of accessibility of medical care of rural residents	391
Banin I. N., Cherkasov S. N. The models of behavior of patients under interaction with health care system as exemplified by digestive apparatus diseases	401
Amonova D. S., Ananchenkova P. I., Kasymova L. N. The active longevity in agenda of state demographic policy of countries of the Commonwealth of Independent States	406
Pogarskaya A. S. The review of sanction measures of unfriendly countries related to exporting and re-exporting of medical items to Russia	414
Bobrovskaya O. N., Timofeeva M. Yu., Neelova E. A. The legal means of protecting medical workers from unfounded accusations (claims) from patients (procedural aspect)	424
Khailova Zh. V., Omelyanovsky V. V., Mikhailov I. A., Komarov Yu. I., Tomilina T. A., Olkov I. G., Ivanov S. A., Kaprin A. D. The analysis of activities on increasing efficiency of antitumoral medicinal therapy, surgical and radiation treatment of patients with oncological diseases	432
Grebenshchikova L. Yu., Rad'kov O. V. The management model for evaluating efficiency of activities of maternity obstetric organizations of the Tver Oblast in decreasing maternal and infant mortality	440
Amlaev K. R., Abdullah Alnizami. The risk and protective factors for noncommunicable diseases	445
Alikova Z. R., Kalininskaya A. A., Dzhanaeva A. B., Dzhioeva I. A., Snatenkova P. A. The medical demographic indicators of rural health care in the Republic of North Ossetia-Alania	448
Omarova O. A., Agalarova L. S. The study of prevalence of main risk factors of development of chronic infectious diseases in residents of Makhachkala	453
Klassovskaya M. I., Grass E. Yu. The urolithiasis in members of seagoing craft crew: professional risks, prevention and medical support	459
Botnaryuk M. V., Lepekhina Yu. A. The maintenance of psychological health of female sailors in merchant shipping	465

- Головань Т. В. Обеспечение мер технического регулирования таможенными органами при импорте электронных сигарет как мера защиты жизни и здоровья граждан 472
- Садыков Р. М., Ахметов В. Я., Большакова Н. Л. Арт-терапия как здоровьесберегающая технология в работе с детьми из неблагополучных семей 480
- Костин А. А., Рябов М. М., Коновалов О. Е. Медико-социальные и психологические проблемы пациентов с диагнозом рак прямой кишки в послеоперационном периоде (обзор литературы) 487
- Блинкова Л. Н., Якушин М. А., Карпова О. В. Организация питания при когнитивных расстройствах и деменции (обзор) 494

Образование и кадры

- Гаража Н. А., Рзун И. Г., Заярная И. А., Зайковский Б. Б., Стрижак М. С. Инклюзивное образование в высшей школе: персонализация, доступность, цифровизация ... 502
- Шинкарева Н. В., Горенков Р. В., Пономарева Я. М., Александрова О. Ю., Шинкарев С. В., Фержауи А. В. Анализ психологических факторов, влияющих на адаптацию сотрудников поликлиник к изменениям в работе, в том числе в результате внедрения проектной деятельности 509

История медицины

- Vishlenkova E. A., Zatravkin S. N. The (un)governed market, or The history of russian pharma. A dystopia 517
- Гайдаров Г. М., Алексеевская Т. И., Демидова Т. В. Благотворительный капитал у истоков организации медико-социальной помощи незрячим детям Восточной Сибири в конце XIX века 523
- Коньшико Н. А., Матвеева Д. А., Коньшико Г. С., Волынец Л. И., Коньшико А. С. Атопический дерматит: история теории, практических основ и классификации от начала эры до Международной классификации болезней (обзор литературы) 533

- Golovan' T. V. The maintenance of technical regulation of activities of custom authorities at import of electronic cigarettes as measure of protection of life and health of citizen
- Sadykov R. M., Akhmetov V. Ya., Bolshakova N. L. The art-therapy as health-preserving technology at work with children from problem families
- Kostin A. A., Ryabov M. M., Kononov O. E. The medical social and psychological problems of patients with diagnosis of rectum cancer during post-surgery period: the publications review
- Blinkova L. N., Yakushin M. A., Karpova O. V. Nutrition management for cognitive disorders and dementia (overview)

Education and Personnel

- Garazha N. A., Rzun I. G., Zayarnay I. A., Zaikovskii B. B., Strizhak M. S. The inclusive education in higher school: personalization, accessibility, digitization
- Shinkareva N. V., Gorenkov R. V., Ponomareva I. M., Alexandrova O. Yu., Shinkarev S. V., Ferzhau A. V. The analysis of psychological factors impacting adaptation of workers of polyclinics to alterations in work including ones resulted from implementation of project activities

History of Medicine

- Vishlenkova E. A., Zatravkin S. N. The (un)governed market, or The history of Russian Pharma. A dystopia
- Gaidarov G. M., Alekseevskaya T. I., Demidova T. V. The charitable capital at sources of organization of medical social care of visually impaired children of the Eastern Siberia in XIX century
- Konyshko N. A., Matveeva D. A., Konyshko G. C., Volynets L. I., Konyshko A. C. The atopic dermatitis: history of theory, practical basis and classification from beginning of era to International Classification of Diseases: publications review

Здоровье и общество

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2025

УДК 614.2

Хабриев Р. У.¹, Гасайниева М. М.¹, Мингазова Э. Н.^{1, 2, 3}

РЕГИОНАЛЬНЫЕ ТРЕНДЫ РОЖДАЕМОСТИ И ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ: ОСОБЕННОСТИ В ДО- И ПОСТКОВИДНЫЙ ПЕРИОДЫ

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

²ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, 420012, г. Казань;

³ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, 125993, г. Москва

Обеспечение демографического благополучия страны является наиболее актуальной задачей в государственных программах социально-экономического развития, безопасности страны. Инструментами реализации обозначенных задач на государственном уровне являются действующая Концепция демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года, Указ Президента Российской Федерации «О национальных целях развития Российской Федерации на период до 2030 года и на перспективу до 2036 года», а также ряд других нормативно-правовых актов. Изучение региональных особенностей позволяет выявить специфику демографических проблем и разработать адресные меры, учитывающие локальные условия и потребности населения.

Представленные в статье результаты могут быть положены в основу оценки демографических трендов на уровне регионов Российской Федерации и могут рассматриваться как развитие теоретических положений в области управления демографическими процессами на федеральном и региональном уровнях. Кроме того, результаты анализа и моделирования дают возможность предположить, что демографические процессы в регионах детерминируются не только уровнем заболеваемости населения, но и рядом других факторов социального, экономического, институционального характера, что может быть положено в основу дальнейших исследований по данному вопросу.

Ключевые слова: демография; рождаемость; заболеваемость; население; регионы Российской Федерации; прогноз; тенденции; региональная политика.

Для цитирования: Хабриев Р. У., Гасайниева М. М., Мингазова Э. Н. Региональные тренды рождаемости и заболеваемости населения: особенности в до- и постковидный периоды. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2025;33(3):333-338. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2025-33-3-333-338>

Для корреспонденции: Мингазова Эльмира Нурисламовна, д-р мед. наук, профессор, главный научный сотрудник ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н. А. Семашко» Минобрнауки России, e-mail: elmira_mingazova@mail.ru

Khabrieв R. U.¹, Gasajnieva M. M.¹, Mingazova E. N.^{1, 2, 3}

THE REGIONAL TRENDS IN NATALITY AND MORBIDITY OF POPULATION: CHARACTERISTICS OF PRE- AND POST-COVID PERIODS

¹N. A. Semashko National Research Institute of Public Health, 105064, Moscow, Russia;

²The Federal State Budget Institution "The Kazan State Medical University", 420012, Kazan, Russia;

³The Federal State Budget Educational Institution of Additional Professional Education "The Russian Medical Academy of Continuous Professional Education" of Minzdrav of Russia, 125445, Moscow, Russia

The issue of national demographic well-being of population is the most actual task in the national state programs of social economic development and security. The tools implementing these tasks at state level are the current Concept of Demographic Policy of the Russian Federation for the period up to 2025, the Decree of the President of the Russian Federation "On the National Development Goals of the Russian Federation for the period up to 2030 and in perspective up to 2036" and also a number of other normative legal acts. The study of regional characteristics permits to identify specifics of demographic problems and to develop targeted measures considering local conditions and needs of population.

The presented results can be used as basis for assessing demographic trends at level of the Regions of Russian Federation and can be considered as development of theoretical propositions in the field of demographic process management at Federal and Regional levels. Besides, the results of analysis and modeling make it possible to assume that demographic processes in the Regions are determined not only by the level of morbidity of population, but by a number of other factors of social, economic and institutional nature that can be assumed as basis for subsequent studies of this issue.

Key words: demography; fertility; morbidity; population; Region; the Russian Federation; forecast; trends; Regional policy.

For citation: Khabrieв R. U., Gasajnieva M. M., Mingazova E. N. The regional trends in natality and morbidity of population: characteristics of pre- and post-COVID periods. *Problemi socialnoi gigieni, zdravoookhraneniia i istorii meditsini*. 2025;33(3):333-338 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2025-33-3-333-338>

For correspondence: Mingazova E. N., doctor of medical sciences, professor, the Chief Researcher of the Federal State Budget Scientific Institution "The N. A. Semashko National Research Institute of Public Health" of the Minobrnauka of Russia. e-mail: elmira_mingazova@mail.ru

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support.

Received 14.06.2024

Accepted 30.10.2024

Задачи по обеспечению демографического благополучия страны представляют собой важнейший приоритет в контексте социально-экономической политики и национальной безопасности [1—4]. В условиях глобальных вызовов и динамичных изменений в мире поддержание устойчивого роста численности населения и создание благоприятных условий для воспроизводства трудовых ресурсов становятся ключевыми факторами обеспечения долгосрочной стабильности и процветания государства. Вопросы демографической политики на региональном уровне включают широкий аспект ее факторных составляющих — уровень жизни, рождаемости, смертность, заболеваемость населения, ожидаемая продолжительность жизни [5—8]. Инструментами достижения указанных задач на уровне государства являются реализуемая в настоящее время Концепция демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года¹, Указ Президента РФ «О национальных целях развития Российской Федерации на период до 2030 года и на перспективу до 2036 года»² и ряд других нормативно-правовых документов.

Несмотря на то что вопросам исследования демографической ситуации в России традиционно уделяется значительное внимание, представляется важным сосредоточиться не только на общих тенденциях, но и на анализе демографических процессов на региональном уровне управления. Географическое положение, уровень доступности и качества медицинских услуг, а также культурно-поведенческие особенности населения различных регионов играют важную роль в формировании демографической повестки на уровне субъектов Российской Федерации и непосредственно влияют на динамику демографических процессов. Такой подход позволит более точно выявлять региональные демографические проблемы и разрабатывать адекватные меры реагирования, соответствующие местным условиям и потребностям населения.

Цель исследования — отразить основные тренды в демографических процессах регионов с акцентом на уровне рождаемости и заболеваемости населения с учетом их особенностей в до- и постковидный периоды.

Материалы и методы

На примере четырех регионов Российской Федерации (РФ), представляющих разные федеральные округа, — Республики Татарстан, Республики Дагестан, Республики Саха (Якутия) и Костромской области — проведено исследование трендов рождаемости и уровня заболеваемости населения с попыткой построения среднесрочного прогноза по данным показателям.

В качестве методов исследования использованы статистические и математические методы (анализ

динамических рядов, графическая интерпретация, дескриптивная статистика, корреляционный анализ, регрессионный анализ, прогноз временных рядов).

Среди анализируемых показателей использовалась официальная статистика, опубликованная на сайте Росстата, в частности показатели коэффициента рождаемости (на 1 тыс. населения)³ и уровень заболеваемости населения с диагнозом, установленным впервые в жизни (на 1 тыс. населения)⁴.

Динамический ряд анализируемых показателей охватывал период 2010—2023 гг. (официальных статистических данных по уровню рождаемости и заболеваемости населения в разрезе регионов РФ в 2024 г. на момент подготовки материала опубликовано не было).

Методика исследования включала следующие шаги:

- формирование динамического ряда анализируемых показателей в региональном разрезе;
- на основе метода графической интерпретации проведение визуального сравнительного анализа трендов изучаемых показателей по каждому региону;
- проведение расчета темпов роста (снижения), а также их средних значений по изучаемым показателям в долгосрочной (2010—2023) и краткосрочной динамике (2020—2023) в региональном разрезе и проведение их сравнительного анализа;
- построение модели линейной регрессии, отражающей зависимость коэффициента рождаемости от временного интервала, по каждому региону с выявлением регионов, имеющих более высокую «чувствительность» к изменению коэффициента рождаемости в 2010—2023 гг.; качество регрессионных моделей контролировалось показателями нормальности распределения остатков, мультиколлинеарности, достоверность полученных результатов обеспечивалась использованием робастных стандартных ошибок;
- на основе корреляционного анализа проверка наличия или отсутствия статистически значимой взаимосвязи между анализируемыми показателями в региональном разрезе; уровень статистической значимости для проверки гипотез был задан на уровне $p \leq 0,05$;
- на основе регрессионных моделей построение базового прогноза коэффициента рождаемости на среднесрочную перспективу 2024—2028 гг. в региональном разрезе.

Наиболее высокий коэффициент рождаемости наблюдался в Республике Дагестан, который в сред-

³ Рождаемость, смертность и естественный прирост. Режим доступа: https://rosstat.gov.ru/storage/mediabank/demo21_2023.xlsx

⁴ Число зарегистрированных заболеваний у пациентов с диагнозом, установленным впервые в жизни. Режим доступа: https://rosstat.gov.ru/storage/mediabank/chislo_zabolevan.xls

¹ Режим доступа: <https://base.garant.ru/191961/53f89421bbdaf741eb2d1ecc4ddb4c33/>

² Режим доступа: <http://www.kremlin.ru/acts/bank/50542>

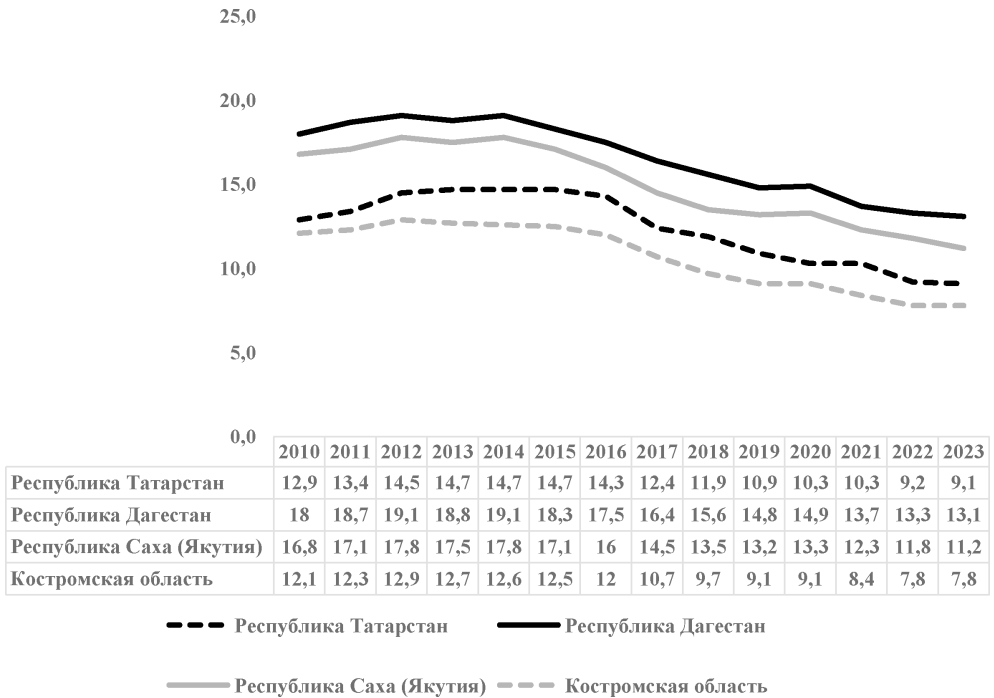


Рис. 1. Динамика коэффициента рождаемости (на 1 тыс. населения).

нем за 2010—2023 гг. составил 16,5 на 1 тыс. населения (в РФ — 11,5 на 1 тыс. населения), самый низкий средний уровень рождаемости населения отмечен в Костромской области — 10,7 на 1 тыс. населения. Однако обращает на себя внимание, что тренды коэффициента рождаемости имеют отрицательную динамику (рис. 1). Снижение коэффициента рождаемости отмечается как в долгосрочной динамике к 2023 г. относительно 2010 г., так и в краткосрочном периоде, начиная с 2020 г., что отчасти может быть детерминировано влиянием COVID-19 (см. рис. 1).

В 2010—2014 гг. фиксировался незначительный прирост коэффициента рождаемости в рассматриваемых регионах, однако в последующие годы он не закрепился, а имел динамику к снижению и достигению отрицательных значений.

Наибольшие темпы снижения коэффициента рождаемости в долгосрочной перспективе (2010—2023) отмечены в Костромской области (–3,2%) и Республике Саха (Якутия) (–3%). В республиках Дагестан и Татарстан темпы снижения коэффициента рождаемости в долгосрочной динамике были меньше, чем в РФ в целом (–2,4 и –2,5% соответственно против –2,8%).

В краткосрочной перспективе в постковидный период наибольшие темпы снижения коэффициента рождаемости отмечены в Республике Саха (Якутия) (–5,6%) и в Костромской области (–4,9%). В Республике Дагестан темпы его снижения составили –4,2%, что больше, чем в среднем по РФ (–3,9%), в Республике Татарстан (–3,9%) (табл. 1).

Подтверждением усиливающихся трендов на неблагоприятный прогноз коэффициента рождаемости населения стали полученные уравнения линейной регрессии, где наибольшее значение коэффициента регрессии было характерно для Республики Саха (Якутия) (–0,5391) и Костромской области (–0,5348) (табл. 2). Следовательно, правомерно предположить, что ежегодно коэффициент рождаемости в данных регионах снижался на 0,5391 и 0,5348 промилле. Представленные уравнения линей-

Таблица 1 Темпы снижения коэффициента рождаемости (в %)					
Год	Республика Татарстан	Республика Дагестан	Республика Саха (Якутия)	Костромская область	РФ
2011	3,9	3,9	1,8	1,7	0,8
2012	8,2	2,1	4,1	4,9	5,6
2013	1,4	–1,6	–1,7	–1,6	–0,8
2014	0,0	1,6	1,7	–0,8	0,8
2015	0,0	–4,2	–3,9	–0,8	0,0
2016	–2,7	–4,4	–6,4	–4,0	–3,0
2017	–13,3	–6,3	–9,4	–10,8	–10,9
2018	–4,0	–4,9	–6,9	–9,3	–5,2
2019	–8,4	–5,1	–2,2	–6,2	–7,3
2020	–5,5	0,7	0,8	0,0	–4,0
2021	0,0	–8,1	–7,5	–7,7	–2,1
2022	–10,7	–2,9	–4,1	–7,1	–6,3
2023	–1,1	–1,5	–5,1	0,0	–3,4
В среднем за 2010—2023 гг.	–2,5	–2,4	–3,0	–3,2	–2,8
В среднем за 2020—2023 гг.	–3,9	–4,2	–5,6	–4,9	–3,9

Таблица 2 Уравнения линейной регрессии коэффициента рождаемости		
Регион	Уравнения линейной регрессии	R²
Костромская область	$Y = -0,5348 \cdot X + 13,962$	87%
Республика Татарстан	$Y = -0,4253 \cdot X + 15,568$	71%
Республика Саха (Якутия)	$Y = -0,5391 \cdot X + 19,036$	87%
Республика Дагестан	$Y = -0,5048 \cdot X + 20,308$	88%

Примечание. Y — коэффициент рождаемости; X — временной период (год).

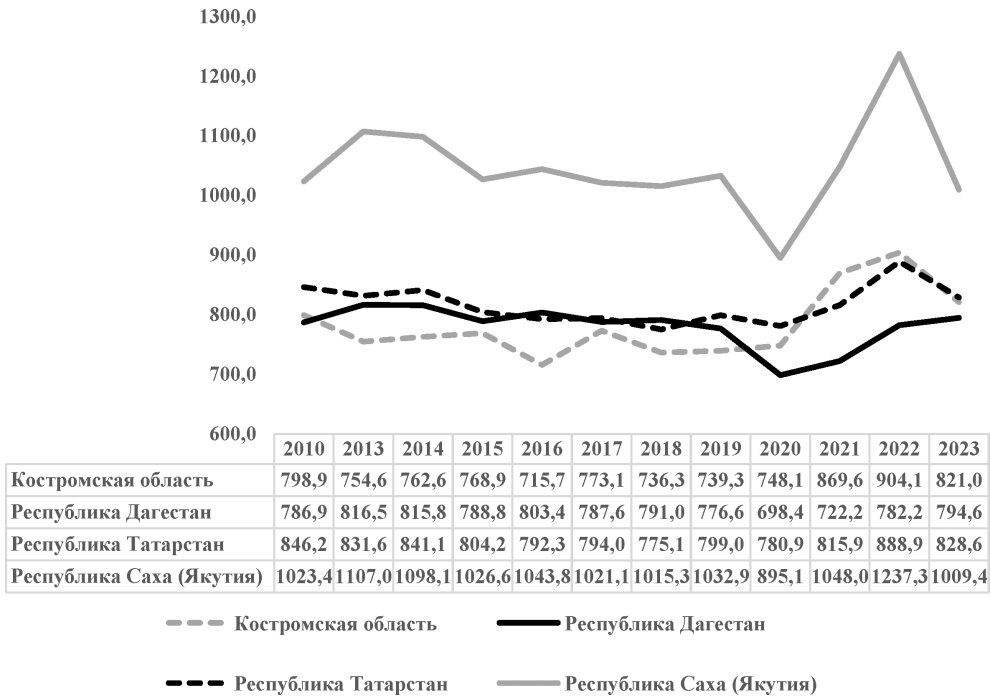


Рис. 2. Уровень заболеваемости населения с диагнозом, установленным впервые в жизни (на 1 тыс. населения).

ной регрессии имеют высокий уровень статистической значимости — коэффициент детерминации моделей варьирует от 71 до 88%, что позволяет использовать их в прогностических целях.

Правомерно предположить, что вопросы реализации демографической повестки, в том числе на уровне регионов, затрагивают такой аспект, как уровень заболеваемости населения.

Наиболее высокий уровень заболеваемости населения среди рассматриваемых регионов зафиксирован в Республике Саха (Якутия), он составил в среднем за 2010—2023 гг. 1046,5 случая на 1 тыс. населения, в Республике Татарстан — 816,5 в Костромской области — 782,7 в Республике Дагестан — 780,3 (для сравнения: в РФ — 797,6 случая на 1 тыс. населения).

Статистический анализ, направленный на выявление закономерности уровня заболеваемости населения, не позволил выявить однозначной устойчивой тенденции, поскольку периоды роста показателя (например, в 2013 г. в Республике Саха (Якутия), в 2014—2015 гг. в Костромской области и в 2020—2022 гг. во всех рассматриваемых регионах), чередовались с его снижением (например, в 2015—2018 гг.), что не позволяет говорить об устойчивом тренде. Визуализация динамических рядов уровня заболеваемости населения в рассматриваемых регионах также не позволяет говорить о стабильности данного показателя (рис. 2).

В долгосрочной динамике (2010—2023) во всех анализируемых регионах отмечен прирост уровня заболеваемости населения, за исключением Республики Татарстан, где средние темпы снижения уровня заболеваемости населения снизились на 0,1%. Наибольший средний прирост уровня заболеваемо-

сти населения был характерен для Костромской области (0,5%) и Республики Саха (Якутия) (0,4%); в Республике Дагестан он составил 0,2% (в РФ — 0,6%).

Вместе с тем в краткосрочной динамике в 2020—2023 гг. во всех рассматриваемых регионах отмечен прирост уровня заболеваемости населения, который был наибольшим в Республике Саха (Якутия) (5,6%), в Республике Дагестан (4,4%) и в Костромской области (3,7%), что превышало среднее значение темпов прироста в РФ (3,3%). В Республике Татарстан средний темп прироста уровня заболеваемости населения в 2020—2023 гг. был меньше такового в среднем по РФ и составил 2,2% (табл. 3).

Таким образом, существенное влияние на динамику темпов изменения уровня заболеваемости в регионах оказал COVID-19, что привело к «вспле-

Таблица 3

Темпы изменения уровня заболеваемости (в %)

Год	Костромская область	Республика Дагестан	Республика Татарстан	Республика Саха (Якутия)	РФ
2013	−5,5	3,8	−1,7	8,2	2,3
2014	1,1	−0,1	1,1	−0,8	−0,9
2015	0,8	−3,3	−4,4	−6,5	−2,0
2016	−6,9	1,9	−1,5	1,7	0,8
2017	8,0	−2,0	0,2	−2,2	−0,9
2018	−4,8	0,4	−2,4	−0,6	0,3
2019	0,4	−1,8	3,1	1,7	0,4
2020	1,2	−10,1	−2,3	−13,3	−3,4
2021	16,2	3,4	4,5	17,1	12,7
2022	4,0	8,3	8,9	18,1	4,7
2023	−9,2	1,6	−6,8	−18,4	−7,5
В среднем за 2010—2023 гг.	0,5	0,2	−0,1	0,4	0,6
В среднем за 2020—2023 гг.	3,7	4,4	2,2	5,6	3,3

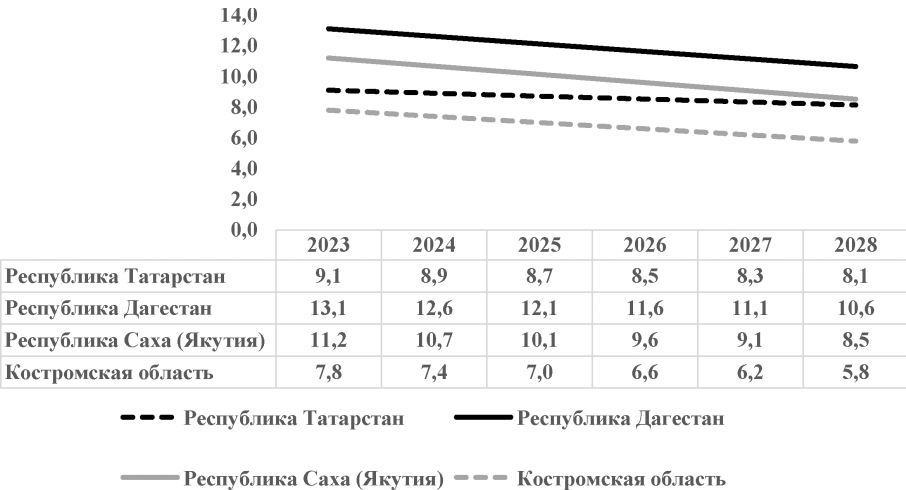


Рис. 3. Базовый прогноз коэффициента рождаемости (на 1 тыс. населения).

ску» уровня заболеваемости населения во всех рассматриваемых регионах с 2020 г. Данная особенность на языке аналитической статистики может быть охарактеризована как «выброс» — нехарактерная для тренда в целом особенность, искажающая его динамический тренд. В этой связи статистически достоверных моделей для прогнозирования уровня заболеваемости населения построить не представилось возможным, поскольку длина динамического ряда данного показателя в постковидный период еще незначительна (3—4 года). Поэтому прогностические модели для уровня заболеваемости населения регионов по показателям в период и после пандемии, по нашему мнению, строить на данный момент считаем нецелесообразным.

Корреляционный анализ не выявил высокой статистически значимой взаимосвязи между коэффициентом рождаемости и уровнем заболеваемости населения в разрезе рассматриваемых регионов ($p \geq 0,05$).

На следующем этапе исследования с использованием уравнений линейной регрессии был построен среднесрочный базовый прогноз динамики коэффициента рождаемости на перспективу до 2028 г. По полученным на основе моделирования данным можно ожидать, что при сохранении существующих тенденций коэффициент рождаемости в Республике Татарстан сократится с 9,1 на 1 тыс. населения в 2023 г. до 8,1 в 2028 г. (темп снижения в 2028 г. относительно 2023 г. составит 10,6%), в Республике Дагестан — с 13,1 до 10,6 на 1 тыс. населения (темп снижения составит 18,7%), в Республике Саха (Якутия) — с 11,2 до 8,5 на 1 тыс. населения (темп снижения составит 23,9%), в Костромской области — с 7,8 до 5,8 на 1 тыс. населения (темп снижения составит 25,9%). Следует отметить, что в регионах с более низким коэффициентом рождаемости, например Костромской области, темпы его снижения в среднесрочной перспективе будут более значительными на фоне других субъектов федерации.

Визуализация прогностических трендов изменения коэффициента рождаемости в анализируемых регионах представлена на рис. 3.

Заключение

Представленные в статье результаты могут быть положены в основу оценки демографических трендов на уровне регионов Российской Федерации и могут рассматриваться как развитие теоретических положений в области управления демографическими процессами на федеральном и региональном уровнях. Результаты анализа и моделирования дают возможность предположить,

что демографические процессы в регионах детерминированы не только уровнем заболеваемости населения, но рядом других факторов социального, экономического, институционального характера, что может быть положено в основу дальнейших исследований по данному вопросу.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Федорова Ю. Е., Кузьмина В. М. Глобальная демографическая проблема и Россия. В сб.: Экономическая безопасность: правовые, экономические, экологические аспекты: Сб. научных статей 7-й Международной научно-практической конференции. Курск; 2022. С. 462—4.

2. Шарапова О. В., Самойлова А. В., Мингазова Э. Н., Герасимова Л. И. Картографический анализ состояния показателей общей заболеваемости и смертности населения в субъектах Российской Федерации за 10-летний период. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2020;28(5):822—6. doi: 10.32687/0869-866X-2020-28-s1-822-826

3. 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

4. Хабриев Р. У., Мингазова Э. Н., Шигабутдинова Т. Н. Основные тенденции медико-демографических показателей в Республике Татарстан (1991—2018). *Общественное здоровье и здравоохранение*. 2019;3(63):5—10.

5. Бучнева К. Ю. Проблема рождаемости: демографический кризис Тамбовского края. *Телескоп: журнал социологических и маркетинговых исследований*. 2024;2(14):131—6. doi: 10.24412/1994-3776-2024-2-131-136

6. Мингазова Э. Н., Щепин В. О., Железова П. В. Особенности медико-демографического процесса в Костромской области как региона Центральной России. *Менеджер здравоохранения*. 2019;(9):52—61.

7. Лебедева У. М., Мингазова Э. Н. Основные показатели заболеваемости и ожидаемая продолжительность жизни населения северного региона России. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2020;28(5):773—7. doi: 10.32687/0869-866X-2020-28-s1-773-777

8. Мингазова Э. Н., Щепин В. О., Гасайниева М. М. Особенности медико-демографического развития Республики Дагестан. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2019;27(6):1015—21. doi: 10.32687/0869-866X-2019-27-6-1015-1021

REFERENCES

1. Fedorova Yu. E., Kuzmina V. M. The global demographic problem and Russia. In: Economic security: legal, economic, environmental aspects: Collection of scientific articles of the 7th International Scientific and Practical Conference. Kursk; 2022. P. 462–4 (in Russian).
2. Sharapova O. V., Samoilova A. V., Mingazova E. N., Gerasimova L. I. Artographical analysis of the status of indicators of total morbidity and mortality of population in subjects of the Russian Federation for 10 years. *Problemy sotsialnoi gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2020;28(S):822–6. doi: 10.32687/0869-866X-2020-28-s1-822-826 (in Russian).
3. Khabriev R. U., Mingazova E. N., Ziatdinov V. B., Lebedeva U. M., Shigabutdinova T. N., Zhelezova P. V., Gasaynieva M. M. Forecast of the birth rate and prevalence of the population of subjects of the Russian Federation from the position of assessment of their reproductive potential. *Zdravookhraneniye Rossiyskoy Federatsii*. 2021;65(6):507–13. doi: 10.47470/0044-197X-2021-65-6-507-513 (in Russian).
4. Khabriev R. U., Mingazova E. N., Shigabutdinova T. N. The main trends of medical and indicators in the Republic of Tatarstan (1991–2018). *Obshchestvennoye zdorov'ye i zdravookhraneniye*. 2019;3(63):5–10 (in Russian).
5. Buchneva K. Yu. The problem of fertility: the demographic crisis of the Tambov region. *Teleskop: zhurnal sotsiologicheskikh i marketingovykh issledovaniy*. 2024;2(14):131–6. doi: 10.24412/1994-3776-2024-2-131-136 (in Russian).
6. Mingazova E. N., Schepin V. O., Zhelezova P. V. Features of the medical and demographic process in the Kostroma region as a region of Central Russia. *Menedzher zdravookhraneniya*. 2019;(9):52–61 (in Russian).
7. Lebedeva U. M., Mingazova E. N. Main indicators of morbidity and expected long life of the population of the Northern region of Russia. *Problemy sotsialnoi gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2020;28(S):773–7. doi: 10.32687/0869-866X-2020-28-s1-773-777 (in Russian).
8. Mingazova E. N., Schepin V. O., Gasaynieva M. M. The characteristics of medical demographic development of the Republic of Dagestan. *Problemy sotsialnoi gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2019;27(6):1015–21. doi: 10.32687/0869-866X-2019-27-6-1015-1021 (in Russian).

Семёнов В. Ю.¹, Самородская И. В.²

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ СМЕРТНОСТИ ОТ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ В г. МОСКВЕ И МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ

¹ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр сердечно-сосудистой хирургии имени А. Н. Бакулева» Минздрава России, 119049, г. Москва;

²ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Минздрава России, 101000, г. Москва

Москва и Московская область образуют Московскую агломерацию, однако городские жители имеют преимущества перед сельскими. Вклад смертей от злокачественных новообразований в смертность от всех причин в Москве выше (23,3±0,5 и 18,3±2,8% соответственно), чем в Московской области (15,0±0,3 и 12,3±2,2%). Стандартизованный коэффициент смертности от злокачественных новообразований составил в Москве 146,82±2,05 на 100 тыс. населения в 2017–2019 гг. и 131,35±8,92 в 2020–2022 гг., а в Московской области — 138,54±0,12 и 131,84±4,10 соответственно. И в Москве, и в Московской области в оба периода 80% смертей от всех злокачественных новообразований обуславливали 14 из 33 групп злокачественных новообразований, 13 из них совпадали в обоих субъектах РФ. Доля злокачественных новообразований пяти локализаций (трахея/бронхи/легкие, колоректальный рак, желудок, молочная железа, поджелудочная железа) составила в Москве 50,6 и 51,7%, в Московской области — 55,1 и 55,2% в два периода соответственно. Пандемия COVID-19 не привела к увеличению стандартизованного коэффициента смертности от злокачественных новообразований, но привела к уменьшению ее доли в структуре общей смертности. Несмотря на имеющиеся различия между Москвой и Московской областью, смертность от злокачественных новообразований в обоих субъектах РФ различается несущественно, а структура причин смертности от злокачественных новообразований практически одинакова. Полученные данные являются дополнительным основанием для подтверждения достаточной эффективности системы организации медицинской помощи больным со злокачественными новообразованиями в изучаемых субъектах РФ.

Ключевые слова: злокачественные новообразования; причины смерти; смертность; смертность онкологическая.

Для цитирования: Семёнов В. Ю., Самородская И. В. Сравнительный анализ смертности от злокачественных новообразований в г. Москве и Московской области. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2025;33(3):339—344. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2025-33-3-339-344>

Для корреспонденции: Семёнов Владимир Юрьевич, д-р мед. наук, профессор, заместитель директора ИКХ имени В. И. Бураковского ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр сердечно-сосудистой хирургии имени А. Н. Бакулева» Минздрава России, e-mail: semenov.opora@gmail.com

Semenov V. Yu.¹, Samorodskaya I. V.²

THE COMPARATIVE ANALYSIS OF MORTALITY FROM MALIGNANT NEOPLASMS IN MOSCOW AND THE MOSCOW OBLAST

¹The Federal State Budget Scientific Institution “A. N. Bakulev Research Center of Cardiovascular Surgery” of Minzdrav of Russia, 119049, Moscow, Russia;

²The Federal State Budget Institution “The National Medical Research Center of Therapy and Preventive Medicine” of Minzdrav of Russia, 101000, Moscow, Russia

The City of Moscow and the Moscow Oblast form the Moscow agglomeration, but urban residents have advantages over rural ones. The contribution of deaths from malignant neoplasms (MNP) into mortality from all causes is higher in Moscow (23.3±0.5% and 18.3±2.8%) than in the Moscow Oblast (15.0±0.3% and 12.3±2.2%). The standardized mortality rate from MNP in Moscow made up to 146.82±2.05 per 100,000 of population in 2017–2019 and 131.35±8.92 in 2020–2022. In the Moscow Oblast the mentioned indicator made up to 138.54±0.12 and 131.84±4.10, respectively. In both City of Moscow and the Moscow Oblast 80% of deaths from all MNP in 2017–2019 and 2020–2022 were caused by 14 out of 33 groups with MNP and 13 of them coincided in both Subjects of the Russian Federation. The percentage of MNP of five localizations (trachea/bronchi/lungs, colorectal cancer, stomach, breast and pancreas) in Moscow made up to 50.6% and 51.7%, and in the Moscow Oblast up to 55.1% and 55.2% in both time periods accordingly. The COVID-19 pandemic resulted not in increasing of standardized mortality rate from MNP, but in decreasing of its percentage in the structure of total mortality. Despite differences between Moscow and the Moscow Oblast, the mortality from MNP in both Subjects of the Russian Federation differs insignificantly, and structure of causes of mortality from MNP is factually the same. The obtained data is an additional basis to confirm sufficient efficiency of the system of organization of medical care of patients with MNP in the studied Subjects of the Russian Federation.

Key words: malignant neoplasm; causes of death; mortality; oncological mortality.

For citation: Semenov V. Yu., Samorodskaya I. V. The comparative analysis of mortality from malignant neoplasms in Moscow and the Moscow Oblast. *Problemi socialnoi gigienii, zdravookhraneniia i istorii meditsini*. 2025;33(3):339–344 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2025-33-3-339-344>

For correspondence: Semenov V. Yu., doctor of medical sciences, professor, the Deputy Director of the V. I. Burakovskiy Institute of Cardio-Surgery of the Federal State Budget Scientific Institution “The A. N. Bakulev Research Center of Cardiovascular Surgery” of Minzdrav of Russia. e-mail: semenov.opora@gmail.com

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support.

Received 26.06.2024

Accepted 30.10.2024

Введение

По прогнозу Всемирной организации здравоохранения, число новых случаев злокачественных новообразований (ЗНО) в мире достигнет 21,6 млн к 2030 г. С учетом этого в 2017 г. Всемирная ассамблея здравоохранения приняла резолюцию «Профилактика рака и борьба с ним в контексте комплексного подхода», в которой призвала правительства государств-членов активизировать действия, предусмотренные Глобальным планом действий по борьбе с неинфекционными заболеваниями, а также Повесткой дня ООН в области устойчивого развития на период до 2030 г. по профилактике и лечению ЗНО [1].

В РФ борьба с ЗНО является одним из приоритетов. Об этом свидетельствует тот факт, что расходы федерального бюджета на программу борьбы с онкологическими заболеваниями практически в 13 раз больше расходов на программу борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями [2].

Заболеваемость и смертность от онкологических заболеваний привлекает определенное внимание исследователей. В научной литературе доступно небольшое число публикаций о смертности от ЗНО в различных регионах страны [3—7]. При этом показатели смертности от ЗНО значительно различаются между субъектами РФ. Стандартизованные коэффициенты смертности (СКС) зависят от множества факторов, в том числе от критериев установления диагноза и причин смерти. Также существуют достоверные различия СКС между ЗНО с точным указанием локализации и ЗНО других и неточно обозначенных локализаций [8].

Следует отметить, что в России стандартизованные показатели смертности от ЗНО среди мужского населения выше в 1,9 раза, чем среди женского. При этом есть существенные различия в структуре причин смерти от ЗНО. В 2023 г. у мужчин на первом месте находился рак трахеи (25,6% случаев), бронхов, легкого, на втором — опухоли желудка (9,4%), на третьем — рак предстательной железы (8,3%). У женщин первое место среди причин смерти от ЗНО занимают ЗНО молочной железы (15,9%), второе — ободочной кишки (9,6%), третье — поджелудочной железы (8,1%). Следует отметить, что с годами абсолютное число умерших от ЗНО в стране значимо не меняется [4]. В Москве и в Санкт-Петербурге наибольшие значения СКС зарегистрированы от рака трахеи, бронхов, легкого, ободочной кишки и молочной железы [9].

Москва и Московская область, образуя Московскую агломерацию, тесно взаимосвязаны, в первую очередь из-за маятниковой миграции населения. Кроме того, значительная часть москвичей фактически проживает в Московской области. Также в Московской области более 20% населения составляют сельские жители. Все это сказывается на показателях заболеваемости и смертности населения двух субъектов РФ. При этом существует проблема неравенства между городскими и сельскими жителями с

точки зрения обеспеченности доступной и качественной медицинской помощью и лекарствами для онкологических пациентов [10].

Цель исследования — сравнение структуры причин смертности от ЗНО в Москве и Московской области до и во время пандемии COVID-19.

Материалы и методы

По запросу Национального медицинского исследовательского центра терапии и профилактической медицины получены данные Росстата о среднегодовой численности населения и числе умерших в одноклеточных возрастных группах и по нозологическим формам на основе «Краткой номенклатуры причин смерти Росстата» (КНПСР) в 2017—2022 гг. СКС на 100 тыс. населения рассчитывали с помощью программного обеспечения (номер государственной регистрации программы для ЭВМ 216661114) с использованием Европейского стандарта населения (European Standard Population) методом прямой стандартизации. Проведено сравнение средних значений СКС по группе причин «злокачественные новообразования» и отдельных причин, входящих в данную группу, за 3 года до начала пандемии новой коронавирусной инфекции (2017—2019) и за последние 3 года (2020—2022) в г. Москве и Московской области. Проанализированы изменения структуры причин смертности от ЗНО, проведен АВС-анализ числа умерших и анализ причин, выделенных в КНПСР отдельной строкой, по которым произошли максимальные рост или снижение СКС.

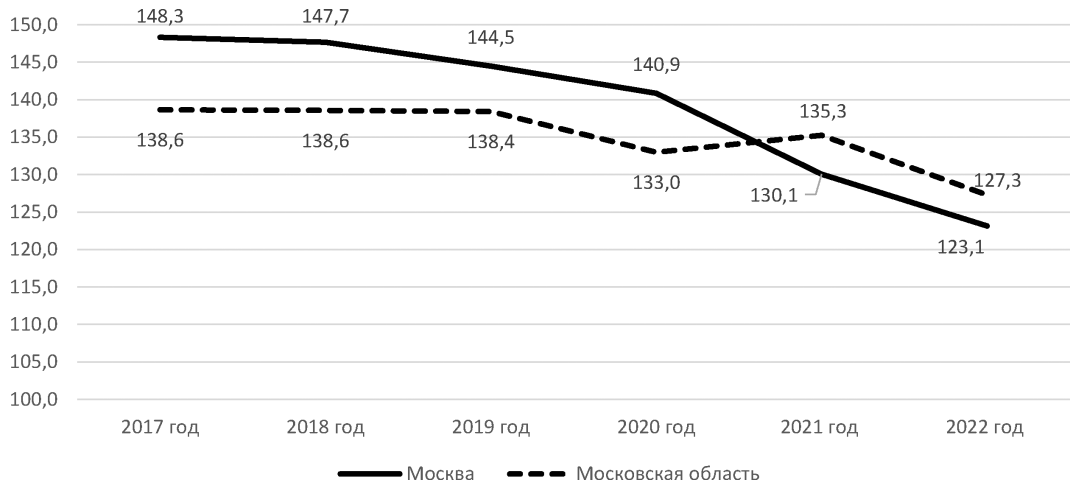
Результаты исследования

Смертность от ЗНО в расчете на 100 тыс. населения в Москве и Московской области в исследуемые периоды различалась несущественно: максимально на 7% в 2017 г. (см. рисунок). Среднее значение СКС за 2017—2020 гг. было выше в Москве. Обращает на себя внимание значительное (на 12,6%) снижение СКС от ЗНО в Москве в 2022 г. по сравнению с 2020 г. При этом общая заболеваемость возросла на 19,3%.

В Москве вклад СКС от ЗНО в структуре смертности от всех причин был выше такового в Московской области в 1,55 и 1,49 раза в среднем до и во время пандемии новой коронавирусной инфекции (COVID-19) соответственно (табл. 1). Вклад ЗНО в смертность от всех причин составлял в Москве от 22,8 до 23,9% в 2017—2019 гг. и от 15,3 до 20,9% в

Таблица 1
Смертность от ЗНО в общей структуре причин смерти в Москве и Московской области в 2017—2022 гг. ($M \pm \sigma$)

Регион	2017—2019 гг.		2020—2022 гг.	
	СКС от ЗНО, на 100 тыс. населения	доля от всех причин, %	СКС от ЗНО, на 100 тыс. населения	доля от всех причин, %
Москва	146,82±2,05	23,3±0,5	131,35±8,92	18,3±2,8
Московская область	138,54±0,12	15,0±0,3	131,84±4,10	12,3±2,2



СКС от ЗНО в Москве и Московской области в 2017—2022 гг. (на 100 тыс. населения).

2020—2022 гг., а в Московской области — от 14,7 до 15,4% и от 10,7 до 14,7% соответственно.

В результате пандемии COVID-19 доля ЗНО в общих причинах смертности снизилась как в Москве, так и в Московской области. При этом в расчете на 100 тыс. населения снижение было не таким выраженным, а в Московской области — вообще минимальным (см. рисунок). В период пандемии доля смертности от ЗНО снизилась в Москве на 22,5%, а в Московской области — на 18%. В то же время СКС на 100 тыс. населения от всех ЗНО снились и в Москве, и в Московской области (см. табл. 1). Показатели в двух регионах к 2022 г. практически сравнялись (см. рисунок).

АВС-анализ показал, что 80% смертности среди всех причин смерти от ЗНО и в Москве, и в Московской области в оба изучаемых периода обуславливали стабильно 14 из 33 групп ЗНО (табл. 2). Перечень этих групп не менялся, и 13 из них совпадали в обоих субъектах РФ. Различия заключались в том, что в Москве в состав 14 групп входила лейкемия (9-е место в рейтинге причин в Москве и 15-е — в Москов-

Таблица 2

ЗНО	2017—2019 гг.		2020—2022 гг.	
	Москва	Московская область	Москва	Московская область
Трахеи, бронхов, легких	12,42	15,22	12,58	15,04
Ободочной кишки	8,80	8,71	9,23	9,00
Желудка	8,75	10,37	8,30	9,62
Молочной железы	8,64	8,05	8,74	8,08
Поджелудочной железы	7,16	7,78	7,90	8,45
Других и неточно обозначенных, вторичных и неуточненных локализаций	6,70	2,93	4,71	2,68
Прямой кишки, ректосигмоидного соединения, заднего прохода и анального канала	4,79	4,94	4,94	4,91
Предстательной железы	4,19	3,81	4,65	4,18
Лейкемия	3,49	2,62	3,50	2,15
Мозговых оболочек, головного мозга, спинного мозга, черепных нервов и других частей нервной системы	3,46	3,32	3,51	3,59
Яичника	3,01	2,97	3,22	2,93
Губы, полости рта и глотки	3,00	3,24	2,77	2,99
Печени и внутрипеченочных желчных протоков	2,78	3,22	3,22	3,56
Почек	2,56	3,04	2,66	2,99
Других и неуточненных частей матки	2,40	2,69	2,41	2,81
Неходжкинская лимфома	2,31	1,57	2,40	1,47
Шейки матки	2,02	2,18	2,07	2,10
Пищевода	1,86	2,16	1,72	2,09
Мочевого пузыря	1,84	1,83	1,85	1,92
Злокачественная меланома кожи	1,71	1,34	1,61	1,41
Других и неточно обозначенных локализаций органов пищеварения	1,49	1,20	1,43	1,20
Множественные миеломные и плазмоклеточные новообразования	1,28	0,86	1,28	0,81
Мезотелиальных и мягких тканей	1,22	1,11	1,27	1,18
Гортани	0,92	1,48	0,83	1,43
Других и неуточненных женских половых органов	0,55	0,58	0,51	0,54
Других и неточно обозначенных локализаций органов дыхания и грудной клетки	0,44	0,48	0,44	0,42
Костей и суставных хрящей	0,40	0,42	0,42	0,38
Другие злокачественные новообразования кожи	0,40	0,52	0,43	0,48
Щитовидной железы	0,35	0,33	0,33	0,33
Тонкого кишечника, включая двенадцатиперстную кишку	0,34	0,47	0,35	0,58
Лимфома Ходжкина	0,27	0,27	0,28	0,28
Других мужских половых органов	0,22	0,19	0,20	0,25
Других и неуточненных мочевых органов	0,22	0,09	0,25	0,16

ской области), а в Московской области — ЗНО других и неуточненных частей матки (14-е место в рейтинге причин в Московской области и 15-е — в Москве).

В обоих регионах вклад каждой из причин смерти от ЗНО изменился в анализируемые периоды незначительно. На 1-м месте в рейтинге причин смертности от ЗНО были заболевания трахеи, бронхов, легких, доля которых в Московской области была на 3 процентных пункта выше, чем в Москве. 2-е место в Москве занимали ЗНО ободочной кишки, а в Московской области — ЗНО желудка. На 3-м месте рейтинга в Москве зафиксированы ЗНО желудка, а в Московской области — ЗНО ободочной кишки. При этом показатели ЗНО ободочной кишки не различались между регионами, а показатели ЗНО желудка были выше в Московской области примерно на 1,5 процентного пункта. Если объединить ЗНО ободочной кишки и ЗНО прямой кишки, ректосигмоидного соединения, заднего прохода и анального канала (колоректальный рак), то доля ЗНО 5 локализаций (ЗНО трахеи/бронхов/легкого, колоректальный рак, ЗНО желудка, молочной железы, поджелудочной железы) составит в Москве 50,6 и 51,7%, а в Московской области — 55,1 и 55,2% в оба периода. С течением времени происходило смещение мест в рейтинге некоторых причин смерти, но несущественно, в пределах 1—2 строк, что может свидетельствовать о стабильности различных причин смертности от ЗНО в обоих субъектах РФ.

Обращает на себя внимание, что в Москве значительно чаще в качестве причины смерти указывались ЗНО «другие и неточно обозначенные, вторичные и неуточненные локализации» (6-е место). Однако в Москве в целом чаще использовались коды причин смерти «других и неуточненных» локализаций ЗНО — 12,42% в 2017—2019 гг. и 9,95% в 2020—2022 гг., тогда как в Московской области доля таких причин составила всего 8,68% в 2017—2019 гг. и 8,06% в 2020—2022 гг.

Анализ СКС показал, что в Московской области смертность была выше таковой в Москве от 6 причин: ЗНО трахеи, бронхов, легких (на 15,6 и 20,0% в анализируемые периоды соответственно), ЗНО желудка (на 11,8 и 16,4%), ЗНО почек (на 12,2 и 13,2%), ЗНО мезотелиальных и мягких тканей (на 51,8 и 74,1%), ЗНО кожи (на 22 и 10,5%), ЗНО тонкого кишечника, включая двенадцатиперстную кишку (на 32 и 61,7%). В то же время в Москве были выше таковых в Московской области показатели СКС от 9 причин — ЗНО молочной железы (на 13,8 и 7,8%), ЗНО других и неточно обозначенных, вторичных и неуточненных локализаций (на 142,4 и 75,4%), ЗНО предстательной железы (на 16,5 и 10,9%), лейкемия (на 41,3 и 62,5%), неходжкинская лимфома (на 56 и 63,2%), злокачественная меланома кожи (на 34,9 и 14%), ЗНО других и неточно обозначенных локализаций органов пищеварения (на 31,9 и 19%), множественные миеломные и плазмоклеточные новообразования (на 56,7 и 57%), ЗНО других и неуточненных мочевых органов (на 153,8 и 45,5%). По осталь-

ным 18 причинам смерти от ЗНО различия в значениях СКС между двумя регионами были несущественны.

Обсуждение

В начальном периоде пандемии COVID-19 некоторые авторы указывали на значительное ее влияние на оказание онкологической помощи во всем мире, отмечая, что задержки в диагностике и лечении приведут к повышению уровня смертности от всех видов рака [11]. Последующие исследования показали, что нарушения в онкологической помощи во время пандемии COVID-19 негативно влияют на здоровье пациентов. Так, в Северной Ирландии было отмечено более частое по сравнению с допандемийным периодом выявление ЗНО на поздней стадии, более низкие показатели хирургического вмешательства и лучевой терапии и более высокий процент не получающих лечения, значительное снижение 1-летней выживаемости [12]. Большинство негативных последствий пандемии можно нивелировать за счет увеличения диагностических и лечебных мероприятий [13, 14].

Часть исследователей по-прежнему указывают на то, что долгосрочные последствия отсроченной из-за пандемии COVID-19 диагностики и лечения рака не будут очевидны в течение некоторого времени. По их мнению, потребности в лечении ЗНО возрастут в будущем, что приведет к росту расходов на здравоохранение [15]. Однако доказать связь роста заболеваемости ЗНО с отсроченным влиянием новой коронавирусной инфекции будет затруднительно.

Тенденция снижения смертности от новообразований в период пандемии в Москве и Московской области совпадает с показателями большинства субъектов РФ, что, возможно, связано с существенным увеличением государственных расходов на лечение ЗНО в этот период [16]. Снижение смертности от ЗНО наблюдалось в Москве и в более ранние периоды. В 2015 и в 2018 гг., в отличие от анализируемых периодов, наибольшие значения СКС были зарегистрированы от рака трахеи, бронхов, легких, ободочной кишки, молочной железы [9]. Значительное увеличение показателя общей заболеваемости новообразованиями в Москве в 2022 г. по сравнению с 2020 г. может быть связано с выраженным снижением смертности от ЗНО в этот период.

Данные Москвы и Московской области несколько отличаются от среднемировых показателей. В 2020 г. в мире было зарегистрировано более 10 млн случаев смерти от рака. Основными причинами смерти были ЗНО легкого (18% всех случаев смерти от ЗНО), печени (8,3%), желудка (7,7%) и рак молочной железы (6,9%) [17]. В 2022 г. ситуация несколько изменилась: рак легкого остался основной причиной смерти от ЗНО (18,7%), за ним следовали колоректальный рак (9,3%), рак печени (7,8%), рак молочной железы у женщин (6,9%), рак желудка (6,8%) [18], что практически соответствует данным Москвы и Московской области. Но обращает на себя

Здоровье и общество

внимание, что в нашем исследовании и в Москве, и в Московской области рак печени не входит в 5 ведущих причин смерти от ЗНО, его место занимает ЗНО поджелудочной железы, что, вероятно, требует дополнительных клинических исследований с выявлением дополнительных рисков развития рака именно данной локализации. Нельзя полностью исключить, что рак печени не во всех случаях указывают как первоначальную причину смерти (ППС). В исследованиях отмечается, что рак печени в части случаев является мультифакторным поражением печени: первично могло развиваться алкогольное поражение печени, которое затем перешло в цирроз печени и уже в последующем в рак печени. Часто рак печени развивается на фоне вирусного гепатита С (сразу или через этап формирования цирроза печени) [19—21]. Следовательно, в случае смерти пациента с таким мультифакторным поражением печени врачи могли устанавливать в качестве ППС гепатит или цирроз, а рак — в качестве осложнения, учитывая тот факт, что это совпадает с концепцией Международной классификации болезней по определению причины смерти.

В США, по данным Национального института рака (National Cancer Institute at the National Institutes of Health), ведущими причинами смертности от ЗНО являются рак молочной железы, рак предстательной железы, рак легких и бронхов, рак толстой и прямой кишки [22]. Следует отметить, что, по данным Росстата, в 2022 г. процент вскрытий в случаях смерти от класса новообразований в РФ составил 60%, в Москве — 94%, а в Московской области — 93%. При этом в Нидерландах, например, среди умерших в возрасте 55 лет и старше доля вскрытий составила всего 5,5% [23], а в США и того меньше — 0,8% [24].

Заключение

Пандемия COVID-19 не привела к увеличению СКС от ЗНО, но привела к уменьшению доли вклада в структуре общей смертности. ЗНО в общей структуре причин смертности в Москве имеют большее значение, чем в Московской области. При этом, несмотря на различия в уровне экономического развития, в условиях жизни населения, значительной части сельского населения в Московской области и другие факторы, смертность от ЗНО в расчете на 100 тыс. населения в обоих субъектах РФ различается несущественно, а структура причин смертности от ЗНО практически одинакова. Основные причины смерти от ЗНО в изучаемых регионах в целом соответствовали среднемировым показателям. Полученные данные являются дополнительным основанием для подтверждения достаточной эффективности системы организации медицинской помощи больным с ЗНО в изучаемых субъектах РФ. В то же время ЗНО могут быть в некоторой степени недооценены, поскольку в ряде случаев новообразование рассматривается как осложнение другого предшествующего заболевания, как, например, рак печени, развившийся на фоне цирроза.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Cancer prevention and control in the context of an integrated approach. Seventieth World Health Assembly. 31 May 2017. WHA70.12 Agenda item 15.6. Режим доступа: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/275676/A70_R12-en.pdf?sequence=1&isAllowed=y (дата обращения 04.08.2024).
2. Перхов В. И., Корхмазов В. Т. О приоритетах федеральных проектов в области здравоохранения. *Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики*. 2023;(2):870—93. doi: 10.24412/2312-2935-2023-2-870-893
3. Федоров Н. М., Зотов П. Б., Абалканова М. М. Эпидемиологические особенности заболеваемости и смертности от злокачественных новообразований в Тюменской области (без округов) в 2017—2021 гг. *Университетская медицина Урала*. 2022;8(2):6—9.
4. Злокачественные новообразования в России в 2023 году (заболеваемость и смертность). Под ред. А. Д. Каприна, В. В. Старинского, А. О. Шахзадовой. М.: МНИОИ им. П. А. Герцена — филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России; 2024. 276 с. ISBN 978-5-85502-298-8
5. Андреев Е. М., Барчук А. А., Турсун-заде Р. Т., Мерабишвили В. М. Демографический анализ онкологической заболеваемости и смертности на основе данных популяционных раковых регистров Северо-Запада России. *Демографическое обозрение*. 2019;6(2):84—103.
6. Карамаликов С. А., Зинченко С. В., Габитова С. Е., Хайруллин И. Н., Хасанов Р. Ш., Мингалимова Е. Ю. Корреляционный анализ динамики смертности от злокачественных новообразований взрослого населения юго-восточного региона Республики Татарстан с 2007 по 2016 г. *Общественное здоровье и здравоохранение*. 2018;3(59):25—35.
7. Ефимова С. В., Борщук Е. Л., Бегун Д. Н., Лаврик А. А. Региональные особенности динамики смертности населения Оренбургской области от злокачественных новообразований. *Вятский медицинский вестник*. 2022;1(73):80—5. doi: 10.24412/2220-7880-2022-1-80-85
8. Драпкина О. М., Самородская И. В., Семёнов В. Ю., Зайратьянц О. В. Сравнительный анализ вариативности показателей смертности от различных причин в субъектах Российской Федерации. *Архив патологии*. 2020;82(3):31—7. doi: 10.17116/patol20208203131
9. Самородская И. В., Семёнов В. Ю. Смертность населения от злокачественных новообразований в Москве и Санкт-Петербурге в 2015 и 2018 годах. *Современная онкология*. 2020;22(3):79—84. doi: 10.26442/18151434.2020.3.200192
10. Нацун Л. Н. Злокачественные новообразования как угроза общественному здоровью (особенности ситуации в Вологодской области). *Социальное пространство*. 2019;1(18):3. doi: 10.15838/sa.2019.1.18.3
11. Richards M., Anderson M., Carter P., Ebert B. L., Mossialos E. The impact of the COVID-19 pandemic on cancer care. *Nat. Cancer*. 2020 Jun;1(6):565—7. doi: 10.1038/s43018-020-0074-y
12. Bennett D., Murray I., Mitchell H., Gavin A., Donnelly D. Impact of COVID-19 on cancer incidence, presentation, diagnosis, treatment and survival in Northern Ireland. *Int. J. Cancer*. 2024 May 15;154(10):1731—44. doi: 10.1002/ijc.34847
13. Hartman H. E., Sun Y., Devasia T. P., Chase E. C., Jairath N. K., Dess R. T. Integrated Survival Estimates for Cancer Treatment Delay Among Adults With Cancer During the COVID-19 Pandemic. *JAMA Oncol*. 2020 Dec 1;6(12):1881—9. doi: 10.1001/jamaoncol.2020.5403
14. Malagón T., Yong J. H. E., Tope P., Miller W. H. Jr., Franco E. L.; McGill Task Force on the Impact of COVID-19 on Cancer Control and Care. Predicted long-term impact of COVID-19 pandemic-related care delays on cancer mortality in Canada. *Int. J. Cancer*. 2022 Apr 15;150(8):1244—54. doi: 10.1002/ijc.33884
15. Rucinska M., Nawrocki S. COVID-19 Pandemic: Impact on Cancer Patients. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2022 Sep 30;19(19):12470. doi: 10.3390/ijerph191912470
16. Улумбекова Г. Э., Гинойн А. Б., Петрачков И. В. Факторы влияния на смертность от новообразований и болезней системы кровообращения в РФ с 2019 по 2020 г. *Оргздрав: новости, мнения, обучения. Вестник ВШОУЗ*. 2021;7(3):4—23. doi: 10.33029/2411-8621-2021-7-3-4-23

17. Chhikara B. S., Parang K. Global Cancer Statistics 2022: the trends projection analysis. *Chemical Biology Letters*. 2023;10(1):451. Режим доступа: <https://pubs.thesciencein.org/journal/index.php/cbl/article/view/451>
18. Bray F., Laversanne M., Sung H., Ferlay J., Siegel R. L. Soerjomataram I. Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J. Clin.* 2024;74:229–63. doi: 10.3322/caac.21834
19. Yoshiji H., Nagoshi S., Akahane T., Asaoka Y., Ueno Y., Ogawa K. Evidence-based clinical practice guidelines for Liver Cirrhosis 2020. *J Gastroenterol.* 2021Jul;56(7):593–619. doi: 10.1007/s00535-021-01788-x
20. Coppola N., Onorato L., Sagnelli C., Sagnelli E., Angelillo I. F. Association between anti-HBc positivity and hepatocellular carcinoma in HBsAg-negative subjects with chronic liver disease: A meta-analysis. *Medicine (Baltimore)*. 2016;95(30):e4311. doi: 10.1097/MD.0000000000004311
21. Yen Y. H., Kee K. M., Li W. F., Liu Y. W., Wang C. C., Hu T. H. Causes of Death among Patients with Hepatocellular Carcinoma According to Chronic Liver Disease Etiology. *Cancers (Basel)*. 2023 Mar 9;15(6):1687. doi: 10.3390/cancers15061687
22. National Cancer Institute at the National Institutes of Health. Updated: May 9, 2024. Режим доступа: <https://www.cancer.gov/about-cancer/understanding/statistics>
23. Latten B. G. H., Kubat B., van den Brandt P. A., Zur Hausen A., Schouten L. J. Cause of death and the autopsy rate in an elderly population. *Virchows Arch.* 2023;Jun 3:1–8. doi: 10.1007/s00428-023-03571-0
24. National Vital Statistics Reports. 2023;72(5):May 24. Режим доступа: <https://www.cdc.gov/nchs/data/nvsr/nvsr72/nvsr72-05.pdf>
25. Поступила 26.06.2024
Принята в печать 30.10.2024
26. REFERENCES
1. Cancer prevention and control in the context of an integrated approach. Seventieth World Health Assembly. 31 May 2017. WHA70.12 Agenda item 15.6. Available at: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/275676/A70_R12-en.pdf?sequence=1&isAllowed=y (accessed 04.08.2024).
2. Perkhov V. I., Korkhmazov V. T. About priorities of federal projects in the field of health care. *Sovremennye problemy zdorookhraneniya i meditsinskoj statistiki*. 2023;(2):870–93. doi: 10.24412/2312-2935-2023-2-870-893 (in Russian).
3. Fedorov N. M., Zotov P. B., Abalkanova M. M. Epidemiological features of morbidity and mortality from malignant neoplasms in the Tyumen region (without districts) in 2017–2021. *Universitetskaya medicina Urala*. 2022;8:2(29):6–9 (in Russian).
4. Malignant neoplasms in Russia in 2023 (morbidity and mortality). Eds Kaprin A. D., Starinsky V. V., Shakhzadova A. O. Moscow: P. A. Herzen Moscow Oncology Research Institute — branch of the National Medical Research Center of Radiology of the Ministry of Health of the Russian Federation; 2024. 276 p. ISBN 978-5-85502-298-8 (in Russian).
5. Andreev E. M., Barchuk A. A., Tursun-zade R. T., Merabishvili V. M. Demographic analysis of oncological morbidity and mortality data of the population based on cancer registries of the North-West of Russia. *Demograficheskoe obozrenie*. 2019;6(2):84–103 (in Russian).
6. Karamalikov S. A., Zinchenko S. V., Gabitova S. E., Khayrullin I. N., Khasanov R. S., Mingalimova E. Yu., et al. Correlation analysis of dynamics of mortality due to malignant neoplasms among the adult population of the South-Eastern region of Tatarstan from 2007 till 2016. *Obshchestvennoe zdorovie i zdoravookhranenie*. 2018;3(59):25–35 (in Russian).
7. Efimova S. V., Borshchuk E. L., Begun D. N., Lavrik A. A. Features of dynamics of Orenburg region population cancer mortality. *Vyatskij medicinskiy vestnik*. 2022;1(73):80–5. doi: 10.24412/2220-7880-2022-1-80-85 (in Russian).
8. Drapkina O. M., Samorodskaya I. V., Semenov V. Yu., Zairatyants O. V. Comparative analysis of variability of mortality rates from various causes in the subjects of Russian Federation. *Arkhiv patologii*. 2020;82(3):31–7. doi: 10.17116/patol20208203131 (in Russian).
9. Samorodskaya I. V., Semenov V. Yu. Malignant neoplasms mortality rates in Moscow and Saint Petersburg in 2015 and 2018. *Sovremennaya oncologiya*. 2020;22(3):79–84. doi: 10.26442/18151434.2020.3.200192 (In Russian).
10. Natsun L. N. Malignant neoplasms as a threat to public health (case study of the Vologda oblast). *Sotsialnoe prostranstvo*. 2019;1(18):3. doi: 10.15838/sa.2019.1.18.3 (in Russian).
11. Richards M., Anderson M., Carter P., Ebert B. L., Mossialos E. The impact of the COVID-19 pandemic on cancer care. *Nat. Cancer*. 2020 Jun;1(6):565–7. doi: 10.1038/s43018-020-0074-y
12. Bennett D., Murray I., Mitchell H., Gavin A., Donnelly D. Impact of COVID-19 on cancer incidence, presentation, diagnosis, treatment and survival in Northern Ireland. *Int. J. Cancer*. 2024 May 15;154(10):1731–44. doi: 10.1002/ijc.34847
13. Hartman H. E., Sun Y., Devasia T. P., Chase E. C., Jairath N. K., Dess R. T. Integrated Survival Estimates for Cancer Treatment Delay Among Adults With Cancer During the COVID-19 Pandemic. *JAMA Oncol.* 2020 Dec 1;6(12):1881–9. doi: 10.1001/jamaoncol.2020.5403
14. Malagón T., Yong J. H. E., Tope P., Miller W. H. Jr., Franco E. L.; McGill Task Force on the Impact of COVID-19 on Cancer Control and Care. Predicted long-term impact of COVID-19 pandemic-related care delays on cancer mortality in Canada. *Int. J. Cancer*. 2022 Apr 15;150(8):1244–54. doi: 10.1002/ijc.33884
15. Rucinska M., Nawrocki S. COVID-19 Pandemic: Impact on Cancer Patients. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2022 Sep 30;19(19):12470. doi: 10.3390/ijerph191912470
16. Ulumbekova G. E., Ginoyan F. B., Petrachkov I. V. Factors affecting mortality rate due to neoplasms and circulatory diseases during the 2019–2020 in the Russian Federation. *Orgzdrav: novosti, mneniya, obucheniya. Vestnik VSCHOUZ*. 2021;7(3):4–23. doi: 10.33029/2411-8621-2021-7-3-4-23 (in Russian).
17. Chhikara B. S., Parang K. Global Cancer Statistics 2022: the trends projection analysis. *Chemical Biology Letters*. 2023;10(1):451. Available at: <https://pubs.thesciencein.org/journal/index.php/cbl/article/view/451>
18. Bray F., Laversanne M., Sung H., Ferlay J., Siegel R. L. Soerjomataram I. Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J. Clin.* 2024;74:229–63. doi: 10.3322/caac.21834
19. Yoshiji H., Nagoshi S., Akahane T., Asaoka Y., Ueno Y., Ogawa K. Evidence-based clinical practice guidelines for Liver Cirrhosis 2020. *J Gastroenterol.* 2021Jul;56(7):593–619. doi: 10.1007/s00535-021-01788-x
20. Coppola N., Onorato L., Sagnelli C., Sagnelli E., Angelillo I. F. Association between anti-HBc positivity and hepatocellular carcinoma in HBsAg-negative subjects with chronic liver disease: A meta-analysis. *Medicine (Baltimore)*. 2016;95(30):e4311. doi: 10.1097/MD.0000000000004311
21. Yen Y. H., Kee K. M., Li W. F., Liu Y. W., Wang C. C., Hu T. H. Causes of Death among Patients with Hepatocellular Carcinoma According to Chronic Liver Disease Etiology. *Cancers (Basel)*. 2023 Mar 9;15(6):1687. doi: 10.3390/cancers15061687
22. National Cancer Institute at the National Institutes of Health. Updated: May 9, 2024. Available at: <https://www.cancer.gov/about-cancer/understanding/statistics>
23. Latten B. G. H., Kubat B., van den Brandt P. A., Zur Hausen A., Schouten L. J. Cause of death and the autopsy rate in an elderly population. *Virchows Arch.* 2023;Jun 3:1–8. doi: 10.1007/s00428-023-03571-0
24. National Vital Statistics Reports. 2023;72(5):May 24. Available at: <https://www.cdc.gov/nchs/data/nvsr/nvsr72/nvsr72-05.pdf>

Чичерин Л. П., Щепин В. О., Загоруйченко А. А.

МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ: ПОНЯТИЕ, ТЕОРИЯ, ПРАВОВЫЕ ОСНОВЫ

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

Повышенное внимание государства к проблемам психического здоровья и психологического состояния населения обусловлено обрушивающимся на граждан и прежде всего на растущий организм детей и подростков массивом риск-факторов среды, включая нарушение привычного ритма жизни в целом, стрессы, вооруженные конфликты, специальную военную операцию, теракты и иные. Выраженное негативное влияние оказала пандемия коронавируса, последствия которой до сих пор проявляются в виде большого числа обращений по поводу тревожных и депрессивных расстройств, фобий и иных состояний за консультациями к психиатрам и психологам.

На фоне получившей широкое распространение психологической помощи, оказываемой населению лицами с высшим педагогическим и психологическим образованием, назрела необходимость ее рассмотрения с позиции общественного здоровья и здравоохранения, что позволит ускорить завершение начавшегося еще с середины 1990-х годов процесса создания Минздравом страны нового вида помощи населению — медико-психологической, с акцентом на ее оказание в условиях первичного звена здравоохранения.

Цель исследования — по результатам комплексного научного анализа представить обзорную, систематизированную информацию, направленную на ускорение затянувшегося на десятилетия создания медико-психологической помощи взрослому и детскому населению России с особым вниманием к теоретическим аспектам проблемы; понятийному аппарату в отношении психиатрии, психологии, медицинской психологии; основному нормативно-правовому обеспечению данного вида помощи.

Изучены данные литературы, официальной государственной статистики по проблеме, представленные в виде таблиц в статистических сборниках Росстата, Минздрава России, и другие материалы.

Применены традиционные методы социально-гигиенического исследования: статистический, аналитический, в том числе контент-анализ, сравнительного анализа, изучения и обобщения опыта, системный подход, монографический и иные.

Ключевые слова: население; дети; подростки; психологическое благополучие; медико-психологическая помощь; теория; правовые основы.

Для цитирования: Чичерин Л. П., Щепин В. О., Загоруйченко А. А. Медико-психологическая помощь: понятие, теория, правовые основы. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2025;33(3):345—351. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2025-33-3-345-351>

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., Zagoruychenko A. A.

THE MEDICAL PSYCHOLOGICAL CARE: CONCEPT, THEORY, LEGAL FUNDAMENTALS

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

The increased attention of the state authorities to problems of mental health and psychological well-being of population is conditioned by coming down on citizen and first of all on growing organism of children and adolescents of body of environmental risk factors, including braking of habitual rhythm of life in general, stress, military conflicts, special military operation, terrorist attacks etc. The corona-virus pandemic had pronounced negative impact and its aftermaths are still manifested in form of large number of visits to psychiatrists and psychologists on account of anxious and depressive disorders, phobias and other conditions.

Against the background of widespread psychological care provided to population by professionals with higher pedagogical and psychological education, the need is ripe to consider it from standpoint of public health and health care that will permit to speed up completion of process of establishment of the new mode of care to population — a medical and psychological one with emphasis on its positioning in conditions of primary health care — started up by the National Ministry of Health in the mid of 1990s.

The purpose of the study is to present, on basis of results of comprehensive scientific analysis, an overview systematized information targeted to accelerate in Russia of prolonged for decades organization of medical and psychological care of adult and children population with special attention to theoretical aspects of problem, conceptual apparatus in relation to psychiatry, psychology, medical psychology. The basic normative legal support for this type of care was also considered. The modern publications, data of corresponding official state statistics from statistical collections of Rosstat, the Ministry of Health of Russia and others were studied.

The common methods of social hygienic research such as statistical, analytical (including content analysis, comparative analysis), study and generalization of experience, systematic approach, monographic and others were applied.

Keywords: population; children; adolescents; psychological well-being; medical and psychological care; theory; legal foundations.

For citation: Chicherin L. P., Shchepin V. O., Zagoruychenko A. A. The medical psychological care: concept, theory, legal fundamentals. *Problemy socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2025;33(3):345—351 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2025-33-3-345-351>

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.

Введение

В послании Генерального секретаря ООН Антониу Гутерриша Всемирному дню психического здоровья отмечено, что примерно у каждого 8-го человека на планете есть психическое расстройство¹. Без психического здоровья (ПЗ) не может быть здоровья в целом, а такие расстройства встречаются в любых группах и обществах.

По материалам Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), психические расстройства наблюдаются в мире у каждого 7-го человека в возрасте 10—19 лет; на них приходится 15% глобального бремени болезней в этой возрастной группе. Депрессия, тревожность и поведенческие нарушения входят в число ведущих причин заболеваемости и инвалидности среди подростков. Третьей по значимости причиной смертности в возрастной группе 15—29 лет являются самоубийства². Причем защита подростков от неблагоприятных факторов, содействие формированию социально-эмоциональных навыков, психологическому благополучию и обеспечение доступа к психиатрической и психологической помощи крайне важны для их здоровья в дальнейшем.

Согласно анализу, политику ВОЗ в области ПЗ отличает выраженная профилактическая направленность, в подтверждение чего подчеркнем: она всегда рассматривается в сочетании с психологическим компонентом. И не случайно, по нашему мнению, в Глоссарии по проблеме употреблен термин «ценностный ориентир», трактуемый как культурная ценность, нравственные/этические стандарты, относящиеся к желательной модели поведения или соответствующему вызовам психологическому барьеру³.

На современном этапе зачастую, не увязываясь друг с другом, психическая помощь рассматривается отдельно, а заслуживающая внимания обращаемость населения за помощью психологов — отдельно. В то же время сегодня редко специалисты ссылаются на определение ПЗ по ВОЗ, трактуемое как состояние психологического и социального благополучия, при котором человек реализует свои возможности, эффективно противостоит жизненным труд-

ностям и стрессу, осуществляет продуктивную осознанную деятельность и вносит свой вклад в развитие социума⁴.

Анализ официальной статистики в динамике за период 2012—2020 гг.⁵ свидетельствует о том, что налицо снижение уровня общей и первичной заболеваемости населения психическими расстройствами и расстройствами поведения (ПРП) на 8,1%. Такие же тенденции прослеживаются и у контингента детей 15—17 лет. Это объясняется прежде всего сформировавшимся стремлением граждан обращаться за психиатрической помощью в частные амбулаторные и стационарные структуры, а ведущей причиной является нежелание огласки самого факта посещения психоневрологического диспансера (ПНД). Характерно, что все это прослеживается параллельно с имеющим место в последние годы широким распространением психологической помощи населению.

Наиболее ярко это проявляется в подростковом возрасте, что показано нами ранее в публикациях по проблемам психиатрической помощи и ее медико-психологическому компоненту. В частности, по мнению и врачей-психиатров, и психологов, первым, к кому следует обращаться родителям ребенка со специфическими, по их мнению, особенностями поведения, должен быть не психиатр, а именно психолог, и число этих обращений только возрастает. Как мы предлагаем, негативные тенденции с обращаемостью в те же ПНД могут быть нивелированы в том числе переименованием ПНД в Центры медико-психологической помощи детям и подросткам, обеспечивая тем самым повышение посещаемости, особенно в профилактических целях [1—4].

Пролонгация углубленного научного поиска в данном направлении позволяет получить новые научные знания о состоянии ПЗ населения, прежде всего детского, как и о степени психологического комфорта, организации пока еще нового для России вида помощи — медико-психологической (МПП).

Цель исследования — по результатам комплексного научного анализа представить обзорную систематизированную информацию, направленную на ускорение создания такого вида медицинской помощи взрослому и детскому населению России с особым вниманием к теоретическим аспектам проблемы, сравнительной характеристике понятийного аппарата в отношении психиатрии, психологии, ме-

¹ Всемирный день психического здоровья: обеспечить квалифицированную помощь каждому нуждающемуся. Новости ООН от 10 октября 2024 г. Режим доступа: <https://news.un.org/ru/story/2024/10/1457211>

² Психическое здоровье подростков. Информационный бюллетень ВОЗ от 10.10.2024. Режим доступа: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>

³ Политика и планы ВОЗ в области охраны психического здоровья детей и подростков. Свод методических рекомендаций по вопросам политики и планов оказания услуг в области психического здоровья. Женева; 2006. 86 с. Child and adolescent mental health policies and plans. Geneva, World Health Organization, 2005 (Mental Health Policy and Service Guidance Package). Режим доступа: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/43068/9244546574-rus.pdf?sequence=17&isAllowed=y> (дата обращения 12.11.2024).

⁴ Справочник базовой информации ВОЗ по психическому здоровью, правам человека и законодательству. Женева; 2005. 199 с. Режим доступа: <http://www.ruig-gian.org/ressources/chastonay-WHOresourcebook-rus.pdf?ID=7&FILE=/ressources/chastonay-WHOresourcebook-rus.pdf> (дата обращения 16.10.2024).

⁵ Заболеваемость всего населения России в 2023 году с диагнозом, установленным впервые в жизни: статистические материалы. И. А. Деев, О. С. Кобякова, В. И. Стародубов и др. М.: ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России; 2024. 152 с.

дицинской психологии; основному нормативно-правовому обеспечению данного вида помощи.

Материалы и методы

Изучены данные литературы, официальной государственной статистики по проблеме, представленные в виде таблиц в статистических сборниках Росстата, Минздрава России совместно с ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» (ЦНИИОИЗ).

Применены традиционные методы социально-гигиенического исследования: статистический, аналитический, в том числе контент-анализ, сравнительного анализа, изучения и обобщения опыта оказания психологической помощи, монографический и иные.

Результаты исследования

ВОЗ твердо придерживается принципов, изложенных в преамбуле Устава этой международной организации, именуемого также ее Конституцией⁶, в частности известному определению: «Здоровье есть состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов». Но отчего-то редко упоминается, что в документе далее заложено следующее положение: «Предоставление всем народам возможности пользования достижениями медицины, психологии и родственных им наук является необходимым условием достижения высшего уровня здоровья».

Именно сегодня актуальность внимания к психологическому состоянию индивидуума как составляющей ПЗ несомненна в связи с обрушивающимися, особенно на растущий организм, массивом известных факторов среды, включая возросший ритм жизни в целом, стрессы, цифровизацию и иные. Особенно повлияла пандемия коронавируса, когда резко возросло число граждан с тревожными и депрессивными расстройствами (от 10 до 30% в разных регионах России)⁷. Это требует адекватного ответа на вызовы, прежде всего мер предупреждения социальной дезадаптации. Тем более что с учетом больших адаптивных возможностей детского и подросткового организма многие отклонения в ПЗ, расстройства непсихотического характера и др. могут быть скомпенсированы.

Ситуации, требующие сопровождения профессионала-психолога, имеют место и в постковидный период. Это в первую очередь девиантное, отклоняющееся поведение молодых людей, особо обостряющееся у лиц из проблемных семей, в условиях обра-

зовательной среды, перегруженности учебного процесса, проявляющееся в виде неадекватных форм общения со сверстниками и взрослыми, изменяющего психику подростка сквернословия, агрессии, жестокости, насилия, издевательства и травли своими сверстниками, суицидов и попыток к ним.

Понятийный аппарат. Согласно упомянутому справочнику базовой информации ВОЗ по психическому (подчеркнем) здоровью, им является состояние психологического и социального благополучия, при котором человек реализует свои возможности, эффективно противостоит жизненным трудностям и стрессу, осуществляет продуктивную осознанную деятельность и вносит свой вклад в развитие социума.

На первом совещании Европейской коалиции по охране психического здоровья (ВОЗ, 2022), несмотря на название (психическое здоровье), речь, особенно в части качества психиатрической помощи для детей, подростков и молодежи, идет и о работе психологических служб⁸. В частности, в Европейском регионе отмечено чрезмерное использование инструментов скрининга на ПРИРП. Во всем регионе наблюдаются расхождения в области подготовки психологов.

Одним из родоначальников нового направления в психологии — медицинской психологии — считается немецкий ученый, психиатр Эрнст Кречмер (1888—1964), в 1922 г. опубликовавший одноименную монографию. В ее основу автор положил свою теорию конституциональной психологии, центральное положение которой — тесная связь строения тела и психической жизни человека. Известны и труды создателя психоанализа — австрийского психолога и психиатра Зигмунда Фрейда (1856—1939), прежде всего его «Основные психологические теории в психоанализе» [5]. В этих лекциях по введению в медицинскую психологию она определяется как отрасль психологии (обратим внимание — не психиатрии!), изучающая психологические аспекты гигиены, профилактики, диагностики, лечения, экспертизы и реабилитации пациентов, служащая соответствующим целям и задачам медицины.

Как трактует «Энциклопедический словарь медицинских терминов» [6]:

- *психиатрия* (псих- + греч. *iatreia* врачевание, лечение) есть отрасль клинической медицины, изучающая этиологию, патогенез, клинику и распространенность психических болезней, разрабатывающая методы их диагностики, лечения и профилактики, порядок и методы экспертизы и реабилитации психически больных;
- *психиатр* (псих- + греч. *iatros* врач) — врач-специалист, подготовленный в области диагностики, лечения, профилактики и экспертизы психических болезней.

⁶ Устав (Конституция) Всемирной организации здравоохранения. Принят Международной конференцией здравоохранения в Нью-Йорке, подписан 22 июля 1946 г. представителями 61 страны (с внесением в последующем правок). 26 с. Режим доступа: <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/RU/constitution-ru.pdf>

⁷ В России выросла нагрузка на психиатрические и психологические службы. Психологическая газета от 31.03.2021. Режим доступа: <https://psy.su/feed/8934/>

⁸ Первое совещание Европейской коалиции ВОЗ по охране психического здоровья: от дебатов к действиям. ВОЗ, 2022. 38 с. Режим доступа: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/360832/WHO-EURO-2022-5769-45534-65373-rus.pdf>

Казалось бы, такие понятия в принципе не отличаются от трактовки психиатрической помощи в действующем федеральном законе (ФЗ): в соответствии со ст. 1 она включает в себя психиатрическое обследование и психиатрическое освидетельствование, профилактику и диагностику психических расстройств, лечение и медицинскую реабилитацию лиц, страдающих ими.

Психология (психо- + греч. *logos* учение, наука) в энциклопедическом словаре трактуется как наука о закономерностях возникновения и функционирования психики, ее механизмах и проявлениях.

Специалисты-психиатры исследуют особенно психологии человека, трактуя психологию как научную дисциплину, которая изучает человеческое поведение, познавательные процессы, эмоции, развитие личности и взаимодействие между людьми и которая стремится понять, объяснить и предсказать разнообразные аспекты человеческой психики и поведения. Здесь же они указывают на еще встречающиеся заблуждения, при которых психология фактически приравнивается к психиатрии. Хотя это *разные направления в медицине*, поскольку психологи занимаются человеческими чувствами и эмоциями, а психиатры — психическими болезнями [7].

Все гораздо сложнее в отношении трактовки терминов «клиническая психология» и «медицинская психология».

Обращает на себя внимание, что вышеуказанный словарь, казалось бы, однозначно определяет место *медицинской психологии* как раздел *психиатрии*. Что, по материалам нашего анализа, является эксклюзивом, поскольку в других источниках такой четкости мы не обнаружили. Но дальнейшее изложение понятия сегодня, спустя 40 лет после выхода словаря, удивляет: «...раздел, изучающий психику больного человека, а также психологические особенности профессиональной деятельности медицинского работника». Вторая часть понятия действительно отражает специфику повседневной работы медика в системе «пациент — врач — пациент», требующей мониторинга состояния его психологических характеристик, эмоционального выгорания и иных. Но неясно, как и в целом в профильных официальных документах, почему при профилактической направленности отечественного здравоохранения говорится только о больном, а не о *пациенте*.

Специальность же «клиническая психология» была введена четверть века назад приказом Министерства образования РФ от 02.03.2000 г. № 686 «Об утверждении государственных образовательных стандартов высшего профессионального образования».

Согласно анализу, подведение черты под дискуссией о соотношении понятий «медицинской» и «клинической» психологии, скорее всего, откладывается в силу противостояния различных школ, как и разной позиции психологов и врачей. Одни специалисты (как психиатры, так и психологи) определяют ее как синоним психологии клиниче-

ской, другие видят в них совершенно различные дисциплины. Особенно такие расхождения прослеживаются при анализе профессиональных глоссариев. Например, «Словарем основных психологических понятий» [8] медицинская психология определена как «отрасль психологической науки, изучающая психические явления и поведение человека с целью предупреждения, диагностики и лечения различных болезней».

Иная трактовка дана другими авторами [9—11]. Но наиболее четкими нам представляются определения, данные в словарях Л. Жуковой, а также Б. Мещерякова и В. Зинченко [12, 13]. По этим источникам *клиническая психология* — термин, получивший распространение в западной психологии, лишь в одном из своих значений близкий термину «медицинская психология». Он обозначает достаточно широкую область прикладной психологии, имеющую дело с диагностикой отклонений в интеллектуальном и личностном развитии, коррекцией дезадаптивных и девиантных форм поведения детей и подростков, психопрофилактикой, психотерапией и социальной реабилитацией пациентов с психопатическими, психосоматическими и пограничными расстройствами.

А медицинская психология — отрасль психологической науки, направленная на решение теоретических и практических задач, связанных с психопрофилактикой заболеваний, диагностикой болезней и патологических состояний, психокоррекционными формами влияния на процесс выздоровления, с решением различных экспертных вопросов, с социальной и трудовой реабилитацией больных.

Свое мнение на этот счет имеют и практические психологи, например полагающие, что между клиническим психологом и обычным (как именует его практик) существует разница в формальных полномочиях и фактическом образовании [14].

Иными словами, терминология в области медицинской психологии достаточно противоречива. Тем не менее сегодня на практике термины «медицинская психология» и «клиническая психология» чаще всего используются как *равноценные*, хотя первый из них все-таки употребляется значительно реже (обычно в документах Минздрава страны), постепенно уступая понятию «клиническая психология», которое становится доминирующим [15, 16].

Представляет интерес изложенная в материалах Национальной академии дополнительного профессионального образования достаточно четкая трактовка специальностей, дифференцируя по таковым: «психолог», «психиатр», «психотерапевт» [17].

Необходимые навыки этих специалистов в условиях стрессов подробно рассмотрены в иллюстрированном пособии ВОЗ⁹.

Любопытна дифференциация обсуждаемых терминов специалистами-практиками. Так, Н. А. Высоц-

⁹ Важные навыки в периоды стресса: иллюстрированное пособие. ВОЗ; 2020. 132 с. Режим доступа: <https://www.who.int/docs/default-source/mental-health/sh-2020-rus-3-web.pdf>

кая, педагог-психолог, руководитель психологической службы, определяет грань между ними выраженностью симптомов психического расстройства и способностью справляться с ними [18]. Она полагает, что под *психическим* здоровьем как чисто медицинским термином подразумевается отсутствие ПриРП с параллельной способностью справляться со стрессом, контролировать свои эмоции и поведение, в то время как здоровье *психологическое* — это состояние внутреннего благополучия, в котором человек может реализовать свои способности, стойко переживать сложные периоды жизни, продуктивно работать и взаимодействовать с окружающими.

Заметим также, что в нашей стране ежегодно 22 ноября отмечается День психолога — официальный праздник российских психологов, история которого восходит к 1994 г., когда в Москве состоялся Учредительный съезд Российского психологического общества (РПО) как профессиональной корпорации психологов страны (официальный сайт Общества — <http://psyrus.ru/>). В 2023 г. праздник официально учрежден постановлением Правительства.

Обзор основного нормативно-правового обеспечения медико-психологической помощи

Актуальные проблемы ПЗ, психологической помощи населению обсуждаются на самом высоком уровне. Так, на встрече 1 декабря 2022 г. Президента России В. Путина с участниками II Конгресса молодых ученых и слушателями программы развития кадрового управленческого резерва в области науки, технологий и высшего образования отмечено: «Психологические службы в России не развиваются должным образом. Происходит это из-за того, что на всех уровнях — муниципальном, государственном, региональном и федеральном, должного внимания, к сожалению, пока этому не уделяется»¹⁰.

Подтверждением этого является тот факт, что даже в базовом по охране здоровья граждан страны законе¹¹ психологический аспект рассмотрен явно недостаточно. Так, лишь одна ст. 51 «Права семьи в сфере охраны здоровья» гласит: «Каждый гражданин имеет право по медицинским показаниям на консультации без взимания платы по вопросам планирования семьи, наличия социально значимых заболеваний и заболеваний, представляющих опасность для окружающих, по *медико-психологическим аспектам семейно-брачных отношений*».

Совершенно не идет речь о данном виде помощи и в действующем законе о психиатрической помощи¹².

¹⁰ В. Путин о психологической помощи: выступление на II Конгрессе молодых ученых в парке «Сириус» в Сочи. Психологическая газета от 02.12.2022. Режим доступа: <https://psy.su/feed/10587/>

¹¹ Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (последняя редакция). Режим доступа: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/

¹² Федеральный закон от 02.07.1992 № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании». Режим доступа: <http://pravo.gov.ru/proxy/ips/?docbody=&nd=10201721>

Особое сожаление вызывает тот факт, что не была принята Стратегия развития системы охраны ПЗ в Российской Федерации на 2019—2025 гг.¹³. А это, согласно нашему анализу, практически единственный документ, в котором психологической составляющей, роли психологов, в том числе клинических, было отведено заметное место.

На фоне высокой потребности населения в психологической помощи законодательное ее закрепление так и не реализовано уже 10 лет. Еще на больший период затянута Минздравом страны организационно-методическое обеспечение медико-психологической помощи.

Проект ФЗ о психологической помощи еще в 2014 г. был подготовлен в целях обеспечения социальной защищенности и психологического благополучия населения Российской Федерации, создания гарантий реализации права граждан на получение квалифицированной профессиональной психологической помощи, как и для регулирования отношений, возникающих в сфере оказания психологической помощи населению¹⁴.

Примечательно также, что и Концепция этого законопроекта была разработана профессиональным сообществом и обсуждена на съезде Всероссийского общества психологов еще в октябре 2017 г.¹⁵. При прохождении и дальнейшем обсуждении проекта ФЗ неоднократно менялись и его наименование, и цель.

Примечательно, что в Госдуме РФ документ в дальнейшем обсуждался неоднократно: в декабре 2023 г.¹⁶, затем в августе 2024 г.¹⁷. В июле 2024 г. в состоялся круглый стол, на котором обсудили готовящийся проект закона с другим названием: «*Об основах психологической деятельности*»¹⁸.

Как отметил главный внештатный специалист по медицинской психологии Минздрава России Ю. П. Зинченко [19], обсуждаемый проект данного ФЗ нужен не ради закона, что иногда, к сожалению, бывает, а для того, чтобы оградить каждого от «псевдопсихологической» помощи и от наживаю-

¹³ Стратегия развития системы охраны психического здоровья в Российской Федерации (2019—2025 гг.). Проект. Режим доступа: https://psychiatr.ru/download/4070?view=1&name=%D0%A1%D0%A2%D0%A0%D0%90%D0%A2%D0%95%D0%93%D0%98%D0%AF_04.19_%D0%BF%D1%80%D0%BE%D0%B5%D0%BA%D1%82.pdf (дата обращения 18.04.2022).

¹⁴ Проект Федерального Закона «О психологической помощи населению в Российской Федерации». Психологическая газета от 2.06.2014 г. Режим доступа: https://psy.su/materialy/normativnye_dokumenty/zakonoproekt_o_psihologicheskoy_pomoschi_naseleniyu_v_rf

¹⁵ Проект Закона о психологической помощи. Официальный сайт Российского психологического общества. Режим доступа: <https://psyrus.ru/kontseptsii/proekt-zakona/> (дата обращения 15.12.2024).

¹⁶ Проект Закона о психологической помощи планируют внести на рассмотрение парламента в весеннюю сессию 2024 г. Психологическая газета от 8.12.2023. Режим доступа: <https://psy.su/feed/11829/#:~:text=>

¹⁷ Обсуждаемый в Госдуме проект закона о психологической деятельности в РФ. Психологическая газета от 30.08.2024 г. Режим доступа: <https://psy.su/feed/12521/>

¹⁸ Законопроект о психологической деятельности могут внести в Госдуму этой осенью. Психологическая газета от 10.07.2024. Режим доступа: <https://www.psy.su/feed/12413/>

щихся на чужом горе. Отсюда понятна задача создающейся в стране Единой федеральной линии для оказания психологической помощи, позволяющей каждому самостоятельно сориентироваться, а при необходимости набрать нужный номер и получить профессиональную помощь [20].

Отметим также, что даже в действующем ФЗ (1992) «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»¹⁹ речь о помощи психологической практически не идет.

Действует и закон «Об образовании в РФ»²⁰, в соответствии с ним подчеркнута роль в подготовке ребенка к образовательному процессу психолого-медико-педагогических комиссий, а предусмотренная документом переподготовка психологов от 250 академических часов стала законной альтернативой высшему образованию.

Заключение

В целом середину и особенно конец последнего десятилетия XX в. отличало особое внимание государства к развитию и укреплению психиатрической службы, деятельность которой до этого времени (подчеркнем) мало отражалась в отрывной печати. В соответствии с утвержденной постановлением Правительства России от 20.04.1995 № 383 Федеральной целевой программой «Неотложные меры по совершенствованию психиатрической помощи (1995—1997 годы)» предусматривалось дальнейшее расширение научно-практических разработок в области профилактики психических расстройств с созданием системы психиатрической, в том числе психотерапевтической, помощи с участием *медицинских психологов*, социальных работников и других специалистов.

Дальнейший анализ, как показано выше, свидетельствует о своего рода «рваном» ритме принимаемых государством в течение 30 лет правовых мер в области развития психологической помощи населению, затрудняя придание этому процессу системности.

Характерно в этом плане, что, например, в действующий с 2020 г. Федеральный закон о молодежной политике²¹ в декабре 2024 г. Президентом В. Путиным внесены существенные изменения к числу основных направлений данной политики, затрагивающих интересы социально-демографической группы лиц в возрасте от 14 до 35 лет включительно (а это порядка 1 млн человек), впервые отнесено «содействие в оказании социально-психологической помощи молодым гражданам»²².

¹⁹ Закон Российской Федерации от 2.07.1992 № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» (последняя редакция). Режим доступа: <http://pravo.gov.ru/proxy/ips/?docbody=&nd=102017214>

²⁰ Федеральный закон от 29.12.2012 г. № 273-ФЗ (ред. от 08.08.2024) «Об образовании в Российской Федерации». Режим доступа: <http://pravo.gov.ru/proxy/ips/?docbody=&nd=102162745>

²¹ Федеральный закон от 30.12.2020 № 489-ФЗ «О молодежной политике в Российской Федерации» (с изменениями и дополнениями). Режим доступа: <https://base.garant.ru/400156192/> (дата обращения 22.12.2024).

Налицо очевидность важности пролонгации научных исследований в области оказания медико-психологической помощи населению в России, оказывающейся на практике как бы компонентом помощи психологической, но одновременно вносящей вклад в целом в дело укрепления ПЗ. Организационно-методические аспекты ее оказания, включая кадровые ресурсы (штаты, обеспеченность, квалификационные требования), особенно в условиях первичного звена здравоохранения, требуют отдельного обсуждения. Его результаты в состоянии способствовать повышению эффективности остающегося пока новым для отрасли видом деятельности, а главное на перспективу — последующей его трансформации в самостоятельную службу, обеспечивающую психологическое благополучие граждан.

Исследование не имело спонсорской поддержки.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА

1. Чичерин Л. П., Щепин В. О., Попов В. И., Никитин М. В. Психологический компонент — неотъемлемая составляющая дела охраны здоровья, организации медико-социальной помощи детям и подросткам. В кн.: *Здоровье молодежи: новые вызовы и перспективы*: монография в 5 т. Под ред. Н. Ф. Герасименко, П. В. Глыбочко. М.: Научная книга; 2019. Т. 5. С. 7—24.
2. 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
3. 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
4. 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
5. Введение в медицинскую психологию: в лекциях по медицинской психологии для высших и средних учебных заведений. *Psylaser. Медицинская психология*. Режим доступа: <https://psylaser.ru/lectures/medical-psychology/introduction-medical-psychology.html>
6. Энциклопедический словарь медицинских терминов. В 3-х томах. Около 60 000 терминов. Гл. ред. Б. В. Петровский. М.: Советская энциклопедия; 1983. Т. 2. 591 с. Режим доступа: <http://www.tcmedservice.ru/others/voc.pdf>
7. Экспертная психиатрическая клиника. Психология: что это и зачем она нужна. Режим доступа: <https://www.israelclinic.com/nashi-publikatsii/psikhiatriya/psikhologiya-cto-eto-i-zachem-ona-nuzhna/>
8. Словарь основных психологических понятий. Изд.: Северо-Восточный федеральный университет им. М. К. Аммосова. Режим доступа: <https://www.s-vfu.ru/universitet/rukovodstvo-i-struktura/instituty/pi/ums/kpp/NO/slovar.pdf>
9. Личко А. Е., Иванов Н. Я. Словарь современной американской психиатрической терминологии с ее отличиями от принятой в России. *Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева*. 1992;(4):71.
10. Поляков Ю. Ф. Клиническая психология: состояние и проблемы. *Вестник Московского университета: Серия 14. Психология*. 1996;(2):343—7.
11. Сидоров П. И., Парняков А. В. Клиническая психология: Учебник. 2-е изд., доп. М.: ГЭОТАР-Мед; 2002. 864 с.

²² ФЗ от 28.12.2024 г. № 550-ФЗ О внесении изменений в Федеральный закон «О молодежной политике в Российской Федерации». Режим доступа: <http://publication.pravo.gov.ru/document/0001202412280057> (дата обращения 28.12.2024).

Здоровье и общество

12. Жукова Л. Словарь (глоссарий) по медицинской психологии. Режим доступа: <https://psylaser.ru/dictionaries-glossary/glossary-terms-medical-psychology.html>
13. Мещеряков Б. Г., Зинченко В. П. Большой психологический словарь. Режим доступа: <https://spbbuga.ru/files/03-5-01-005.pdf>
14. Измайлова Е. В. Чем отличается клинический (медицинский) психолог от обычного? Режим доступа: <https://lazaretspb.ru/articles/psikhologiya-i-terapiya-rasstroystv/chem-otlichaetsya-klinicheskij-medicinskiy-pskholog-ot-obychnogo/> (дата обращения 03.05.2024).
15. Менделевич В. Д. Клиническая и медицинская психология. Практическое руководство. М.: МЕДпресс; 1998. 592 с.
16. Деларю В. В. Клиническая психология и медицинская психология: соотношение понятий. Информационный портал «Медицинская психология». Режим доступа: <http://www.medpsy.ru/library/library004.php> (дата обращения 13.09.2024).
17. Психолог, психиатр, психотерапевт и психоаналитик: понятие, отличие. Национальная академия дополнительного профессионального образования (НАДПО). Режим доступа: <https://nadpo.ru/academy/blog/psiholog-psihiatr-psihoterapevt-i-psihoanalitik-kto-eto-i-chem-otlichayutsya/>
18. Высоцкая Н. А. Психологическое и психическое здоровье: в чем разница? Режим доступа: https://www.miit.ru/content/964674.pdf?id_wm=964674
19. Зинченко Ю. П. Никакая армия чат-ботов не заменит профессионального психолога. *Российская газета*. 27.10.2022. Режим доступа: <https://rg.ru/2022/10/28/doktor-ia-ne-psih.html>
20. Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 14 сентября 2022 г. № 537н «Об утверждении профессионального стандарта „Психолог-консультант“». Режим доступа: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_429323/
21. *Medical Psychology*. Available at: <https://psylaser.ru/lectures/medical-psychology/introduction-medical-psychology.html> (in Russian).
22. Encyclopedic Dictionary of Medical Terms. In 3 volumes. About 60,000 terms. Ed. B. V. Petrovsky. Moscow: Soviet Encyclopedia; 1983. Vol. 2. 591 p. Available at: <http://www.tcmeservice.ru/other/voc.pdf> (in Russian).
23. Expert Psychiatric Clinic. Psychology: What is it and Why is it Needed. Available at: <https://www.israelclinic.com/nashi-publikatsii/psikhiatriya/psikhologiya-chto-eto-i-zachem-ona-nuzhna/> (in Russian).
24. Dictionary of Basic Psychological Concepts. Publ.: North-Eastern Federal University named after M. K. Ammosov. Available at: <https://www.s-vfu.ru/universitet/rukovodstvo-i-struktura/instituty/pi/ums/kpp/NO/slovar.pdf> (in Russian).
25. Lichko A. E., Ivanov N. Ya. Dictionary of modern American psychiatric terminology with its differences from that adopted in Russia. V. M. Bekhterev *Review of Psychiatry and Medical Psychology*. 1992;(4):71 (in Russian).
26. Polyakov Yu. F. Clinical psychology: state and problems. *Bulletin of Moscow University: Series 14. Psychology*. 1996;(2):343–7 (in Russian).
27. Sidorov P. I., Parnyakov A. V. Clinical Psychology: Textbook. 2nd ed., suppl. Moscow: GEOTAR-Med; 2002. 864 p. (in Russian).
28. Zhukova L. Dictionary (glossary) of medical psychology. Available at: <https://psylaser.ru/dictionaries-glossary/glossary-terms-medical-psychology.html> (in Russian).
29. Meshcheryakov B. G., Zinchenko V. P. Large psychological dictionary. Available at: <https://spbbuga.ru/files/03-5-01-005.pdf> (in Russian).
30. Izmailova E. V. What is the difference between a clinical (medical) psychologist and a regular one? Available at: <https://lazaretspb.ru/articles/psikhologiya-i-terapiya-rasstroystv/chem-otlichaetsya-klinicheskij-medicinskiy-pskholog-ot-obychnogo/> (accessed 03.05.2024) (in Russian).
31. Mendelevich V. D. Clinical and Medical Psychology. Practical Guide. Moscow: MEDpress; 1998. 592 p. (in Russian).
32. Delaryu V. V. Clinical Psychology and Medical Psychology: Correlation of Concepts. Information Portal “Medical Psychology”. Available at: <http://www.medpsy.ru/library/library004.php> (accessed 13.09.2024) (in Russian).
33. Psychologist, psychiatrist, psychotherapist and psychoanalyst: concept, difference. National Academy of Continuing Professional Education (NADPO). Available at: <https://nadpo.ru/academy/blog/psiholog-psihiatr-psihoterapevt-i-psihoanalitik-kto-eto-i-chem-otlichayutsya/> (in Russian).
34. Vysotskaya N. A. Psychological and Mental Health: What's the Difference? Available at: https://www.miit.ru/content/964674.pdf?id_wm=964674 (in Russian).
35. Zinchenko Yu. P. No army of chatbots can replace a professional psychologist. *Rossiyskaya Gazeta*. 27.10.2022. Available at: <https://rg.ru/2022/10/28/doktor-ia-ne-psih.html> (in Russian).
36. Order of the Ministry of Labor and Social Protection of the Russian Federation dated September 14, 2022 No. 537n “On approval of the professional standard”. Consulting Psychologist. Available at: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_429323/ (in Russian).

Поступила 03.07.2024
Принята в печать 30.10.2024

REFERENCES

Шляфер С. И.

ПОКАЗАТЕЛИ РАБОТЫ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ОКАЗЫВАЕМОЙ В СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ, В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России, 127254, г. Москва

Скорая медицинская помощь — важный вид оказания медицинской помощи населению, которая выполняется вне медицинской организации, в стационарных и амбулаторных условиях. В Российской Федерации в последнее десятилетие проводится модернизация работы скорой медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, которая основана на создании новых структурных подразделений — стационарных отделений скорой медицинской помощи.

Цель исследования — проанализировать показатели работы скорой медицинской помощи в стационарных условиях в Российской Федерации за 2014—2023 гг.

Изучены нормативные документы, в которых утверждена организация оказания скорой медицинской помощи в стационарных условиях, выполнен анализ показателей работы скорой медицинской помощи в стационарных условиях по данным формы федерального статистического наблюдения № 30 за 2014—2023 гг. Использованы методы контент-анализа, аналитический, статистический.

В результате модернизации работы скорой медицинской помощи в стационарных условиях в стране за 10 лет отмечен рост показателей обеспеченности койками скорой медицинской помощи с 2,84 до 6,25 на 1 млн населения, частоты госпитализации на койки скорой медицинской помощи с 0,8 до 2,51 на 1 тыс. населения, оборота койки с 262 до 332 дней, снижение средней длительности пребывания пациента на койке с 1,05 до 0,63 дня, средней занятости койки в году с 277 до 207 дней.

Ключевые слова: скорая медицинская помощь; стационарное отделение; койка скорой медицинской помощи; обеспеченность; частота госпитализации; средняя длительность пребывания; средняя занятость койки в году; оборот койки.

Для цитирования: Шляфер С. И. Показатели работы скорой медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, в Российской Федерации. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2025;33(3):352—356. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2025-33-3-352-356>

Для корреспонденции: Шляфер София Исааковна, д-р мед. наук, главный научный сотрудник отдела научных основ организации здравоохранения ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России, e-mail: cofya@mail.ru

Shlyaffer S. I.

THE INDICATORS OF FUNCTIONING OF EMERGENCY MEDICAL CARE IN HOSPITAL CONDITIONS IN THE RUSSIAN FEDERATION

The Federal State Budget Institution “The Central Research Institute for Health Organization and Informatics” of Minzdrav of Russia, 127254, Moscow, Russia

The emergency medical care is an important form of medical care of population which is applied outside medical organization, in in-patient and out-patient conditions. In the Russian Federation, over the last decade, modernization of functioning of emergency medical care in in-patient settings is in process, on the basis of organization of such new structural units as in-patient emergency medical care departments.

The purpose of the study is to analyze indicators of performance of emergency medical care in in-patient conditions in the Russian Federation in 2014–2023.

The normative legal documents approving organization of emergency medical care in in-patient conditions were studied. The analysis of indicators of performance of emergency medical care in in-patient conditions was implemented according to the data of the Federal statistical observation form № 30 in 2014–2023. The content analysis, analytical and statistical methods were applied.

As a result of modernization of emergency medical care in in-patient conditions over last 10 years, an increase of indicators of provision of emergency medical care beds was established from 2.84 to 6.25 per 1 million of population, the rate of hospitalizations to emergency medical care beds — from 0.8 to 2.51 per 1000 of population, bed turnover — from 262 to 332 days, decrease in average duration of patient's stay in a bed — from 1.05 to 0.63 days, average bed occupancy per year — from 277 to 207 days.

Keywords: emergency medical care; in-patient department; emergency medical care bed; provision; hospitalization rate; average length of stay; average bed occupancy; bed turnover.

For citation: Shlyaffer S. I. The indicators of functioning of emergency medical care in hospital conditions in the Russian Federation. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2025;33(3):352–356 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2025-33-3-352-356>

For correspondence: Shlyaffer S. I., doctor of medical sciences, the Chief Researcher of the Department of Scientific Foundations of Health Care Organization of the Federal State Budget Institution The Central Research Institute for Health Organization and Informatics of Minzdrav of Russia. e-mail: cofya@mail.ru

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support.

Received 17.06.2024

Accepted 30.10.2024

Введение

Важным направлением развития здравоохранения Российской Федерации и неотъемлемой частью системы национальной безопасности является обеспечение доступности и качества оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи и специализированной медицинской помощи в экстренной и неотложных формах при заболеваниях, несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства¹ [1, 2].

Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь оказывается вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации), в стационарных и амбулаторных условиях^{2, 3}.

В последнее десятилетие в Российской Федерации происходит постепенная модернизация системы оказания скорой, в том числе специализированной, медицинской помощи населению [3, 4].

В соответствии с письмом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 марта 2019 г. № 14-3/И/2-2339 региональные органы управления здравоохранением реализуют комплекс мер по оптимизации системы оказания скорой медицинской помощи:

- формирование единого регионального центра скорой медицинской помощи и медицины катастроф;
- открытие единой диспетчерской службы и информационно-коммуникационной системы управления для совершенствования организации приема вызовов скорой медицинской помощи в целях обеспечения своевременной медицинской эвакуации пациентов в стационары 2-го и 3-го уровней;
- преобразование приемных отделений в стационарных отделениях скорой медицинской помощи [5].

Отличительной особенностью работы стационарного отделения скорой медицинской помощи от приемного отделения больницы является медицинская сортировка пациентов по тяжести состояния, а не по профилю и полу, работа в штате отделения врача скорой медицинской помощи, который осу-

ществляет прием пациентов, медицинскую сортировку и оказание скорой медицинской помощи [6].

Цель исследования — анализ показателей работы скорой медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, в Российской Федерации за 2014—2023 гг.

Материалы и методы

Материалами для исследования являлись нормативные документы, в которых утверждена организация оказания скорой медицинской помощи в стационарных условиях (стационарные отделения скорой медицинской помощи, койки скорой медицинской помощи).

Проведен анализ данных форм федерального статистического наблюдения № 30 «Сведения о медицинской организации» в Российской Федерации о числе стационарных отделений скорой медицинской помощи за 2018—2023 гг., об основных показателях работы коек скорой медицинской помощи краткосрочного и суточного пребывания в стране за 2014—2023 гг.

Использованы методы контент-анализа, аналитический, статистический.

Результаты исследования

Работа по организации оказания скорой медицинской помощи в стационарных условиях регламентирована Приказами Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 2 августа 2010 г. № 586н «О внесении изменений в Порядок оказания скорой медицинской помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 1 ноября 2004 года № 179»⁴, от 17 мая 2012 г. № 555н «Об утверждении номенклатуры коечного фонда по профилям медицинской помощи»⁵, Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 июня 2013 г. № 388н «Об утверждении порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи».

Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 17 мая 2012 г. № 555н определена номенклатура коечного фонда по профилям медицинской помощи. По профилю «скорая медицинская помощь» утверждены койки скорой медицинской помощи краткосрочного пребывания и койки скорой медицинской помощи суточного пребывания.

¹ Письмо Минздрава России от 20 марта 2019 г. № 14-3/И/2-2339 «Об обеспечении доступности и качества оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи и специализированной медицинской помощи». Режим доступа: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/72117258/>

² Федеральный закон Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Режим доступа: <https://fzrf.su/zakon/ob-ohrane-zdorovya-grazhdan-323-fz/>

³ Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 июня 2013 г. № 388н «Об утверждении порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи». Режим доступа: <https://docs.cntd.ru/document/499028411?ysclid=m4cqzs0gpd898819048>

⁴ Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 2 августа 2010 г. № 586н «О внесении изменений в Порядок оказания скорой медицинской помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 1 ноября 2004 года № 179». Режим доступа: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/12078535/?ysclid=m4cqxmkgz7998878693>

⁵ Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 17 мая 2012 г. № 555н «Об утверждении номенклатуры коечного фонда по профилям медицинской помощи». Режим доступа: <https://docs.cntd.ru/document/902350594?ysclid=m4cqqr4sd288533125>

Основные показатели работы коек скорой медицинской помощи в медицинских организациях, оказывающих помощь в стационарных условиях, в Российской Федерации за 2014—2023 гг.

Показатель	Год									
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Всего коек скорой медицинской помощи, %	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
В том числе:										
краткосрочного пребывания	58,1	65,7	64,7	70,7	72,7	72,9	71,9	72,2	65,7	73,3
суточного пребывания	41,9	34,3	35,3	29,3	27,3	27,1	28,1	27,8	34,3	26,7
Обеспеченность койками скорой медицинской помощи, всего, на 1 млн населения	2,84	3,24	3,61	3,83	5,02	5,16	3,81	4,28	4,72	6,25
В том числе:										
краткосрочного пребывания	1,65	2,13	2,34	2,71	3,65	3,76	2,74	3,09	3,1	4,58
суточного пребывания	1,19	1,11	1,27	1,12	1,37	1,4	1,07	1,19	1,62	1,67
Доля коек скорой медицинской помощи в структуре коечного фонда стационаров, %	0,036	0,043	0,049	0,053	0,071	0,073	0,054	0,061	0,069	0,092
Частота госпитализации на койки скорой медицинской помощи, всего, на 1 тыс. населения	0,8	1,11	1,48	1,88	2,35	2,18	1,61	2,3	2,22	2,51
В том числе:										
краткосрочного пребывания	0,45	0,81	1,11	1,52	1,8	1,61	1,08	1,48	1,21	1,47
суточного пребывания	0,35	0,3	0,37	0,36	0,55	0,57	0,53	0,82	1,01	1,04
Средняя длительность пребывания пациента на койке скорой медицинской помощи, дни	1,05	0,72	0,58	0,53	0,61	0,63	0,71	0,47	0,65	0,63
В том числе:										
краткосрочного пребывания	0,73	0,51	0,4	0,39	0,41	0,57	0,61	0,52	0,83	0,74
суточного пребывания	1,23	1,03	0,89	0,97	1,12	0,6	0,68	0,27	0,23	0,23
Средняя занятость койки скорой медицинской помощи в году, дни	277	233	208	224	274	224	218	229	248	207
В том числе:										
краткосрочного пребывания	208	204	185	197	211	218	191	252	302	232
суточного пребывания	373	285	259	294	127	243	293	171	134	137
Оборот койки скорой медицинской помощи, всего	262	321	356	423	447	359	307	483	381	332
В том числе:										
краткосрочного пребывания	286	400	425	507	512	385	314	487	365	277
суточного пребывания	303	276	290	302	384	407	430	644	583	597

В соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 июня 2013 г. № 388н стационарное отделение скорой медицинской помощи является структурным подразделением медицинской организации и создается для оказания скорой медицинской помощи вне медицинской организации, а также в амбулаторных и стационарных условиях, организуется в медицинской организации, имеющей коечную мощность не менее 400 коек, при условии ежедневного круглосуточного поступления не менее 50 пациентов для оказания скорой медицинской помощи.

В приказе Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 июня 2013 г. № 388н определены основные функции, рекомендуемые штатные нормативы, стандарты оснащения стационарного отделения скорой медицинской помощи, оснащения структурных подразделений для проведения диагностических и лечебных мероприятий стационарного отделения скорой медицинской помощи в зависимости от числа поступающих пациентов в сутки.

В Российской Федерации в 2023 г. в медицинских организациях, оказывающих помощь в стационарных условиях, функционировало 30 стационарных отделений скорой медицинской помощи в 13 субъектах (Республика Калмыкия, Краснодарский и Алтайский края, Курская, Липецкая, Тверская, Калининградская, Ленинградская, Ростовская, Волгоградская, Свердловская области, Санкт-Петербург, Ханты-Мансийский автономный округ). Почти половина (43,3%) стационарных отделений скорой медицинской помощи работали в Северо-Западном федеральном округе в Санкт-Петербурге. Не орга-

низованы стационарные отделения скорой медицинской помощи в Северо-Кавказском, Приволжском и Дальневосточном федеральных округах. С 2018 г. в форме федерального статистического наблюдения № 30 указываются сведения о числе стационарных отделений скорой медицинской помощи. За 2018—2023 гг. отмечен незначительный (с 29 до 30) рост числа стационарных отделений скорой медицинской помощи. Наибольший рост (с 10 до 13) установлен в Санкт-Петербурге.

В 2023 г. в структуре коек скорой медицинской помощи в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, 73,3% составили койки краткосрочного пребывания и 26,7% — койки суточного пребывания (см. таблицу).

За 2014—2023 гг. доля коек скорой медицинской помощи краткосрочного пребывания увеличилась с 58,1 до 73,3%, коек скорой медицинской помощи суточного пребывания уменьшилась с 41,9 до 26,7%. За 10 лет в структуре коечного фонда стационаров увеличилась доля коек скорой медицинской помощи с 0,036 до 0,092%, что связано с сокращением числа коек медицинских организаций, оказывающих помощь в стационарных условиях, на 13%.

Обеспеченность койками скорой медицинской помощи выросла с 2,84 до 6,25 на 1 млн населения, в том числе койками скорой медицинской помощи краткосрочного пребывания с 1,65 до 4,58, койками скорой медицинской помощи суточного пребывания с 1,19 до 1,67.

Частота госпитализации на койки скорой медицинской помощи увеличилась с 0,8 до 2,51 на 1 тыс. населения, в том числе на койки скорой медицин-

Здоровье и общество

ской помощи краткосрочного пребывания — с 0,45 до 1,47 (в 3,3 раза), на койки скорой медицинской помощи суточного пребывания — с 0,35 до 1,04 (в 3 раза) (см. таблицу).

За период изучения отмечено снижение средней длительности пребывания пациента на койке скорой медицинской помощи с 1,05 до 0,63 дня (на 0,42 дня), в том числе на койки скорой медицинской помощи краткосрочного пребывания незначительный рост с 0,73 до 0,74 дня (на 0,01 дня), на койки скорой медицинской помощи суточного пребывания снижение с 1,23 до 0,23 дня (на 1,0 дня) (см. таблицу).

За период с 2014 по 2023 г. показатель средней занятости койки скорой медицинской помощи уменьшился с 277 до 207 дней, койки скорой медицинской помощи краткосрочного пребывания увеличился с 208 до 232 дней, койки скорой медицинской помощи суточного пребывания уменьшился с 373 до 137 дней.

Оборот койки скорой медицинской помощи вырос с 262 до 332, койки скорой медицинской помощи суточного пребывания — с 303 до 597, койки скорой медицинской помощи краткосрочного пребывания снизился с 286 до 277 (см. таблицу).

Обсуждение

В настоящее время в Российской Федерации организовано только 30 стационарных отделений скорой медицинской помощи в 13 субъектах, что крайне недостаточно.

Предлагается увеличить количество стационарных отделений скорой медицинской помощи в субъектах Российской Федерации в соответствии с методическими рекомендациями по организации стационарных отделений скорой медицинской помощи, где определен норматив — не менее одного отделения в субъекте [7].

Для развития стационарных отделений скорой медицинской помощи в составе медицинских организаций, оказывающих помощь в стационарных условиях, рекомендуется реализация следующих мероприятий:

- создание на уровне субъекта условий, позволяющих изменить маршрутизацию пациентов с экстренными заболеваниями и состояниями в медицинские организации 2-го и 3-го уровней;
- выделение свободных площадей для строительства зданий, в которых должны размещаться стационарные отделения скорой медицинской помощи;
- модернизация инфраструктуры, направленной на укрепление материальной базы в части оснащения оборудованием стационарного отделения скорой медицинской помощи, и др. [6].

За 10 лет в структуре всех коек скорой медицинской помощи отмечен рост доли коек скорой медицинской помощи краткосрочного пребывания с 58,1 до 73,3%. Показатель удельного веса коек скорой медицинской помощи краткосрочного пребывания

приближается к рекомендуемым значениям, равным 80% [8, 9].

В Российской Федерации отмечается постепенный процесс становления работы скорой медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, который позволит повысить ее доступность и удовлетворенность населения.

Заключение

Применение организационных форм оказания скорой медицинской помощи в стационарных условиях в настоящее время регламентировано приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 17 мая 2012 г. № 555н «Об утверждении номенклатуры коечного фонда по профилям медицинской помощи», приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 июня 2013 г. № 388н «Об утверждении порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи», где определена деятельность стационарных отделений скорой медицинской помощи и коек скорой медицинской помощи. Основным показателем работы стационарных отделений скорой медицинской помощи, который указывается в форме федерального статистического наблюдения № 30 «Сведения о медицинской организации», с 2018 г. является число отделений.

В Российской Федерации в 2023 г. в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, работало 30 стационарных отделений скорой медицинской помощи в 13 субъектах. Около половины стационарных отделений скорой медицинской помощи функционируют в Санкт-Петербурге. Не организованы стационарные отделения скорой медицинской помощи в Северо-Кавказском, Приволжском, Дальневосточном федеральных округах.

За 2018—2023 гг. в стране отмечен незначительный рост числа стационарных отделений скорой медицинской помощи — с 29 до 30. Наибольший рост определен в Санкт-Петербурге — с 10 до 13.

Анализ основных показателей работы коек скорой медицинской помощи в Российской Федерации за 2014—2023 гг. позволил сделать следующие выводы:

- обеспеченность койками скорой медицинской помощи на 1 млн населения увеличилась с 2,84 до 6,25, в том числе койками скорой медицинской помощи краткосрочного пребывания — с 1,65 до 4,58, койками скорой медицинской помощи суточного пребывания — с 1,19 до 1,67;
- частота госпитализации на койки скорой медицинской помощи выросла с 0,8 до 2,51 на 1 тыс. населения, в том числе на койки скорой медицинской помощи краткосрочного пребывания — с 0,45 до 1,47, на койки скорой медицинской помощи суточного пребывания — с 0,35 до 1,04 на 1 тыс. населения;
- средняя длительность пребывания пациента на койке скорой медицинской помощи снизи-

- лась с 1,05 до 0,63 дня, на койке скорой медицинской помощи краткосрочного пребывания выросла с 0,73 до 0,74 дня, на койке скорой медицинской помощи суточного пребывания снизилась с 1,23 до 0,23 дня;
- средняя занятость койки уменьшилась с 277 до 207 дней, койки скорой медицинской помощи краткосрочного пребывания выросла с 208 до 232 дней, койки скорой медицинской помощи суточного пребывания снизилась с 373 до 137 дней;
- оборот койки скорой медицинской помощи снизился с 262 до 332, в том числе койки скорой медицинской помощи краткосрочного пребывания — с 286 до 277, вырос оборот койки скорой медицинской помощи суточного пребывания с 303 до 597.

Исследование не имело спонсорской поддержки
Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА

1. Багненко С. Ф., Мирошниченко А. Г., Шляфер С. И., Алимов Р. Р., Теплов В. М., Разумный Н. В. Результаты работы скорой медицинской помощи вне медицинских организаций и в стационарных условиях в Российской Федерации. *Медико-биологические и социально-психологические проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях*. 2020;(1):5—11. doi: 10.25016/2541-7487-2020-0-1-05-11
2. Шляфер С. И. Анализ показателей работы скорой медицинской помощи в России. *Скорая медицинская помощь*. 2019;20(2):4—13. doi: 10.24884/2072-6716-2019-20-2-4-13
3. Багненко С. Ф., Миннуллин И. П., Теплов В. М., Разумный Н. В. Эволюция скорой медицинской помощи: от поля боя до стационарного звена. *Скорая медицинская помощь*. 2015;16(3):4—9.
4. Теплов В. М., Цебровская Е. А., Миннуллин И. П., Ключовкин К. С., Калибатов Р. М. и др. Анализ проектных решений стационарных отделений скорой медицинской помощи с помощью имитационного моделирования. *Скорая медицинская помощь*. 2023;24(4):4—10. doi: 10.24884/2072-6716-2023-24-4-4-10
5. Багненко С. Ф., Мирошниченко А. Г., Алимов Р. Р., Шляфер С. И. Оценка состояния скорой медицинской помощи в разных условиях ее оказания в Российской Федерации. *Анестезиология и реаниматология*. 2021;(2):124—30. doi: 10.17116/anaesthesiology2021021124
6. Багненко С. Ф., Стожаров В. В., Теплов В. М., Разумный Н. В. Целевые показатели развития скорой медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях. *Скорая медицинская помощь*. 2024;25(2):4—10. doi: 10.24884/2072-6716-2024-25-2-4-10
7. Багненко С. Ф., Полушин Ю. С., Мирошниченко А. Г., Миннуллин И. П., Теплов В. М., Алимов Р. Р. Организация работы стационарного отделения скорой медицинской помощи: методические рекомендации. 2-е изд., перераб. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2018. 64 с.
8. Багненко С. Ф., Алимов Р. Р., Александрова Г. А., Мирошниченко А. Г., Стожаров В. В. Динамика работы коек скорой медицинской помощи в Российской Федерации. *Скорая медицинская помощь*. 2017;18(3):4—8.
9. Багненко С. Ф., Мирошниченко А. Г., Алимов Р. Р., Разумный Н. В., Туров И. А. Анализ структуры и работы коек скорой медицинской помощи в Российской Федерации. *Скорая медицинская помощь*. 2019;20(3):4—9. doi: 10.24884/2072-6716-2019-20-3-4-9

Поступила 17.06.2024
Принята в печать 30.10.2024

REFERENCES

1. Bagnenko S. F., Miroshnichenko A. G., Shljafer S. I., Alimov R. R., Teplov V. M., Razumnyj N. V., et al. Results of inpatient and outpatient emergency care in the Russian Federation. *Mediko-biologicheskie i social'no-psihologicheskie problemy bezopasnosti v chrezvychajnyh situacijah*. 2020;(1):5—11. doi: 10.25016/2541-7487-2020-0-1-05-11 (in Russian).
2. Shljafer S. I. Analysis of indicators of work of emergency medical care in the Russia. *Skoraja medicinskaja pomoshh'*. 2019;20(2):4—13. doi: 10.24884/2072-6716-2019-20-2-4-13 (in Russian).
3. Bagnenko S. F., Minnullin I. P., Teplov V. M., Razumnyj N. V. Evolution of emergency medicine: from battlefield to emergency department. *Skoraja medicinskaja pomoshh'*. 2015;16(3):4—9 (in Russian).
4. Teplov V. M., Cebrovskaja E. A., Minnullin I. P., Kljukovkin K. S., Kalibатов R. M., et al. Analysis of design solutions for inpatient emergency departments using simulation modeling. *Skoraja medicinskaja pomoshh'*. 2023;24(4):4—10. doi: 10.24884/2072-6716-2023-24-4-4-10 (in Russian).
5. Bagnenko S. F., Miroshnichenko A. G., Alimov R. R., Shljafer S. I. Assessment of emergency medical care delivered in different conditions in the Russian Federation. *Anesteziologija i reanimatologija*. 2021;(2):124—30. doi: 10.17116/anaesthesiology2021021124 (in Russian).
6. Bagnenko S. F., Stozharov V. V., Teplov V. M., Razumnyj N. V. Target indicators for the development of emergency medical care provided in inpatient conditions. *Skoraja medicinskaja pomoshh'*. 2024;25(2):4—10. doi: 10.24884/2072-6716-2024-25-2-4-10 (in Russian).
7. Bagnenko S. F., Polushin Ju. S., Miroshnichenko A. G., Minnullin I. P., Teplov V. M., Alimov R. R., et al. Organization of work of the inpatient department of emergency medical care: methodological recommendations. 2nd ed. Moscow: GEOTAR-Media; 2018. 64 p. (in Russian).
8. Bagnenko S. F., Alimov R. R., Aleksandrova G. A., Miroshnichenko A. G., Stozharov V. V. Dynamic performance of emergency hospital beds usage in the Russian Federation. *Skoraja medicinskaja pomoshh'*. 2017;18(3):4—8 (in Russian).
9. Bagnenko S. F., Miroshnichenko A. G., Alimov R. R., Razumnyj N. V., Turov I. A. Analysis of structure and functioning of hospital beds of emergency department in the Russian Federation. *Skoraja medicinskaja pomoshh'*. 2019;20(3):4—9. doi: 10.24884/2072-6716-2019-20-3-4-9 (in Russian).

Волкова О. А.^{1, 2, 3}

ПОТЕНЦИАЛ ОБЩЕСТВЕННЫХ ОБЪЕДИНЕНИЙ ПО УКРЕПЛЕНИЮ СОЦИАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН В СТРАНАХ ЕВРАЗИЙСКОГО ЭКОНОМИЧЕСКОГО СОЮЗА: СОЦИОЛОГО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ

¹Институт демографических исследований ФНИСЦ РАН, 119333, г. Москва;

²Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города
Москвы, 115088, г. Москва;

³ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н. А. Семашко» Минобрнауки России, 105064,
г. Москва

В работе рассмотрен вопрос о целесообразности выявления потенциала национальных и международных общественных объединений по укреплению социального здоровья граждан в государствах — членах Евразийского экономического союза. Проблема состоит в отсутствии научно обоснованного социолого-демографического подхода к использованию возможностей общественного сектора в укреплении социального здоровья людей. Исследование базируется на официальных статистических данных Евразийского экономического союза, а также на результатах опроса общественного мнения ВЦИОМ. Анализ качественной стороны межличностных отношений позволил заключить, что у людей круг доброжелательных коммуникаций в основном концентрируется на близких родственниках, способствуя укреплению социального здоровья граждан. Предложена идея: поскольку железнодорожный и воздушный транспорт изначально предполагают пространственное перемещение людей на более дальние расстояния, чем автомобильный, то, вероятно, наблюдается тенденция, в соответствии с которой происходит учащение социальных коммуникаций между людьми, находящимися на значительном территориальном удалении друг от друга. Определено, что дальнейшее исследование потенциала национальных и международных общественных объединений может стать важным инструментом для определения текущих социально-демографических тенденций и разработки рекомендаций по улучшению социального здоровья граждан государств — членов Евразийского экономического союза.

Ключевые слова: демографическое развитие; социальное здоровье; общественные объединения; Евразийский экономический союз.

Для цитирования: Волкова О. А. Потенциал общественных объединений по укреплению социального здоровья граждан в странах Евразийского экономического союза: социолого-демографический анализ. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2025;33(3):357—362. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2025-33-3-357-362>

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

Volkova O. A.^{1, 2, 3}

THE POTENTIAL OF PUBLIC ASSOCIATIONS ON BUILDING UP SOCIAL HEALTH OF CITIZEN IN THE COUNTRIES OF THE EURASIAN ECONOMICAL UNION: SOCIOLOGICAL DEMOGRAPHIC ANALYSIS

¹The Federal State Budget Institution “The Institute for Demographic Research — Branch of the Federal Center of Theoretical and Applied Sociology of the Russian Academy of Sciences”, 119333, Moscow, Russia;

²The State Budget Institution “The Scientific Research Institute of Health Care Organization and Medical Management of the Moscow Health Care Department”, 115088, Moscow, Russia;

³N. A. Semashko National Research Institute of Public Health, 105064, Moscow, Russia

The article considers issue of expediency of discovering potential of national and international public associations on building up social health of citizens in the states members of the Eurasian Economical Union (EAEU). The problem is in absence of scientifically grounded sociological demographic approach to applying capabilities of public sector in building up people's social health.

The study is based on official statistics of the EAEU, as well as on the results of public opinion poll by VCIOM (Russian Public Opinion Research Center). The analysis of the qualitative side of interpersonal relationships permitted to conclude that people's circle of friendly communications is mainly concentrated on close relatives, helping to strengthen social health of citizens. The following concept was proposed: since rail and air transport initially suppose spatial movement of people over longer distances than road transport, there is probably tendency of increasing of social communications between persons located at significant territorial distance from each other. It is established that further research of potential of national and international public associations can become an important tool of determining current social demographic trends and developing recommendations to improve social health of citizens of the EAEU member states.

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

For citation: Volkova O. A. The potential of public associations on building up social health of citizen in the countries of the Eurasian Economical Union: sociological demographic analysis. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2025;33(3):357—362. (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2025-33-3-357-362>

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

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

Acknowledgment. The article was prepared with the 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 socio-political sciences.

Введение

Актуальность социолого-демографического исследования потенциала современных общественных объединений по укреплению социального здоровья граждан государств — членов Евразийского экономического союза (ЕАЭС) можно обосновать несколькими ключевыми аспектами. Социальное здоровье отражает степень социальной интеграции разных категорий жителей в общую систему взаимосвязей, качество межличностных отношений, доступ к социальным ресурсам и поддержку со стороны других обществ и социальных институтов. Укрепление социального здоровья граждан государств — членов ЕАЭС будет способствовать улучшению общего благополучия населения, снижению остроты социальных проблем.

Современные общественные объединения играют важную роль в формировании и развитии социальных связей, поддержании социальной активности в профессиональной и других сферах. Эти структуры могут служить платформой для обмена успешным опытом, взаимной поддержки и реализации социальных инициатив, а в результате способствовать укреплению социального здоровья представителей разных социально-демографических групп.

Современные страны сталкиваются с различными демографическими вызовами: старением населения, усиливающейся миграцией и изменением структуры и функционирования семей, снижением рождаемости. Эти изменения влияют на социальные отношения и потребности людей разных поколений.

Материалы и методы

В качестве методологической основы работы применена теория демографического перехода, отражающая и подробно характеризующая ключевые социальные преобразования в области снижения показателей рождаемости и уменьшения показателей смертности. Данная теория позволяет объяснить трансформации в социальных отношениях между представителями разного пола, количественные и качественные преобразования в семейно-брачных отношениях. Теория объясняет причины таких изменений в социальных отношениях усилением общей тенденции к повышению значимости для жителей планеты индивидуальных ценностей над общественными [1].

В качестве методологической основы исследования использована также теория демографического метаболизма [2]. Данная теория дает возможность анализировать повседневное поведение, которое отражает предпочтительные коммуникации членов общества, а также количество и качество взаимодействий между людьми. Такие изменения приводят к трансформации поведения мужчин и женщин в демографической сфере, определяя, например, общую тенденцию к снижению рождаемости.

Кроме того, исследование выполнено при методологической опоре на научные идеи, заложенные в теории демографического дивиденда [3]. Демографический дивиденд — это «экономические выгоды, которые накапливаются в стране в результате изменения возрастной пирамиды, характеризуются увеличением доли трудоспособного населения, наступающим обычно в результате снижения рождаемости и сопровождаются эффективными инвестициями государственных органов и частных организаций в здравоохранение, расширение прав и возможностей женщин, образование и занятость» [4].

В работе также использованы идеи о влиянии увеличения в структуре населения доли образованных людей на экономический рост, снижение рождаемости и повышение продолжительности жизни [5], а последнее зачастую происходит за счет улучшения состояния здоровья человека.

При этом здоровье понимается как «состояние полного физического, психологического и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов» [6]. В данном исследовании акцент поставлен на социальном здоровье, которое представляется как «адекватное количество и качество отношений в определенном контексте для удовлетворения потребности человека в значимой человеческой связи» [7].

В исследовании обсуждается вопрос о возможности общественных объединений в отношении укрепления социального здоровья граждан в странах ЕАЭС. Общественные структуры, создаваемые жителями, могут в разных странах иметь различные названия в зависимости от формулировок, обозначенных в национальных законодательствах (неправительственные организации, негосударственные организации, некоммерческие организации, общественные организации). В данном исследовании применен термин «общественное объединение» — «добровольное, самоуправляемое, некоммерческое формирование, созданное по инициативе граждан, объединившихся на основе общности интересов для реализации общих целей» [8].

В работе использованы официальные статистические данные ЕАЭС [9], а также результаты всероссийского опроса ВЦИОМ «Круг общения» 2023 г. [10].

Результаты исследования

Социальное здоровье определяется социальными отношениями людей, количественными и качественными характеристиками коммуникаций и практических взаимодействий между ними. Поскольку население государств — участников ЕАЭС характеризуется упрощенной процедурой мобильности, то обратимся к рассмотрению возможностей жителей стран по удаленным коммуникациям и по пространственным перемещениям. Статистическая база ЕАЭС содержит в основном экономические и демографические показатели, поэтому будем ориентироваться на имеющиеся данные (рис. 1).

Здоровье и общество

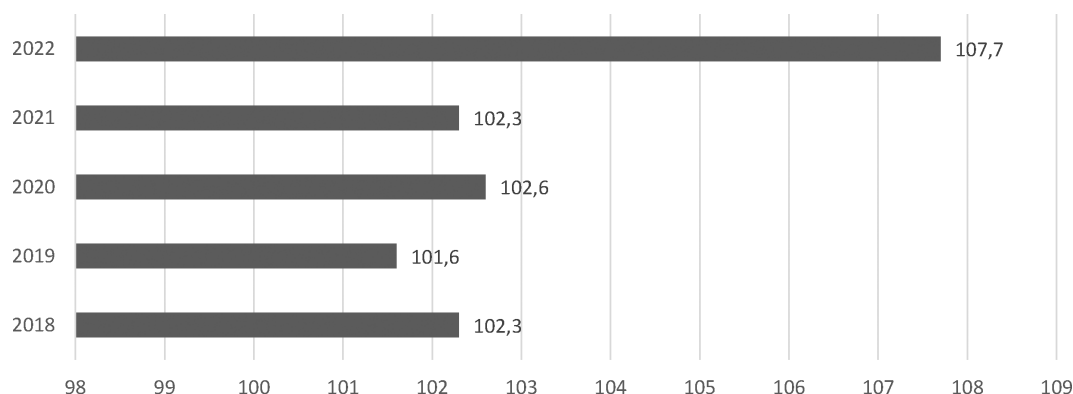


Рис. 1. Динамика индекса цен на услуги связи в государствах — членах ЕАЭС (в % к предыдущему году) [9].

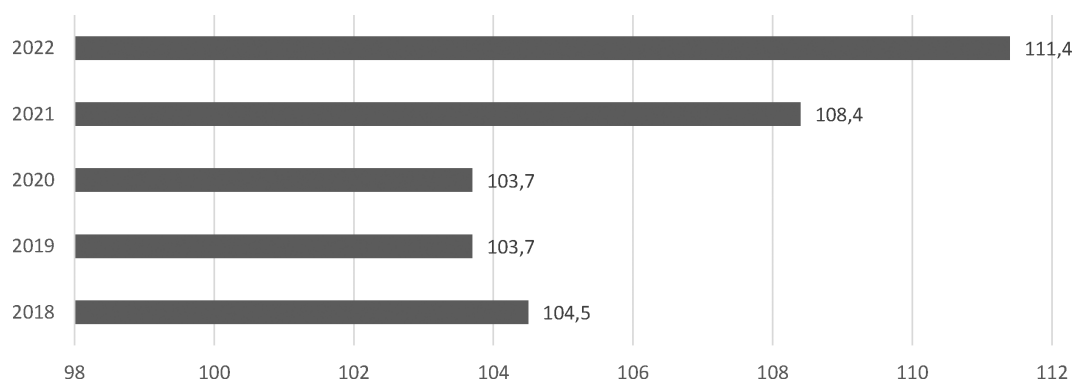


Рис. 2. Динамика индекса цен на услуги железнодорожного транспорта в государствах — членах ЕАЭС (в % к предыдущему году) [9].

Очевиден небольшой рост на услуги связи в государствах — членах ЕАЭС, хотя это можно связывать с целым комплексом действующих факторов (не только востребованностью услуги, но и собственно экономическими тенденциями). То же самое можно сказать и о положительной динамике индекса цен на транспортные услуги, в частности на железных дорогах (рис. 2).

Отмечается изменение ситуации в случае с автомобильным транспортом, где, как и в других случаях, замечено некоторое снижение показателей в 2020 г., обусловленное распространением пандемии

во всем мире, в том числе в государствах — членах ЕАЭС (рис. 3).

Примерно такая же картина наблюдается в отношении воздушного транспорта, который перевозит жителей государств — членов ЕАЭС и представителей других стран (рис. 4).

В целом статистические данные по ЕАЭС свидетельствуют о том, что в наибольшей степени возрастают цены на железнодорожный и воздушный транспорт, в немного меньшей — на автомобильный. Это может свидетельствовать не только об увеличении себестоимости конкретного вида транс-

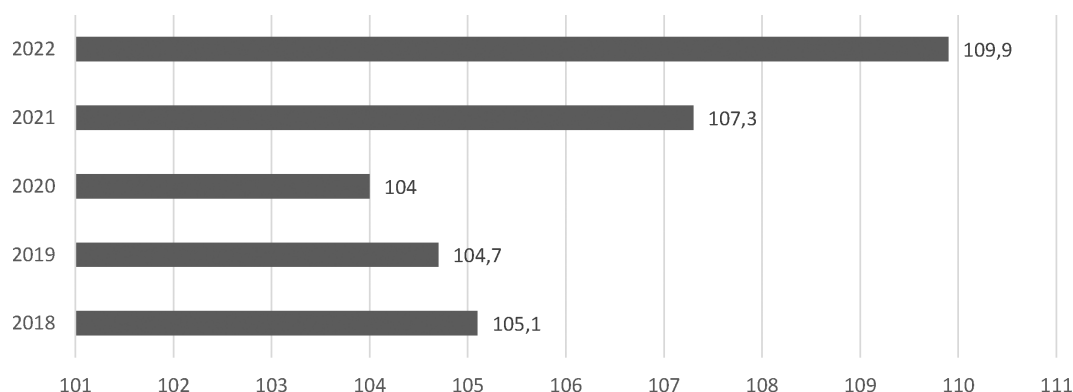


Рис. 3. Динамика индекса цен на услуги автомобильного транспорта в государствах — членах ЕАЭС (в % к предыдущему году) [9].

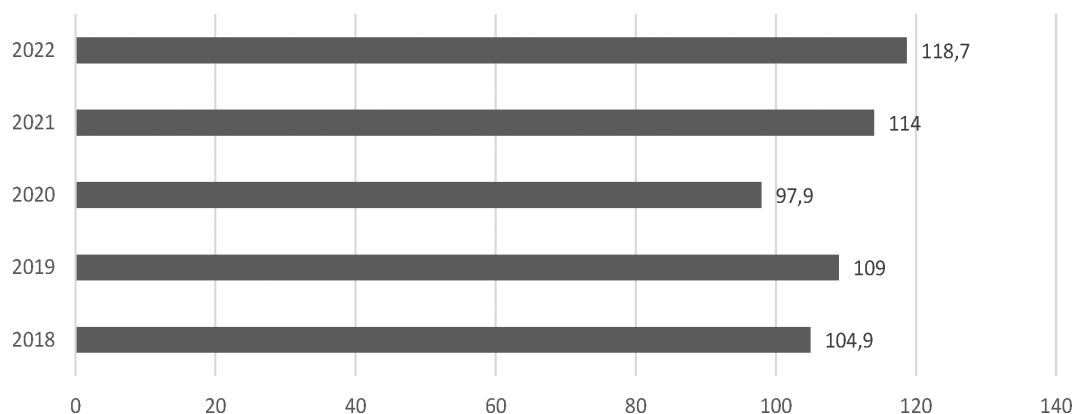


Рис. 4. Динамика индекса цен на услуги воздушного транспорта в государствах — членах ЕАЭС (в % к предыдущему году) [9].

порта и связанных с ним услуг, но и о повышении его востребованности. Поскольку железнодорожный и воздушный транспорт предполагает перемещение людей на более дальние расстояния, чем автомобильный, то, вероятно, наблюдается тенденция, в соответствии с которой социальные коммуникации все чаще осуществляются между людьми, находящимися на значительном территориальном удалении друг от друга.

Тем не менее самые близкие и теплые отношения традиционно поддерживают между собой люди, связанные семейными узами. Приведем данные, доступные для анализа (материалы ВЦИОМ). Представим временную динамику (результаты 2021 и 2023 гг.) круга общения, с которым у россиян сложились наиболее доброжелательные и искренние межличностные отношения (рис. 5).

Анализируя качественную сторону межличностных отношений, в частности опираясь на результаты опроса ВЦИОМ, можно заключить, что у россиян круг доброжелательных коммуникаций в основном концентрируется на близких родственниках (супругах, детях, родителях). Анализируя данные обстоятельства, отметим примечание, которое приводит на этот счет W. Lutz: «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» [5].

Потенциал современных общественных объединений по укреплению социального здоровья высок, поскольку они могут осуществлять свою практическую деятельность как на национальном, так и на

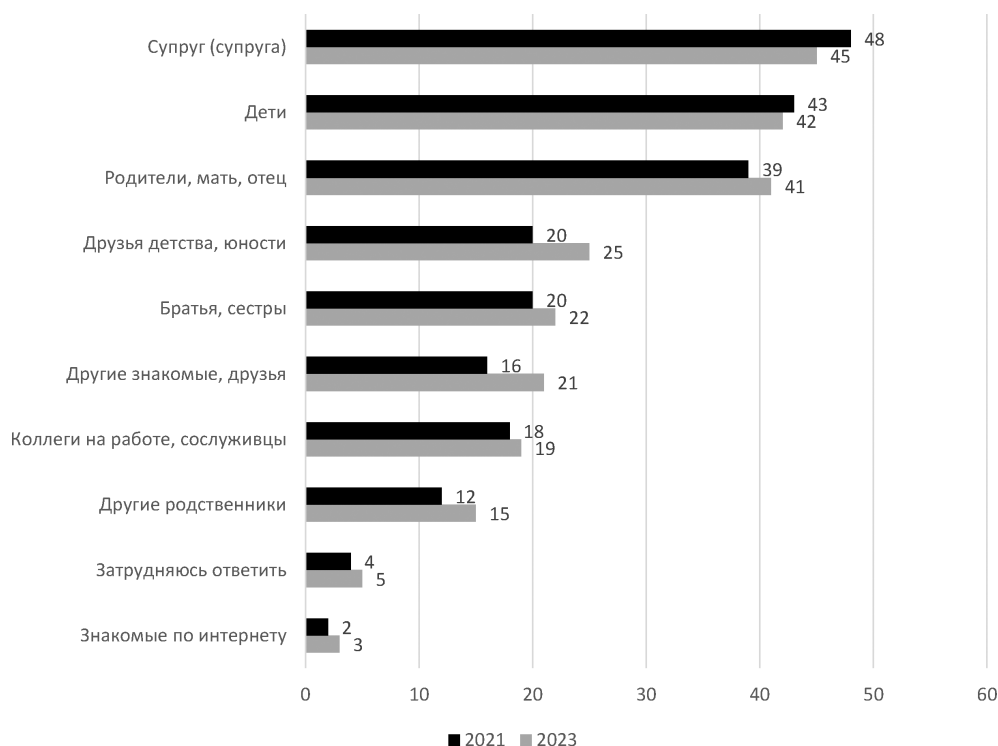


Рис. 5. Динамика круга общения, с которым у россиян сложились доброжелательные и искренние отношения (в % опрошенных) [10].

Здоровье и общество

международном уровне, функционируя в различных организационно-правовых формах, в частности таких, как «общественная организация, общественное движение, общественный фонд, общественное учреждение, орган общественной самостоятельности, политическая партия» [8] и другие, которые закреплены в нормативно-правовых документах государств — участников ЕАЭС.

В Армении можно назвать такие общественные объединения, которые способствуют демографическому развитию страны в целом и укреплению социального здоровья отдельных граждан: «Армянские матери», «Дети Армении», «Мост надежды», «Российско-Армянское молодежное единство», «Унисон», «Save the Children — Armenia».

В Беларуси существуют общественные объединения, деятельность которых прямо или косвенно способствует улучшению социального здоровья граждан: «Белая Русь», «Белорусский союз женщин», «Евразийство», «Молодая Беларусь», «Семья — Единение — Отечество», «Третий сектор» и др.

В Казахстане перечислим такие общественные объединения, как «Дети народа», «Дети Умай», «Дидактический родительский комитет», «Красный Полумесяц Казахстана», «Ребенок должен жить в семье», «Семейная академия», «Центр по чрезвычайным ситуациям и снижению риска стихийных бедствий в городе Алматы», «Центр молодежных инициатив» и др.

В Кыргызстане среди организаций, функционирующих в рамках практик, способствующих укреплению социального здоровья граждан, есть «Детский Ковчег Надежды», «Дружная семья», «Луч солнца», «Кант пансион», «Кризисный центр Багыт», учебно-реабилитационный центр «Центр детства Нуристан», «Центр защиты детей», «Центр материнства и детства-Сокулук» и др. Поскольку из Кыргызстана ежегодно выезжает большое количество трудовых мигрантов, то за рубежом (в частности, в России) функционируют кыргызские диаспоральные организации, которые способствуют адаптации кыргызов на месте работы, тем самым содействуя сохранению их социального здоровья (а также одновременно и психического, и физического).

В России — это «Алеша», «Демография поколений», «Дети+», «География Добра», «Движение вверх», «Децентрализация и Демография», «Детские деревни SOS», «Дом с маяком», «Подари жизнь», «Поддержки семьи (материнства, отцовства, детства) „Демография“», «Православие и Мир», «Русфонд», «Старость в радость», «Фонд Константина Хабенского» и др.

Социолого-демографические исследования позволяют глубже понять потребности различных социальных групп и оценить ресурсы, которые могут быть задействованы для их удовлетворения. Такие эмпирические знания могут помочь в разработке эффективных национальных и международных программ и стратегий для укрепления социального

здоровья. Научные исследования потенциала общественных объединений (национальных и международных) будут способствовать выявлению того, как они могут адаптироваться к новым условиям, реагировать на формирующиеся вызовы и эффективно поддерживать различные группы населения в государствах — членах ЕАЭС.

Укрепление социального здоровья граждан государств — членов ЕАЭС через активное участие общественных объединений в работе по здоровьесбережению жителей может способствовать созданию более устойчивого и сплоченного международного общества, что станет важным фактором для решения многих накопившихся социальных проблем, в том числе безработицы, старения населения. Результаты исследований могут быть использованы для формирования согласованных действий государственных органов власти и надгосударственного образования ЕАЭС по социальной защите и общественному здравоохранению. Понимание роли общественных объединений может привести к более эффективному сотрудничеству между национальными государственными учреждениями и общественными объединениями разного уровня.

В целом социолого-демографическое исследование потенциала национальных и международных общественных объединений может стать важным инструментом для определения и анализа текущих тенденций и разработки рекомендаций по улучшению социального здоровья граждан государств — членов ЕАЭС.

Заключение

Статистические данные по ЕАЭС свидетельствуют о том, что в наибольшей степени возрастают цены на железнодорожный и воздушный виды транспорта, в несколько меньшей — на автомобильный. Это может свидетельствовать не только об увеличении себестоимости конкретного вида транспорта и связанных с ним услуг, но и о повышении его востребованности. Поскольку железнодорожный и воздушный транспорт изначально предполагает пространственное перемещение людей на более дальние расстояния, чем автомобильный, то, вероятно, наблюдается тенденция, в соответствии с которой социальные коммуникации все чаще осуществляются между людьми, находящимися на значительном территориальном удалении друг от друга.

Анализируя качественную сторону межличностных отношений, в частности опираясь на результаты опроса ВЦИОМ, можно заключить, что у жителей круг доброжелательных коммуникаций в основном концентрируется на близких родственниках (супругах, детях, родителях), что и способствует укреплению социального здоровья граждан.

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

REFERENCES

1. Lesthaeghe R., van de Kaa D. J. Twee demografische transitie? In: D.J. van de Kaa, R. Mens en Maatschappij (Eds). Book volume "Bevolking Groei en Krimp". Deventer: Van Loghum Slaterus; 1986;61:9—24.
2. Ryder N. B. The cohort as a concept in the study of social change. *Am. Sociol. Rev.* 1965;30(6):843—61.
3. Lee R., Mason A. Back to Basics: What is the Demographic Dividend? 2006. Режим доступа: <https://www.elibrary.imf.org/view/journals/022/0043/003/article-A007-en.xml> (дата обращения 02.10.2024).
4. Ngom Mabingué. Programming the Demographic Dividend: from Theory to Experience. 2018. Режим доступа: <https://wcaro.unfpa.org/en/publications/programming-demographic-dividend-theory-experience> (дата обращения 02.10.2024).
5. Lutz W. Advanced Introduction to Demography. Vienna: Edward Elgar Publishing; 2021. 224 p.
6. World Health Organization. Режим доступа: <https://www.who.int> (дата обращения 30.09.2024).
7. 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
8. Об общественных объединениях: федеральный закон от 19.05.1995 N 82-ФЗ (ред. от 08.08.2024). Режим доступа: <https://www.consultant.ru> (дата обращения 02.10.2024).
9. Статистический ежегодник Евразийского экономического союза; Евразийская экономическая комиссия. М.; 2023. 498 с.
10. Круг общения, 2023. ВЦИОМ. Режим доступа: <https://wciom.ru/analytical-reviews/analiticheskii-obzor/krug-obshchenija> (дата обращения 02.10.2024).
1. Lesthaeghe R., van de Kaa D. J. Twee demografische transitie? In: D.J. van de Kaa, R. Mens en Maatschappij (Eds). Book volume "Bevolking Groei en Krimp". Deventer: Van Loghum Slaterus; 1986;61:9—24.
2. Ryder N. B. The cohort as a concept in the study of social change. *Am. Sociol. Rev.* 1965;30(6):843—61.
3. Lee R., Mason A. Back to Basics: What is the Demographic Dividend? 2006. Available at: <https://www.elibrary.imf.org/view/journals/022/0043/003/article-A007-en.xml> (accessed 02.10.2024).
4. Ngom Mabingué. Programming the Demographic Dividend: from Theory to Experience. 2018. Available at: <https://wcaro.unfpa.org/en/publications/programming-demographic-dividend-theory-experience> (accessed 02.10.2024).
5. Lutz W. Advanced Introduction to Demography. Vienna: Edward Elgar Publishing; 2021. 224 p.
6. World Health Organization. Available at: <https://www.who.int> (accessed 30.09.2024).
7. 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
8. On public associations: Federal Law of May 19, 1995 No. 82-FZ (as amended on August 8, 2024). Available at: <https://www.consultant.ru> (accessed 02.10.2024) (in Russian).
9. Statistical Yearbook of the Eurasian Economic Union; Eurasian Economic Commission. Moscow; 2023. 498 p. (in Russian).
10. Circle of communication, 2023. VTsIOM. Available at: <https://wciom.ru/analytical-reviews/analiticheskii-obzor/krug-obshchenija> (accessed 02.10.2024) (in Russian).

Поступила 11.08.2024
Принята в печать 31.10.2024

Садковая О. С., Муравьева Ю. П., Уляшева Ж. А., Решетников В. А.

КРИТЕРИИ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКОГО СТАТУСА В ИССЛЕДОВАНИЯХ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ РАЗЛИЧНЫХ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ: ЭКСПРЕСС-ОБЗОР

ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет имени И. М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), 119048, г. Москва

Социально-экономический статус населения доказанно влияет на состояние здоровья. К настоящему времени в исследованиях российских ученых реализуется достаточно широкий спектр подходов к определению и выбору показателей социально-экономического статуса в исследованиях здоровья. Целью настоящего исследования является изучение и систематизация его параметров, используемых отечественными авторами в исследованиях здоровья различных групп населения Российской Федерации, по методике экспресс-обзоров, разработанной Кокрейновской группой методов быстрых обзоров (Cochrane Rapid Reviews Methods Group, RRMG). Экспресс-обзор выполнен по результатам поиска литературы в базах данных Национальной электронной и Научной электронной библиотек в предметных областях «Науки о здоровье», «Медицина и здравоохранение» в период с 1 января 2017 г. по 31 декабря 2023 г.

Результаты обзора демонстрируют, что наиболее распространенным параметром социально-экономического статуса является «образование», за ним следуют «доход» и «род деятельности». Также широко используется критерий «местность проживания город/село».

Ключевые слова: экспресс-обзор; социально-экономический статус; доход; образование; профессия; здоровье; образ жизни.

Для цитирования: Садковая О. С., Муравьева Ю. П., Уляшева Ж. А., Решетников В. А. Критерии социально-экономического статуса в исследованиях здорового образа жизни различных групп населения в Российской Федерации: экспресс-обзор. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2025;33(3):363—372. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2025-33-3-363-372>

Для корреспонденции: Садковая Ольга Сергеевна, старший преподаватель кафедры, e-mail: sadkovaya_o_s@staff.sechenov.ru

Sadkovaya O. S., Muravyeva Yu. P., Ulyasheva Zh. A., Reshetnikov V. A.

THE CRITERIA OF SOCIAL ECONOMICAL STATUS IN STUDIES OF HEALTHY LIFE-STYLE OF DIFFERENT GROUPS OF POPULATION IN THE RUSSIAN FEDERATION: THE EXPRESS REVIEW

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

The social economic status of population evidently affects health. Actually, in National research studies wide enough spectrum of approaches to determining and choosing indicators of social economical status in health studies is applied. The purpose of the study is to investigate and systematize parameters applied in studies of health of different groups of population of the Russian Federation. The methodology of Cochrane Rapid Reviews Methods Group was applied to implement rapid review. The express review was implemented on the results of publications searches in data bases of the National Electronic Library and the Electronic Scientific Library in “Health Sciences” and “Medicine and Health Care” domains from 2017 to 2023. The results demonstrate that the most widespread parameter of social economical status is “education” followed by “income”, “line of business” and “urban/rural residence locality”.

Key words: express review; social economical status; income; education; profession; health; life-style.

For citation: Sadkovaya O. S., Muravyeva Yu. P., Ulyasheva Zh. A., Reshetnikov V. A. The criteria of social economical status in studies of healthy life-style of different groups of population in the Russian Federation: the express review. *Problemy socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2025;33(3):363—372 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2025-33-3-363-372>

For correspondence: Sadkovaya O. S., the Senior Lecturer of the Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education “The I. M. Sechenov First Moscow State Medical University of Minzdrav of Russia (Sechenov University)”, e-mail: sadkovaya_o_s@staff.sechenov.ru

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support.

Received 21.06.2024

Accepted 30.10.2024

Введение

С середины 70-х годов XX в. изучение взаимосвязи состояния здоровья, заболеваемости и социально-экономического положения различных групп населения находится в центре активного внимания специалистов различных отраслей науки: экономики, социологии, здравоохранения, педагогики, физкультуры и спорта и пр. С одной стороны, данный вопрос имеет высокую степень проработанности, однако по причине отсутствия межотраслевого кон-

сенсуса широкой трактовки содержания показателя социально-экономического статуса (СЭС) исследователями внутри одной отрасли знаний существует проблема сопоставимости и систематизации результатов исследований.

В мировой литературе базовыми компонентами содержания СЭС в исследованиях здоровья считается триада «доход — образование — род деятельности» («income — education — occupation») [1—5]. Далее, в зависимости от доступности и полноты данных, а также особенностей страны проведения

исследования, другие показатели могут использоваться в сочетании с элементами этой триады либо изолированно. Среди прочих индикаторов СЭС зарубежные авторы используют место проживания в контексте его престижности и благоустроенности [6, 7], условия проживания [6], наличие и количество автомобилей в домохозяйстве [1, 8], владение определенными предметами, ассоциирующимися в данном обществе с принадлежностью к статусной социальной группе [9].

В российском массиве публикаций авторы активно обращаются к проблеме влияния СЭС на здоровье разных групп населения в различных контекстах. По состоянию на 5 декабря 2024 г. в Научной электронной библиотеке содержится свыше 4500 статей, книг и материалов конференций по данной проблематике, вышедших за период 2017—2024 гг. Распределение публикаций по тематическим рубрикам библиотеки отражает высокий интерес представителей разных отраслей знаний к соотношению СЭС и здоровья.

Говоря о СЭС, отечественные исследователи зачастую имеют в виду достаточно разнообразные показатели, что значительно ограничивает возможности агрегирования и систематизации результатов, не обеспечивает сопоставимость результатов исследований, тем самым затрудняя накопление и развитие доказательной базы взаимосвязи СЭС и здоровья, разработку и реализацию здоровьесберегающих мероприятий среди населения.

В сложившейся ситуации актуальным представляется анализ сложившихся трендов и реализуемых подходов при использовании показателей СЭС в исследованиях здоровья, их распространенности и продуктивности, а также репликативности и универсальности.

Материалы и методы

Дизайн исследования разработан в соответствии с руководством по проведению экспресс-обзоров, разработанным Кокрейновской группой методов быстрых обзоров (Cochrane Rapid Reviews Methods Group, RRMG) [10]. В поиск были включены рецензируемые оригинальные статьи базы данных Национальной электронной библиотеки (www.elibrary.ru) и Научной электронной библиотеки (www.cyberleninka.ru), опубликованные в предметных областях «Науки о здоровье», «Медицина и здравоохранение» с 1 января 2017 г. по 31 декабря 2023 г.

Критерии поиска публикаций в базах данных имели следующие ограничения:

- Полнотекстовая оригинальная публикация в рецензируемом журнале в открытом доступе.
- Заголовок, аннотация или ключевые слова содержат («социально-экономический», или «доход», или «образование», или «профессия», или «деятельность», или «качество жизни») и («здоровье», или «образ жизни», или «курение», или «питание», или «физическая активность», или «алкоголь»). Поисковый запрос

адаптировался под каждую базу данных в соответствии с ее возможностями, правилами и ограничениями.

- Публикация на русском языке.
- Даты выхода публикации попадают в диапазон 2017—2023 гг.

Критерии включения публикации в исследование:

- Субъекты исследования — здоровые или нормально развитые индивиды.
- Выборка находится на территории Российской Федерации.
- Исследование содержит указание на связь комплексного показателя СЭС или одного из его параметров со здоровьем.

Скрининг полных текстов публикаций проводили в период с 11 по 22 ноября 2024 г. На указанный период все полнотекстовые версии публикаций находились в свободном доступе в указанных базах данных.

В результате реализации этапов протокола исследования для включения в экспресс-обзор было отобрано 39 статей. В соответствии с рекомендациями Кокрейновской группы методов быстрых обзоров результаты представлены в формате обобщающего резюме и описательной интерпретации полученных результатов [11]. Метаанализ не проводился по причине высокой гетерогенности дизайна исследований, представленных в статьях.

Результаты исследования

В соответствии с широко принятой композицией СЭС результаты исследования обобщены и представлены по показателям образования, дохода, рода деятельности, а также иных показателей, применявшихся исследователями в работах. Если в исследовании использованы несколько критериев, то оно было учтено нами в каждом из пулов публикаций по критерию. Из общего количества статей, включенных в экспресс-обзор, в 24 исследованиях для оценки СЭС использовался только один критерий (доход — 3 статьи, образование — 13 статей, род деятельности — 4 статьи, иные критерии — 4 статьи, в том числе местность проживания — 3 статьи). В 15 статьях показатели СЭС использовались в различных комбинациях, представленных ниже в соответствующих разделах.

Образование

Выявлено, что на долю научных работ, изучающих связь образования со здоровьем, приходится 22 статьи [12—33]. Авторы используют данный критерий в разрезе уровня, профиля, года обучения как отдельно, так и в сочетаниях.

Исследователи в работах применяют следующие значения параметра образования: высшее — 15 (68,18%) статей [12—15, 17—20, 24, 26—30, 33], среднее специальное и профессиональное — 10 (45,45%) статей [13—16, 18, 26—28, 31, 33], школьное — 7 (31,82%) статей [14, 15, 19, 21, 27, 32, 33]. Некоторые статьи используют показатель образования в связи

Здоровье и общество

со специализацией и курсом, т. е. рассматриваются респонденты конкретных факультетов и года обучения — 4 (18,18%) статьи [12, 13, 18, 24].

Образование как критерий СЭС используется в оценке таких составляющих здорового образа жизни, как питание — 6 (27,27%) статей [12, 18—20, 27, 33], употребление алкоголя — 5 (22,72%) статей [13, 18, 19, 23, 33], курение — 5 (22,72%) статей [18, 19, 24, 28, 32], распространенность ожирения — 4 (18,18%) статьи [14, 15, 18, 27] и уровень физической активности — 5 (22,72%) статей [16, 17, 19, 26, 30].

По результатам исследований авторы установили и описали ряд взаимосвязей между образованием и параметрами здорового образа жизни. Так, Т. Н. Янковая и соавт. указывают, что студентки высших учебных заведений имеют нарушения питания во время обучения в вузе вне зависимости от профиля вуза, не влияющего на формирование стереотипов питания [12]. При сравнении питания студентов вузов и студентов колледжей было установлено доминирование несбалансированного рациона среди обучающихся по программам среднего профессионального или специального образования вследствие более высокого потребления фастфуда [18].

Однако наличие высшего образования не всегда гарантирует приверженность респондентов здоровой диете [20, 33]. Исследователи связывают более высокий уровень образования с более напряженным режимом работы, меньшим количеством свободного времени для приготовления пищи и, следовательно, с большей тенденцией к потреблению готовых блюд или фастфуда [33].

Связь образования и потребления алкоголя как фактора, негативно определяющего здоровый образ жизни, также подтверждается в исследуемых работах, однако результаты разнятся по направленности. Так, исследованием А. В. Индутного и соавт. по изучению влияния высшего медицинского и среднего профессионального медицинского образования на употребление алкогольной продукции установлено, что обучающиеся по программам высшего медицинского образования имеют большую распространенность риска пагубного употребления по сравнению с получающими среднее медицинское образование [13]. Другие авторы приводят результаты, указывающие, что студенты вуза чаще употребляют алкоголь, чем обучающиеся по программам среднего профессионального образования [18]. Данные, полученные в исследовании Д. П. Цыганковой и соавт., показывают, что алкогольные и безалкогольные напитки чаще употребляют лица с наличием высшего образования [33].

Ряд исследований указывают на то, что образование имеет корреляцию с ожирением. Например, у лиц с высшим образованием признаки ожирения были выражены меньше, чем у имеющих среднее и среднее специальное образование [13]. Д. П. Цыганкова и соавт. подтверждают эти данные, поясняя, что женщины, имеющие высшее образование, имеют наименьшую распространенность ожирения по

всем изучаемым критериям [15]. Лица с ожирением без высшего образования чувствуют себя социально незащищенными, они боятся потерять работу, у них нет стимула к карьерному росту [26].

При исследовании распространенности курения среди обучающихся О. М. Шепелева и соавт. установили, что чаще курят студенты вуза и студентки колледжа, чем студентки вуза и студенты колледжа [18]. Распространенность курения у студентов, обучающихся по медицинским специальностям, ниже таковой у студентов технических специальностей [24]. Мужчины, имеющие высшее образование, достоверно чаще отмечали, что никогда не курили, чем мужчины со средним и средним специальным образованием. Уровень образования имеет большое значение в повышении мотивации среди мужчин к ведению здорового образа жизни [28].

Физическая культура является неотъемлемым компонентом образования разных уровней. Так, обучающиеся, осваивающие массовые профессии в учреждениях среднего профессионального образования, имеют низкие показатели суточной двигательной активности, не соответствующие гигиеническим нормативам [16]. Респонденты с более низкими уровнями образования меньше занимаются спортом и физкультурой [26].

В исследованиях здоровья образование используется в сочетании с другими параметрами СЭС: доход [15, 17, 27, 33], семейное положение [14, 17], род деятельности [14, 15], проживание в сельской или городской местности [15, 17].

Люди с высшим образованием лучше оценивают состояние своего здоровья, по результатам самооценки больше заботятся о нем, чаще отмечают значимость образа жизни самого человека в сохранении и укреплении собственного здоровья, что повышает вероятность позитивного проактивного и рационального отношения к здоровьесбережению [17, 19, 27].

Доход

Доход как индикатор СЭС присутствует в 13 статьях из 39, включенных в данное исследование [15, 17, 23, 27, 33—41]. Однако содержание данного индикатора в работах отечественных авторов различается. Так, в статьях, включенных в данный экспресс-обзор, для определения дохода используются материальное благосостояние семьи/домохозяйства [34], материальное положение [17], ежемесячный доход домохозяйства [39, 40], личный заработок [15, 27, 34—36, 38], уровень личного ежемесячного дохода [23, 33, 39, 40], личное материальное благосостояние [41], среднемесячный доход на члена семьи [27], объем затрат на питание [27, 35, 37,], объем затрат на медицину [23]. Таким образом, наиболее часто используемые показатели дохода — уровни личного заработка (46,15% исследований) и ежемесячного личного дохода (30,76% исследований). Следует отметить, что некоторые из приведенных параметров измеряются в исследованиях количественно в денежном выражении (рублях), а некоторые — в от-

носительных или качественных величинах по шкалам.

В исследованиях можно выделить следующие комбинации показателей дохода и составляющих здорового образа жизни: личный заработок — уровень физической активности [17, 34, 36], личный заработок — курение [34], личный заработок — употребление алкоголя [34, 38], личный заработок — наличие ожирения [15], личный заработок — питание [5, 27], личный заработок — самооценка здоровья [17, 27], личный заработок — психическое здоровье [34], уровень личного ежемесячного дохода — уровень физической активности [39, 40], уровень личного ежемесячного дохода — курение [39, 40], уровень личного ежемесячного дохода — употребление алкоголя [39, 40], уровень личного ежемесячного дохода — питание [33, 39], уровень личного ежемесячного дохода — самооценка здоровья [23], объем затрат на медицину — употребление алкоголя [23], объем затрат на медицину — самооценка здоровья [23], объем затрат на питание — питание [27, 37], среднемесячный доход на члена семьи — питание, самооценка здоровья [27], объем затрат на питание — самооценка здоровья [27], ежемесячный доход домохозяйства — питание [39], ежемесячный доход домохозяйства — употребление алкоголя, курение, уровень физической активности [39, 40], личное материальное благосостояние — уровень физической активности [39], личное материальное благосостояние — питание, курение, употребление алкоголя [41], личное материальное благосостояние — психическое здоровье [34, 41].

Результаты исследований, включенных в данный экспресс-обзор, показывают, что высокие доходы связаны с повышенным риском развития ожирения [15] и нарушениями питания в части активного потребления фастфуда [35], но в то же время высокий доход может положительно влиять на качество потребляемых продуктов и сбалансированность рациона [33]. Вместе с тем при ограниченной динамике доходов увеличение количественного состава домохозяйства (например, рождение ребенка) приводит к перераспределению дохода от затрат на здоровьесбережение в пользу расходов на питание, не сопровождающееся улучшением качества рациона [37].

В целом респонденты с оптимистичной оценкой собственных доходов склонны лучше оценивать и состояние собственного здоровья [27], в том числе психического [34, 41].

В отношении алкоголя высокие доходы ассоциируются с повышенным уровнем потребления [33] и смещением структуры потребляемого алкоголя в сторону слабоалкогольных напитков [38]. В исследовании Э. А. Мордовского показано, что со временем избыточное потребление алкоголя может привести к снижению уровня доходов и сокращению расходов на здоровьесбережение [23].

Результаты, полученные в исследовании Е. М. Бронниковой и соавт., демонстрируют положительное влияние высоких доходов на уровень

физической активности [36], однако исследование Е. П. Аммосовой и соавт., проведенное среди жителей Якутии, проживающих в сельской местности, не выявило ассоциации СЭС по критерию дохода со здоровьесберегающим поведением [17].

Студенты высших учебных заведений, обучающиеся по биомедицинским специальностям, ассоциируют себя с группой, имеющей низкий уровень личных доходов, и демонстрируют низкую активность в плане здоровьесбережения [39, 40].

Результаты данного экспресс-обзора показали, что в исследованиях здоровья доход используется с такими критериями СЭС, как образование [15, 17, 23, 27, 39], род деятельности [15, 34, 41], семейное положение [17, 23, 33], место проживания [15, 27, 34, 39, 38, 40], условия и режим труда/обучения [39, 40], количество детей в семье [37].

Род деятельности

Род деятельности представляет собой показатель, который с вероятностью связан сразу с несколькими параметрами СЭС. Предполагается, что для осуществления определенного рода деятельности необходимо обладать соответствующим уровнем образования и квалификации, также определенный род деятельности связан с определенным уровнем дохода и уровнем удовлетворения материальных потребностей индивидов.

В экспресс-обзор включено 10 публикаций, в которых параметры СЭС могут быть отнесены к «роду деятельности» [14, 15, 31, 34, 41–46]. Для характеристики рода деятельности испытуемых исследователи применяли следующие показатели: статус занятости (работает / не работает) [14], характер труда [15, 45], принадлежность к конкретной профессиональной или отраслевой группе [15, 31, 41–46], квалификация труда [15].

Наибольшее количество исследований представлено в разрезе влияния конкретных профессий на общее состояние здоровья и отдельные практики здоровьесберегающего поведения. Индикаторы рода деятельности используются в отношении следующих параметров здоровья и здорового образа жизни в комбинациях занятость — уровень физической активности, ожирение [14], характер труда — курение, употребление алкоголя и уровень физической активности [34], характер труда — психическое здоровье [34, 42], характер труда — самооценка здоровья [42, 45], квалификация труда — ожирение [15], профессия — ожирение [15, 43, 46], профессия — уровень физической активности [31, 41, 42, 46], профессия — питание [31, 41, 44, 46], профессия — курение и употребление алкоголя [31, 41, 46], профессия — психическое здоровье [31, 41, 42, 45, 46].

Результаты исследований в данной категории показателей СЭС, представленные Д. Н. Денисовой и соавт., демонстрируют повышенные риски ожирения у работающих лиц и развития гиподинамии у состоящих в семейных отношениях [14]. Также о снижении риска ожирения у лиц, занятых высококвалифицированным трудом (дипломированных

специалистов), свидетельствуют данные, полученные в исследовании Д. П. Цыганковой и соавт. [15].

Среди работников сферы образования и здравоохранения отмечен высокий уровень психоэмоциональных нагрузок, что негативно сказывается на состоянии психического здоровья [34, 42, 46]. Условия и квалификация труда значимо влияют на психическое здоровье работников [45]. Также, по данным исследований, медицинские работники и сотрудники образовательных организаций склонны иметь низкий уровень физической активности и нарушения питания, ведущие к высокому риску развития ожирения [42—44]. Из положительных трендов среди работников сферы образования отмечена низкая приверженность употреблению алкоголя и курению [41]. Медицинские работники чаще представителей других профессий относят отказ от курения и алкоголя к факторам здорового образа жизни [46]. В целом работники социальной сферы оценивали состояние своего здоровья выше, чем занятые в производственной сфере [45]. Работники производственной сферы в целом удовлетворены состоянием своего здоровья и уровнем физической активности, однако отмечают высокие риски психоэмоциональных перегрузок. Наиболее пессимистично относительно собственного здоровья в исследовании были настроены специалисты банковской сферы, указавшие на низкий уровень физической активности и высокий уровень психологического стресса [46].

Профессиональная деятельность работников пожарных служб характеризуется высокой степенью физических и психоэмоциональных нагрузок, в связи с чем, с одной стороны, представители этой профессии демонстрируют в исследовании высокий уровень физической активности вне работы, с другой стороны — в этом же исследовании фиксируется высокая подверженность вредным привычкам в виде курения и злоупотребления алкоголем, что, по мнению исследователей, может быть возможной реакцией на стресс. Самооценка здоровья и показателей психического благополучия имеет тенденцию к снижению с увеличением стажа в профессии [31].

Таким образом, в исследованиях влияния рода деятельности на здоровье авторы сходятся во мнении, что занятость в сфере образования и медицины характеризуется высоким уровнем психоэмоционального стресса, низкой физической активностью, нарушениями питания, снижением самооценки здоровья работников в целом. Высококвалифицированный труд и высшее образование положительно ассоциируются также с состоянием здоровья и ведением здорового образа жизни населением.

В исследованиях здоровья критерий «род деятельности» используется с такими критериями СЭС, как образование [14, 15, 31], доход [15, 34, 41], семейное положение [14], местность проживания [15, 34], условия и режим труда/обучения [31, 45].

Иные параметры СЭС

В ходе анализа массива публикаций были выявлены критерии СЭС, не подпадающие под три рас-

Прочие критерии СЭС, используемые в исследованиях здорового образа жизни среди россиян	
Критерий	Частота использования в публикациях
Семейное положение/статус	4
Количество детей	2
Местность проживания:	8
В том числе:	
город/село	7
столица/регион	1
Экологические факторы	1
Условия и режим труда/обучения	4

смотренные выше традиционные категории показателей. В 18 публикациях для обозначения СЭС использовались такие критерии, как семейное положение [14, 17, 23, 33], количество детей [27, 37], местность проживания (город/село, столица/регион) [15, 27, 30, 32, 33, 47—49], экологическая обстановка [50], условия и режим труда [31, 39, 40, 45]. Данные показатели использовали как по отдельности, так и в комбинации между собой и с другими описанными выше параметрами. Частота использования приведена в таблице.

Критерий «семейное положение» является социально-демографическим параметром, однако исследователи применяют его в социально-экономическом контексте, поскольку изменение семейного статуса в большинстве случаев подразумевает модификацию дохода.

Данный критерий используется авторами как изолированно [14, 17], так и в комбинации с параметрами: местность проживания (город/село) [33], рацион питания [33], уровень физической активности [14, 17] и объем расходов на оплату медицинских услуг [23].

В исследовании Т. Р. Ахметова и соавт. СЭС трактуется через призму доли расходов на питание в общей структуре расходов семьи, а также количества детей [37]. По мнению авторов, рост доли расходов на питание, имеющий место при увеличении количества детей в семье, не всегда сопровождается сохранением или улучшением качества рациона питания, ведет к разбалансированности рациона вследствие снижения потребления мяса и рыбы как источников белка и компенсации потерянной энергетической ценности за счет роста потребления быстрых углеводов. Кроме того, авторы отмечают высокую вероятность перераспределения расходов на здоровье и отдых в пользу питания, что также создает риски для здоровья семьи. Тенденцию снижения доходов с ростом количества детей в семье также фиксируют авторы в контексте исследования зависимости самооценок здоровья от динамики доходов [27].

Критерий «местность проживания (город/село)» использовали при изучении рациона питания, распространенности курения и потребления алкоголя. Авторы [47] выявили более высокую распространенность злоупотребления алкоголем и курения в городской среде среди лиц старше 60 лет; другие исследователи [48] поддержали эти результаты в части

низкой распространенности курения среди женщин, проживающих в сельской местности, однако установили, что сельские жители обоих полов чаще злоупотребляют алкоголем, чем горожане, а также мужчины на селе курят чаще.

Также критерий «местность проживания (город/село)» наряду с уровнем дохода семьи использовался в исследовании распространенности ожирения среди детей и подростков [49]. Среди взрослого населения частота ожирения у сельских женщин была статистически значимо выше, чем у горожанок, по данным Д. П. Цыганковой и соавт. [15]. Авторы [32] выделяют проживающих в сельской местности старшеклассников как конкретную социальную группу и описывают особенности ведения ими здорового образа жизни в плане занятия физической культурой, регулярного и качественного питания, соблюдения личной гигиены. В данной работе указывается на ограниченность инфраструктуры для реализации здоровых досуговых потребностей молодежи, проживающей в сельской местности.

Авторы [33] используют экологические факторы в составе модели многофакторного социально-экономического анализа здорового образа жизни, отмечая растущее влияние этого параметра на самооценку здоровья с увеличением возраста респондентов.

В исследовании [34] при изучении взаимосвязи уровня психосоциального стресса (ПСС) с сердечно-сосудистыми заболеваниями (артериальная гипертензия и ишемическая болезнь сердца) авторы используют показатели социально-психологической среды и образа жизни в группах лиц мужского пола с различным уровнем ПСС, включающие материальное благосостояние семьи, личный заработок, жилищные условия обследуемого, экологию и быт в районе проживания, семью и детей, разнообразие и удовлетворенность питанием, любовь и сексуальные чувства, духовные потребности, социальную поддержку и общение с друзьями, а также характер труда и положение в обществе. Иными словами, критерии, традиционно используемые в оценке СЭС, рассматриваются в данном исследовании в составе более крупного показателя.

Параметр «условия и режим труда/обучения» [31, 32, 40, 45] используется в сочетании с такими критериями СЭС, как «доход» [40], «уровень образования» [31, 32], «род деятельности/занятость» [31, 45], «местность проживания» [32]. Чаще всего данный параметр изучают в связи с уровнем физической активности, а также распространенностью курения и употребления алкоголя [31, 32, 40], питанием [31, 32], психическим здоровьем [31]. Кроме того, условия и режим труда и обучения интересуют ученых в плане влияния на общую самооценку здоровья субъектами исследований [32, 45].

А. Б. Зудин и соавт. отмечают более высокую самооценку здоровья работниками социальной сферы по сравнению с оценками лиц, занятых на производстве [45]. При этом исследователи отмечают высокую актуальность сохранения и укрепления пси-

хического здоровья работников социальной сферы, обусловленную высоким уровнем психоэмоциональной нагрузки на рабочем месте. Исследование И. А. Кобыляцкой и соавт. показало, что сменный режим работы, несоблюдение режима дня, психоэмоциональное перенапряжение и повышенные физические нагрузки, характеризующие работу пожарных, также негативно сказываются на их самооценках здоровья по мере увеличения стажа работы [31].

Важность условий и режима обучения на разных уровнях образования подтвердилась в исследовании В. В. Кузнецова и соавт., указавших на сильную и среднюю связь расписания занятий со здоровьесберегающим поведением и индексом коморбидности соответственно среди обучающихся вузов [40]. Ю. В. Шмарион и соавт. указывают на недостаточное внимание исследователей к особенностям здорового образа жизни сельских старшеклассников, которые ссылаются на нехватку времени, а также лень и прокрастинацию как факторы, мешающие вести здоровый образ жизни [32].

Обсуждение

Результаты данного экспресс-обзора показывают, что образование является одним из самых распространенных параметров СЭС в исследованиях здоровья (56,41% публикаций, включенных в данный обзор). На наш взгляд, его популярность обусловлена удобством в использовании, так как, во-первых, на территории Российской Федерации существует единое образовательное пространство со стандартными уровнями образования, что позволяет получать и анализировать данные с высокой степенью объективности в поперечных и продольных исследованиях. Во-вторых, в целом респонденты более открыто говорят об уровне имеющегося у них образования, не испытывая дискомфорта, как, например, в случае доходов. Образование имеет прогностическую связь с доходами и родом деятельности.

Высокий уровень формализации и регулирования уровней в системе образования позволяет исследовать данный показатель в динамике: в родительской семье субъектов и в период после сепарации от нее.

Кроме того, образовательные организации являются той базой, на которой существует возможность управлять здоровым образом жизни обучающихся, формируя и корректируя поведенческие стратегии в отношении здоровья.

Треть (33,33%) исследований, включенных в данный обзор, используют доход как параметр СЭС. С одной стороны, его влияние на здоровье значимо, так как определяет доступность ресурсов для сохранения здоровья, с другой — использование дохода сопряжено с рядом сложностей: различное содержание и разные методики его определения; объективные данные и субъективные оценки ограничивают возможности агрегации данных и их сравнение. Также респонденты часто неохотно говорят о своих

Здоровье и общество

доходах, что дает неполные данные в опросах. Отсутствует единый подход к объективным критериям величины дохода.

Следует отметить вариативность индикаторов, используемых исследователями для характеристики рода деятельности, присутствующего в 25,6% исследований, включенных в данный экспресс-обзор. Род деятельности трактуется как в целом трудовая занятость либо ее отсутствие и как принадлежность к определенной профессиональной группе и связанная с ней трудовая активность.

Род деятельности в плане профессиональной трудовой активности значительно влияет на здоровье и может быть связан с вредными факторами — биологическими, физическими, химическими и психофизиологическими. Несмотря на то что Федеральным законом от 28.12.2013 № 426-ФЗ (ред. от 24.07.2023) «О специальной оценке условий труда» (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.09.2023) вводится классификация условий труда, на здоровье респондентов влияют и другие, не поддающиеся формализованной оценке факторы, например психологический микроклимат в конкретной организации, где проводится исследование.

Использование прочих показателей для характеристики СЭС в исследованиях здоровья показывает, что авторы не всегда внимательно относятся к их выбору, включая в их число социально-демографические параметры, например семейный статус и детность семьи, которые влияют на СЭС, однако не определяют его. Некоторые параметры, например местность проживания (город/село), условия и режим труда и обучения, могут быть следствием комбинации параметров СЭС.

Широкое разнообразие подходов к характеристике СЭС, выявленное в данном экспресс-обзоре, с одной стороны, указывает на востребованность изучения отношения СЭС и здоровья; с другой стороны, отсутствие единых подходов к номенклатуре показателей СЭС затрудняет агрегацию данных для анализа проблем и тиражирования лучших здоровьесберегающих практик. Также отсутствуют исследования, изучающие влияние динамики показателей СЭС на здоровье. Актуальной представляется выработка консенсуса в научном сообществе относительно показателей СЭС в исследованиях здоровья.

Ограничения данного исследования

Представленный экспресс-обзор имеет ограничения по временным рамкам выхода публикаций, включенных в исследование (2017—2023). Кроме того, исключались публикации, вышедшие на русском языке, но представлявшие результаты исследований популяций за пределами Российской Федерации. Результаты данного экспресс-обзора включают ограниченное количество исследований с относительно небольшими размерами выборок в конкретной географической локации, в связи с чем не могут быть избыточно генерализованы/обобщены. Терминологическое разнообразие в отношении па-

раметров СЭС и здоровья представляет сложности при сравнении результатов включенных исследований и оценке их достоверности.

Заключение

Дальнейшие исследования относительно параметров СЭС в исследованиях здоровья с расширением временных и географических рамок будут способствовать формированию общего подхода, наиболее приемлемого с точки зрения набора релевантных параметров и способов их определения. Расширение спектра и объемов выборок в исследованиях обеспечит представленность большего числа популяционных групп, включая социально уязвимые как наиболее чувствительные к влиянию СЭС на здоровье и здоровьесбережение. Также научное описание результатов здоровьесберегающих интервенций в группах с различным уровнем СЭС представляет большой потенциал для улучшения эффективности здоровьесберегающих мероприятий.

Исследование не имело спонсорской поддержки.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Knight A., Lindfield R. The relationship between socio-economic status and access to eye health services in the UK: a systematic review. *Public Health*. 2015;129(2):94—102.
2. Darin-Mattsson A., Fors S., Kåreholt I. Different indicators of socioeconomic status and their relative importance as determinants of health in old age. *Int. J. Equity Health*. 2017;16(1):173.
3. Foster H. M. E., Polz P., Gill J. M. R. The influence of socioeconomic status on the association between unhealthy lifestyle factors and adverse health outcomes: a systematic review. *Wellcome Open Res*. 2023;8:55.
4. Havranek E. P., Mujahid M. S., Barr D. A. Social determinants of risk and outcomes for cardiovascular disease: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*. 2015;132(9):873—98.
5. Barakat C., Konstantinidis T. A review of the relationship between socioeconomic status change and health. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2023;20(13):6249.
6. Moss J. L., Johnson N. J., Yu M. Comparisons of individual- and area-level socioeconomic status as proxies for individual-level measures: evidence from the mortality disparities in American communities study. *Popul. Health Metrics*. 2021;19(1):1.
7. Rolfe S., Garnham L., Godwin J. Housing as a social determinant of health and wellbeing: developing an empirically-informed realist theoretical framework. *BMC Public Health*. 2020;20(1):1138.
8. Gerber M., Lang C., Beckmann J. Physical activity, sedentary behaviour, weight status, and body composition among south african primary schoolchildren. *J. Phys. Activity Health*. 2022;19(18):11836.
9. Shafiei S., Yazdani S., Jadidfar M. P. Measurement components of socioeconomic status in health-related studies in Iran. *BMC Res. Notes*. 2019;12:70.
10. Garrity C., Gartlehner G., Nussbaumer-Streit B. Cochrane rapid reviews methods group offers evidence-informed guidance to conduct rapid reviews. *J. Clin. Epidemiol.* 2021;130:13—22.
11. King V. J., Nussbaumer-Streit B., Shaw E., et al. Cochrane rapid reviews methods group. Rapid reviews methods series: considerations and recommendations for evidence synthesis in rapid reviews. *BMJ Evidence-Based Medicine*. 2024;29(6):419—22.
12. Янкова Т. Н., Петухова Е. А., Хохлова Т. М. Анализ системы питания у девушек в период получения высшего образования. *Смоленский медицинский альманах*. 2021;(3):183—5.
13. Индутный А. В., Новиков Д. Г., Самусева Н. Л., Тагаков К. С. Анкетно-биомаркерная оценка риска пагубного употребления

- алкоголя у учащихся, получающих медицинское профессиональное образование различного уровня. *Казанский медицинский журнал*. 2019;100(6):910—7.
14. Денисова Д. В., Батлук Т. И., Щербакова Л. В., Беляевская Е. А. Ассоциации избыточной массы тела, социально-экономических факторов и физической активности в популяции лиц молодого возраста (25—35 лет) г. Новосибирска. *Атеросклероз*. 2020;16(4):54—60.
15. Цыганкова Д. П., Федорова Н. В., Индукаева Е. В. Частота выявления ожирения в зависимости от социально-экономических факторов. *Сибирское медицинское обозрение*. 2020;4(124):29—35.
16. Соколов Д. А., Джабиева С. С., Ставская С. А. Физическая подготовленность и двигательная активность обучающихся в учреждениях профессионально-технического образования. *Актуальные проблемы современности*. 2019;2(24):81—6.
17. Аммосова Е. П., Климова Т. М., Захарова Р. Н. Социальные факторы и ценностно-мотивационные ориентиры здоровьесберегающего поведения сельских жителей Якутии. *Сибирский медицинский журнал (Иркутск)*. 2019;157(2):50—4.
18. Шепелева О. М., Лазурина Л. П., Куркина М. П. Самооценка качества жизни и сформированности здорового образа жизни студентов-медиков. *Известия Юго-Западного государственного университета. Серия: Управление, вычислительная техника, информатика. Медицинское приборостроение*. 2023;13(2):112—24.
19. Покида А. Н., Зыбуновская Н. В., Газиева И. А. Роль высшего образования в формировании здорового образа жизни (по результатам социологического исследования). *Высшее образование в России*. 2022;31(1):72—88.
20. Лахтин А. Ю., Селиверстов А. А., Рабаданов З. Р. Психологические особенности здорового образа жизни и культуры питания обучающихся в образовательных организациях высшего образования. *Психология. Историко-критические обзоры и современные исследования*. 2022;11(6-1):20—32.
21. Стригин В. М., Фоминская Е. А., Вдовин В. М., Битдорф А. А. Показатели качества жизни обучающихся старших классов общеобразовательной школы г. Барнаула. Медицинский аспект. *Бюллетень медицинской науки*. 2023;32(4):81—7.
22. Федорищева Е. К., Гареева И. А., Косилов К. В. Поведенческие стратегии в отношении здоровья у студентов медицинских направлений (социологический анализ). *Власть и управление на Востоке России*. 2020;91(2):118—38.
23. Мордовский Э. А. Ассоциированные с вредным потреблением алкоголя доходы и расходы пациентов стационара на приобретение лекарственных средств и оплату медицинских услуг. *Социальные аспекты здоровья населения*. 2018;60(2):11.
24. Сериков П. В., Слепухина А. В. Влияние медицинского образования на распространенность курения среди студентов в вузах города Белгорода. *Вестник научных конференций*. 2018;38(10-4):102—3.
25. Куцева Е. В., Филатова О. В., Воронина И. Ю., Брынзова С. Е. Гигиеническая оценка пищевого поведения студенческой молодежи промышленного центра Западной Сибири. *Экология человека*. 2021;28(11):20—7.
26. Кулакова А. С., Филина И. А., Никишина С. С. Зависимость качества жизни пациентов с ожирением от их социально-демографического положения. *Вестник новых медицинских технологий*. 2020;(5).
27. Антонов А. И., Карпова В. М., Новоселова Е. Н. Здоровье в субъективных оценках состоящих в браке городских жителей. *Социальные аспекты здоровья населения*. 2020;66(6):1—7.
28. Аскарова Ж. В., Попова Е. К., Синамбела В. Я. Курение и уровень образования у мужчин трудоспособного возраста города Якутска Республики Саха (Якутия). *Дальневосточный медицинский журнал*. 2020;(4):29—32.
29. Сененко А. Ш., Захарченко О. О., Дзюба Н. А. Образ жизни студентов, получающих высшее сестринское образование: результаты самооценки. *Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики*. 2020;(1):179—99.
30. Будук-оол Л. К., Ховалыг А. М. Образ жизни тувинских студентов с разной самооценкой физического развития. *Вестник Тувинского государственного университета. Естественные и сельскохозяйственные науки*. 2020;57(1):6—12.
31. Кобыляцкая И. А., Шкатова Е. Ю., Мохова Л. Я. Образ и качество жизни пожарных Удмуртской Республики. *Вестник современной клинической медицины*. 2019;12(4):35—8.
32. Шмарион Ю. В., Надуткина И. Э., Каменева Т. Н. Особенности здорового образа жизни сельских старшекласников: социально-технологический подход. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2021;29(5):1163—70.
33. Цыганкова Д. П., Максимов С. А., Куракин М. С. Особенности питания населения в зависимости от социально-экономических условий. *Сибирский журнал клинической и экспериментальной медицины*. 2020;35(3):151—9.
34. Котова М. Б., Розанов В. Б., Александров А. А., Драпкина О. М. Ассоциация психосоциального стресса с социально-психологической средой, образом жизни и факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний у мужчин среднего возраста, проживающих в г. Москве. *Российский кардиологический журнал*. 2021;26(5):94—102.
35. Веселов Ю. В., Никифорова О. А., Чернов Г. И. Формирование социально стратифицированных практик питания: влияют ли доходы на здоровье? *Наука и бизнес: пути развития*. 2019;12(102):192—9.
36. Бронникова Е. М., Виноградова М. В., Шацкий А. А., Кулямина О. С. Социально-экономические факторы, влияющие на повышение доли населения, систематически занимающегося физической активностью и спортом. *Сервис в России и за рубежом*. 2022;16(2):170—81.
37. Ахметов Т. Р., Садыков Р. М. Влияние социально-экономических факторов и рациона питания в семье на здоровье детей и подростков. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2022;30(6):1259—64.
38. Разводовский Ю. Е., Зотов П. Б. Влияние уровня денежных доходов населения на структуру продажи алкоголя в России. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2021;111(2):32—7.
39. Федорищева Е. К. Комплексная оценка здоровьесберегающего поведения студентов медицинских специальностей и направления его оптимизации. *Власть и управление на Востоке России*. 2019;88(3):97—116.
40. Кузнецов В. В., Косилов К. В., Байрамов Р. Новый индекс здоровьесберегающего поведения студентов. *Медицинское образование и профессиональное развитие*. 2019;10(4):126—41.
41. Третьякевич В. К. Отношение к здоровому образу жизни педагогов учреждений общего среднего образования и воспитателей учреждений дошкольного образования. *Современные проблемы гигиены, радиационной и экологической медицины*. 2018;(8):130—6.
42. Пустовой Ю. Г., Баранова В. В., Малания Н. В. Роль профессии в формировании здоровой личности женщины. *Университетская клиника*. 2017;25(4-2):107—10.
43. Быстрых В. Д., Шунихин М. С. Повышение мотивации работников образования к здоровому образу жизни: теория и практика. *Муниципальное образование: инновации и эксперимент*. 2022;85(4):75—80.
44. Горбачев Д. О., Сазонова О. В., Бородина Л. М., Гаврюшин М. Ю. Современные особенности питания работников системы образования Самарской области. *Здоровье населения и среда обитания — ЗНиСО*. 2017;297(12):25—8.
45. Зудин А. Б., Введенский А. И. Здоровье в самооценках работников промышленного производства и социальной сферы. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2021;29(2):232—7.
46. Мандриков В. Б., Ткачева Н. Д., Иванов Ю. С. Отношение к здоровому образу жизни представителей разных профессий: реальное и декларативное. *Ученые записки университета Лесгафта*. 2020;189(11):330—3.
47. Попов В. И., Скребнева А. В., Есауленко И. Э., Мелихова Е. П. Сравнительная оценка показателей здоровья и образа жизни

Здоровье и общество

- городского и сельского населения пожилого возраста Воронежской области. *Гигиена и санитария*. 2018;97(8):681–5.
48. Грищенко С. В., Грищенко И. С., Костенко В. С. Социально-экономическая среда и особенности образа жизни населения Донбасса. *Вестник гигиены и эпидемиологии*. 2018;22(3):17–20.
49. Дмитриева Т. Г., Рыбочкина А. В. Региональные, этнические и социально-экономические аспекты ожирения у детей. *Вестник Северо-Восточного федерального университета им. М. К. Аммосова. Серия: Медицинские науки*. 2022;2(27):12–9.
50. Евсеев В. О., Каргаполова Е. В., Давыдова Ю. А. Здоровый образ жизни в системе многофакторного социально-экономического анализа. *ЦИТИСЭ*. 2023;(2):16–30.
- Поступила 21.06.2024
Принята в печать 30.10.2024
- ## REFERENCES
1. Knight A., Lindfield R. The relationship between socio-economic status and access to eye health services in the UK: a systematic review. *Public Health*. 2015;129(2):94–102.
2. Darin-Mattsson A., Fors S., Käreholt I. Different indicators of socioeconomic status and their relative importance as determinants of health in old age. *Int. J. Equity Health*. 2017;16(1):173.
3. Foster H. M. E., Polz P., Gill J. M. R. The influence of socioeconomic status on the association between unhealthy lifestyle factors and adverse health outcomes: a systematic review. *Wellcome Open Res*. 2023;8:55.
4. Havranek E. P., Mujahid M. S., Barr D. A. Social determinants of risk and outcomes for cardiovascular disease: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*. 2015;132(9):873–98.
5. Barakat C., Konstantinidis T. A review of the relationship between socioeconomic status change and health. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2023;20(13):6249.
6. Moss J. L., Johnson N. J., Yu M. Comparisons of individual- and area-level socioeconomic status as proxies for individual-level measures: evidence from the mortality disparities in American communities study. *Popul. Health Metrics*. 2021;19(1):1.
7. Rolfe S., Garnham L., Godwin J. Housing as a social determinant of health and wellbeing: developing an empirically-informed realist theoretical framework. *BMC Public Health*. 2020;20(1):1138.
8. Gerber M., Lang C., Beckmann J. Physical activity, sedentary behaviour, weight status, and body composition among south african primary schoolchildren. *J. Phys. Activity Health*. 2022;19(18):11836.
9. Shafiei S., Yazdani S., Jadidfar M. P. Measurement components of socioeconomic status in health-related studies in Iran. *BMC Res. Notes*. 2019;12:70.
10. Garritty C., Gartlehner G., Nussbaumer-Streit B. Cochrane rapid reviews methods group offers evidence-informed guidance to conduct rapid reviews. *J. Clin. Epidemiol*. 2021;130:13–22.
11. King V. J., Nussbaumer-Streit B., Shaw E., et al. Cochrane rapid reviews methods group. Rapid reviews methods series: considerations and recommendations for evidence synthesis in rapid reviews. *BMJ Evidence-Based Medicine*. 2024;29(6):419–22.
12. Yankovaya T. N., Petukhova E. A., Khokhlova T. M. Analysis of the nutritional system of girls during the period of higher education. *Smolensk Medical Almanac*. 2021;(3):183–5 (in Russian).
13. Indutnyy A. V., Novikov D. G., Samuseva N. L., Tagakov K. S. Questionnaire and biomarker-based risk assessment of alcohol abuse among persons receiving various levels of medical professional education. *Kazan Medical Journal*. 2019;100(6):910–7 (in Russian).
14. Denisova D. V., Batluk T. I., Shcherbakova L. V., Belyaevskaya E. A. Associations of excess body weight, socio-economic factors and physical activity in the young age population (25–35 years old) in Novosibirsk. *Atherosclerоз*. 2020;16(4):54–60 (in Russian).
15. Tsygankova D. P., Fedorova N. V., Indukaeva E. V., et al. Frequency of obesity identification on the basis of socio-economic factors. *Siberian Medical Review*. 2020;(4):29–35 (in Russian).
16. Sokolov D. A., Dzhabieva S. S., Stavskaya S. A., et al. Physical preparedness and motor activity of trainers in institutions of vocational and technical education. *Actual Problems of the Present*. 2019;(2/24):81–6 (in Russian).
17. Ammosova E. P., Klimova T. M., Zakharova R. N., et al. Social factors and value-motivational indicators of health saving behavior of rural residents of Yakutia. *Siberian Medical Journal (Irkutsk)*. 2019;157(2):50–4 (in Russian).
18. Shepeleva O. M., Lazurina L. P., Kurkina M. P., et al. Self-Assessment of the Quality of Life and the Formation of a Healthy Lifestyle of Medical Students. *Proceedings of the Southwest State University. Series: IT Management, Computer Science, Computer Engineering. Medical Equipment Engineering*. 2023;13(2):112–24 (in Russian).
19. Pokida A. N., Zybunovskaya N. V., Gazieva I. A. The Role of Higher Education in the Formation of a Healthy Lifestyle: Results of Sociological Research. *Higher Education in Russia*. 2022;3(1):72–88 (in Russian, abstract in English).
20. Lakhtin A. Yu., Seliverstov A. A., Rabadanov Z. R., Novikov A. V., Slabkaya D. N. Psychological features of healthy lifestyle and nutrition culture of students. *Psychology. Historical-critical Reviews and Current Researches*. 2022;11 (6A):20–32 (in Russian).
21. Strigin V. M., Fominskaya E. A., Vdovin V. M., Bitdorf A. A. Life indicators quality in the Barnaul public school senjour students: medical aspect. *Bulletin of Medical Science*. 2023;(4/32):81–7 (in Russian).
22. Fedorishcheva E. K., Gareeva I. A., Kosilov K. V. Behavioral health strategies by the students of medical directions (sociological analysis). *Power and Administration in the East of Russia*. 2020;(2/91):118–37 (in Russian).
23. Mordovsky E. A. Income and spending on medications and medical services of hospitalized patients associated with their harmful use of alcohol. *Social Aspects of Health Population*. 2018;60(2):11 (in Russian).
24. Serikov P. V., Slepukhina A. V. The influence of medical education on the prevalence of smoking among students at universities in Belgorod. *Bulletin of Scientific Conferences*. 2018;(10-4/38):102–3 (in Russian).
25. Kutseva E. V., Filatova O. V., Voronina I. Yu., Brynzova S. E. Hygienic assessment of the eating behavior of students of the industrial center of Western Siberia. *Human Ecology*. 2021;28(11):20–7 (in Russian).
26. Kulakova A. S., Filina I. A., Nikishina S. S. Dependence of life quality of patients with obesity from their socio-demographic position. *Journal of New Medical Technologies*. 2020;(5) (in Russian).
27. Antonov A. I., Karpova V. M., Novoselova E. N. Health in the subjective assessments of married urban residents. *Social Aspects of Population Health*. 2020;66(6):1–7 (in Russian).
28. Askarova Z. V., Popova E. K., Sinambela V. Y. Smoking and the education level in men of working age in the republic of Sakha (Yakutia) Yakutsk. *The Far Eastern Medical Journal*. 2020;(4):29–32 (in Russian).
29. Zakharchenko O. O., Senenko A. S., Dzyuba N. A., et al. Lifestyle of students receiving higher nursing education: results of self-assessment. *Current Problems of Health Care and Medical Statistics*. 2020;(1):179–99 (in Russian).
30. Budukool L. K., Khovalyg A. M. Lifestyle of tuvan students in terms of self-assessment of their physical development. *Vestnik of Tuva State University. Natural and Agricultural Sciences*. 2020;57(1):6–12 (in Russian).
31. Kobylatskaya I. A., Shkatova E. Y., Mokhova L. Y., et al. Lifestyle and quality of life in firemen in udmurt republic. *The Bulletin of Contemporary Clinical Medicine*. 2019;12(4):35–8 (in Russian).
32. Shmarion Y. V., Nadutkina I. E., Kameneva T. N., et al. The characteristics of healthy lifestyle of rural senior high-school students: social technological approach. *Problems of Social Hygiene, Public Health and History of Medicine*. 2021;29(5):1163–70 (in Russian).
33. Tsygankova D. P., Maksimov S. A., Kurakin M. S., et al. Features of nutrition in the population depending on socioeconomic conditions. *The Siberian Journal of Clinical and Experimental Medicine*. 2020;35(3):151–9 (in Russian).

34. Kotova M. B., Rozanov V. B., Aleksandrov A. A., Drapkina O. M. Association of psychosocial stress with the social environment, lifestyle and risk factors for cardiovascular diseases in middle-aged male Muscovites. *Russian Journal of Cardiology*. 2021;26(5):94–102 (in Russian).
35. Veselov Yu. V., Nikiiforova O. A., Chernov G. I. Building socially stratified nutritional practices: does income affect health? *Science and Business: Ways of Development*. 2019;(12/102):192–9– (in Russian).
36. Bronnikova E. M., Vinogradova M. B., Shatsky A. A., Kulyamina O. C. Socio-economic factors influencing the share of the population going in for sports and physical activity. *Services in Russia and Abroad*. 2022;16(2/99):170–81 (in Russian).
37. Akhmetov T. R., Sadykov R. M. The impact of social economic factors and family dietary intake on health of children and adolescents. *Problems of Social Hygiene, Public Health and History of Medicine*. 2022;30(6):1259–64 (in Russian).
38. Razvodovsky Yu. E., Zotov P. B. The influence of the level of monetary incomes of the population on the structure of alcohol sales in Russia. *Siberian Bulletin of Psychiatry and Narcology*. 2021;(2/111):32–7 (in Russian).
39. Fedorishcheva E. K. Comprehensive assessment of the students' health-saving behavior. Medical specialties and directions for its optimization. *Power and Administration in the East of Russia*. 2019;88(3):97–116 (in Russian).
40. Kuznetsov V. V., Kosilov K. V., Bayramov R., et al. The new index of health-preserving behavior of students. *Medical Education and Professional Development*. 2019;10(4):126–41 (in Russian).
41. Tretyakevich V. K. Attitude to healthy lifestyle of teachers of establishments of general secondary education and educators of preschool education institutions. *Modern Problems of Hygiene, Radiation and Environmental Medicine*. 2018;(8):130–6 (in Russian).
42. Pustovoy Yu. G., Baranova V. V., Malania N. V., et al. The role of the profession in the formation of a healthy personality of a woman. *University Clinic*. 2017;(4-2/25):107–10 (in Russian).
43. Bystrykh V. D., Shunikhin M. S. Increasing the motivation of education workers to a healthy lifestyle: theory and practice. *Municipal Education: Innovations and Experiment*. 2022;(4/85):75–80 (in Russian).
44. Gorbachev D. O., Sazonova O. V., Borodina L. M., Gavryushin M. Yu. The modern features of a food of workers of education system in Samara Region. *Public Health and Life Environment — PH&LE*. 2017;(12/297):25–8 (in Russian).
45. Zudin A. B., Vvedensky A. I. The health issues in self-appraisal of workers of industrial production and social sector. *Problems of Social Hygiene, Public Health and History of Medicine*. 2021;29(2):232–7 (in Russian).
46. Mandrikov V. B., Tkacheva N. D., Ivanov Y. S. Real and declarative attitude toward a healthy lifestyle of workers in different professions. *Uchenye zapiski universiteta imeni P. F. Lesgafta*. 2020;189(11):330–3 (in Russian).
47. Popov V. I., Skrebneva A. V., Esaulenko I. E., Melikhova E. P. Comparative evaluation of indices of health and lifestyle of urban and rural elderly population of the Voronezh region. *Gigiena i sanitaria = Hygiene and Sanitation, Russian Journal*. 2018;97(8):681–5 (in Russian).
48. Grischenko S. V., Grishchenko I. S., Kostenko V. S., et al. Social-economic environment and peculiarities of the life style of the population of Donbas. *Vestnik of Hygiene And Epidemiology*. 2018;22(3):17–20 (in Russian).
49. Dmitrieva T. G., Rybochkina A. V. Regional, ethnic and socio-economic aspects of obesity in children. *Vestnik of North-Eastern Federal University. Medical Sciences*. 2022;(2):12–9 (in Russian).
50. Evseev V. O., Kargapolova E. V., Davydova Yu. A. Healthy lifestyle in the system of multifactorial socio-economic analysis. *CITISE*. 2023;2(36):16–30 (in Russian).

Батрак Н. В., Иванова И. В.

АНАЛИЗ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ И СОСТОЯНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ У ЖЕНЩИН С ГЕСТАЦИОННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ В г. ИВАНОВО С 2014 ПО 2022 г.

ФГБОУ ВО «Ивановский государственный медицинский университет» Минздрава России, 153012, г. Иваново

Гестационный сахарный диабет — распространенное хроническое заболевание, осложняющее течение беременности и родов. Проведено ретроспективное исследование: анализ течения беременности, родов и состояния новорожденных 2000 женщин с гестационным сахарным диабетом, наблюдавшихся на базе женских консультаций г. Иваново в период с 2014 по 2022 г. К 2022 г. срок выявления гестационного сахарного диабета снижается, а диагностика заболевания наблюдается при меньших значениях гипергликемии. К 2022 г. снижается частота таких осложнений и исходов беременности, как ранний и поздний угрожающий выкидыш, рвота беременных, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, плацентарная недостаточность, патологическая прибавка массы тела, диабетическая фетопатия, дородовое излитие околоплодных вод, преждевременные роды, улучшается состояние плода по шкале Апгар. К 2022 г. у женщин с гестационным сахарным диабетом увеличиваются следующие показатели: истмико-цервикальная недостаточность, анемия, гипертензивные расстройства, задержка роста плода, недостаточная прибавка массы тела при беременности, двойной контур головки, клинически узкий таз в родах, врожденные пороки развития плода. Своевременная диагностика гестационного сахарного диабета и осложнений беременности, преемственность в оказании специализированной медицинской помощи позволяют снизить частоту неблагоприятных осложнений беременности и улучшить перинатальные исходы.

Ключевые слова: беременность; гестационный сахарный диабет; осложнения беременности; перинатальные исходы.

Для цитирования: Батрак Н. В., Иванова И. В. Анализ течения беременности, родов и состояния новорожденных у женщин с гестационным сахарным диабетом в г. Иваново с 2014 по 2022 г. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2025;33(3):373—377. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2025-33-3-373-377>

Для корреспонденции: Батрак Наталия Владимировна; канд. мед. наук, доцент, доцент кафедры акушерства, гинекологии и медицинской генетики ФГБОУ ВО «Ивановский государственный медицинский университет» Минздрава России, e-mail: batrakn@inbox.ru

Batrak N. V., Ivanova I. V.

THE ANALYSIS OF COURSE OF PREGNANCY, DELIVERY AND CONDITION OF NEWBORNS IN WOMEN WITH GESTATIONAL DIABETES MELLITUS IN IVANOV IN 2014–2022

The Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The Ivanovo State Medical University” of Minzdrav of Russia, 153012, Ivanovo, Russia

The gestational diabetes mellitus is common chronic disease complicating course of pregnancy and childbirth. The retrospective study included analysis of course of pregnancy, childbirth and condition of newborns of 2000 women with gestational diabetes mellitus observed in antenatal clinics in Ivanovo in 2014–2022. By 2022, rate of such complications and outcomes of pregnancy as early and late threatened miscarriage, vomiting of pregnant women, premature detachment of normally located placenta, placental insufficiency, pathological body weight gain, diabetic fetopathy, predelivery rupture of amniotic fluid, premature birth is decreasing. The condition of fetus according to the Apgar scale is improving. By 2022, in women with gestational diabetes mellitus such indicators as isthmian-cervical insufficiency, anemia, hypertensive disorders, fetal growth retardation, insufficient body weight gain during pregnancy, head double contour, clinically narrow pelvis in childbirth and congenital malformations of the fetus increased. The timely diagnosis of gestational diabetes mellitus and pregnancy complications, continuity of specialized medical care will permit to reduce rate of unfavorable pregnancy complications and to improve perinatal outcomes.

Keywords: pregnancy; gestational diabetes mellitus; pregnancy complications; perinatal outcomes.

For citation: Batrak N. V., Ivanova I. V. The analysis of of course of pregnancy, delivery and condition of newborns in women with gestational diabetes mellitus in Ivanovo in 2014–2022. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2025;33(3):373–377 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2025-33-3-373-377>

For correspondence: Batrak N. V., candidate of medical sciences, associate professor, the Associate Professor of the Chair of Obstetrics, Gynecology and Medical Genetics of the Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The Ivanovo State Medical University” of Minzdrav of Russia. e-mail: batrakn@inbox.ru

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support.

Received 04.07.2024

Accepted 30.10.2024

Гестационный сахарный диабет (ГСД) — распространенное хроническое заболевание во время беременности, которое ухудшает здоровье нескольких миллионов женщин во всем мире [1]. Официально признанный в 1964 г., ГСД определяется как гипергликемия, впервые обнаруженная во время беременности [2]. Поскольку распространенность ожирения во всем мире достигает уровня эпидемии, число бе-

ременных женщин, у которых диагностирован ГСД, растет, у этих женщин повышается риск ряда осложнений беременности [2]. Количественная оценка риска или вероятности возможных неблагоприятных исходов беременности необходима для профилактики, оценки риска и обучения пациентов.

В 2008 г. исследование «Гипергликемия и неблагоприятные исходы беременности» набрало боль-

шую многонациональную когорту и прояснило риски неблагоприятных исходов, связанных с гипергликемией. Результаты исследования показали, что материнская гипергликемия независимо увеличивала риск преждевременных родов, кесарева сечения, рождения младенцев с большой массой тела для гестационного возраста, поступления в отделение интенсивной терапии новорожденных, неонатальной гипогликемии и гипербилирубинемии. Акушерские риски, связанные с диабетом, — вызванная беременностью гипертензия, макросомия, врожденные пороки развития и неонатальная гипогликемия — были зарегистрированы в нескольких крупномасштабных исследованиях [3–6]. Однако исследование не учитывало некоторые факторы, влияющие на результаты, например индекс массы тела (ИМТ) матери, и не сообщало о мертворождениях и респираторном дистресс-синдроме новорожденных, что повышает неопределенность относительно этих результатов. Другие важные результаты беременности, такие как преждевременные роды, неонатальная смерть и низкая оценка по шкале Апгар при ГСД, были плохо описаны. Ни одно комплексное исследование не оценивало связь между ГСД и различными неблагоприятными исходами для матери и плода после учета факторов, влияющих на результаты. Кроме того, некоторые когортные исследования были ограничены определенными клиническими центрами и регионами, что ограничивало их обобщение на более разнообразные группы населения. Метаанализ 2022 г. предоставил количественные оценки ассоциаций между ГСД и неблагоприятными исходами беременности после корректировки с учетом сопутствующих факторов с помощью систематического поиска и всестороннего метаанализа. По сравнению с пациентками с нормогликемией во время беременности пациентки с ГСД имели повышенные риски кесарева сечения, преждевременных родов, низкой оценки по шкале Апгар, макросомии и рождения ребенка с большой массой тела для гестационного возраста в исследованиях, где не использовался инсулин. В исследованиях с использованием инсулина пациентки с ГСД имели повышенные шансы рождения ребенка с большой массой тела для гестационного возраста, с респираторным дистресс-синдромом, неонатальной желтухой или необходимостью госпитализации в отделение интенсивной терапии новорожденных [2].

Цель исследования — изучить влияние ГСД на течение беременности и акушерские исходы у женщин во временном аспекте.

Материалы и методы

Проведено ретроспективное исследование, в которое были включены беременные с ГСД, диагностированным согласно Российскому национальному консенсусу «Гестационный сахарный диабет: диагностика, лечение и послеродовое наблюдение» (2012), проведен анализ течения беременности, родов и состояния новорожденных 2000 женщин с

ГСД, наблюдавшихся на базе женских консультаций г. Иваново в период с 2014 по 2022 г.

Проведенное исследование соответствует стандартам Хельсинкской декларации, одобрено независимым этическим комитетом Ивановской государственной медицинской академии Минздрава России, протокол № 1 от 07.06.2023.

Количественное описание величин выполняли с помощью подсчета среднего арифметического (M) и стандартного отклонения (SD). Для показателей, характеризующих качественные признаки, указывали относительную величину в процентах и абсолютное число.

Статистическая обработка данных проведена с помощью «Statistica for Windows 10.0».

Критерии исключения: сахарный диабет 1-го и 2-го типа, выявленный до и во время беременности, многоплодная беременность.

Результаты исследования

Исследование показало, что средний возраст беременных женщин составил от $31,34 \pm 5,65$ до $32,5 \pm 5,45$ года, показатель ИМТ — от $28,06 \pm 6,3$ до $29,68 \pm 7,24$ кг/м², срок выявления ГСД — от $18,36 \pm 9,64$ до $25,17 \pm 7,66$ нед беременности, уровень гликемии — от $5,60 \pm 0,54$ до $5,95 \pm 1,26$ ммоль/л. При этом уровень глюкозы плазмы при выявлении ГСД имел тенденцию к снижению. Доля женщин, получающих инсулинотерапию, составила $1,47—6,21\%$, доля пациенток, у которых беременность наступила в результате экстракорпорального оплодотворения, составила $5,52—11,73\%$. Течение беременности у женщин с ГСД осложнялось ранним угрожающим выкидышем ($29,38—40,82\%$), поздним угрожающим выкидышем ($29,38—42,35\%$), истмико-цервикальной недостаточностью ($5,09—12,87\%$), рвотой беременных ($4,78—14,95\%$), анемией ($41,36—60,00\%$), хронической артериальной гипертензией ($12,37—27,52\%$), гестационной артериальной гипертензией ($5,15—13,27\%$), умеренной преэклампсией ($3,57—15,46\%$), тяжелой преэклампсией ($0,69—5,51\%$), преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты ($2,42—4,62\%$), плацентарной недостаточностью ($35,05—69,75\%$), задержкой роста плода ($13,29—24,69\%$). В $30,00—43,88\%$ случаев наблюдалась патологическая прибавка массы тела, в $19,11—37,37\%$ — недостаточная прибавка массы тела. Диабетическая фетопатия, выявленная в результате ультразвукового исследования плода, наблюдалась в $17,93—29,53\%$ случаев, при этом макросомия определялась в $12,41—19,12\%$ случаев, двойной контур головки и/или туловища — в $5,15—12,11\%$, гепатомегалия — в $0,34—9,18\%$, спленомегалия — до $1,53\%$. Внутриутробная смерть плода наблюдалась до $1,72\%$ случаев. Роды осложнились родовым излитием околоплодных вод в $20,07—28,4\%$ случаев, слабостью родовой деятельности — в $1,02—3,6\%$, дискоординацией родовой деятельности — в $0,36—1,72\%$, клинически узким тазом — в $0,67—6,21\%$. Роды через естественные родовые пути произошли у $23,46—40,36\%$ женщин на сроке $37,31—38,59$ нед бе-

Течение беременности и родов, и состояние новорожденных у женщин с ГСД

Показатель	2014 г., (n=173)	2015 г., (n=149)	2016 г., (n=162)	2017 г., (n=196)	2018 г., (n=272)	2019 г., (n=194)	2020 г., (n=275)	2021 г., (n=290)	2022 г., (n=289)
Возраст, годы, $M \pm SD$	31,34±5,65	32,02±5,49	32,5±5,45	32,5±5,00	32,35±5,58	32,16 ±5,34	31,78±5,65	32,48±6,08	31,73±6,24
ИМТ, кг/м ² , $M \pm SD$	28,06±6,3	29,68±7,24	29,27±6,4	28,59±6,07	29,51±6,63	29,26±6,8	29,24±6,06	29,38±6,80	28,21±7,01
Срок выявления ГСД, недели беременности, $M \pm SD$	24,24±11,5	22,19±11,4	22,35±11,29	22,11±10,59	22,92±10,66	25,17±7,66	19,22±10,28	18,36±9,64	20,58±11,00
Уровень гликемии, ммоль/л, $M \pm SD$	5,95±1,26	5,85±1,39	5,79±0,76	5,72±0,60	5,79±0,86	5,70±1,02	5,61±0,76	5,60±0,60	5,60 ±0,54
Инсулинотерапия, % (абс.)	5,78 (10)	2,68 (4)	3,7 (6)	3,06 (6)	1,47 (4)	2,06 (4)	2,55 (7)	6,21 (18)	4,49 (13)
Беременность, наступившая в результате экстракорпорального оплодотворения, % (абс.)	8,67 (15)	6,04 (9)	5,56 (9)	11,73 (23)	7,72 (21)	8,25 (16)	8,36 (23)	5,52 (16)	7,27 (21)
Ранний угрожающий выкидыш, % (абс.)	39,53 (68)	30,87 (46)	33,95 (55)	40,82 (80)	35,29 (96)	29,38 (57)	34,55 (95)	38,62 (112)	34,95 (101)
Поздний угрожающий выкидыш, % (абс.)	37,57 (65)	31,54 (47)	36,65 (59)	42,35 (83)	35,66 (97)	29,38 (57)	36,36 (100)	36,55 (106)	36,11 (104)
Истмико-цервикальная недостаточность, % (абс.)	6,36 (11)	6,71 (10)	11,11 (18)	12,24 (24)	12,87 (35)	8,76 (17)	5,09 (14)	8,28 (24)	10,03 (19)
Рвота беременных, % (абс.)	10,98 (19)	9,4 (14)	8,64 (14)	6,63 (13)	4,78 (13)	14,95 (29)	8,73 (24)	9,31 (27)	8,65 (25)
Анемия, % (абс.)	47,4 (82)	46,98 (70)	41,36 (67)	47,45 (93)	47,43 (129)	56,19 (109)	61,45 (159)	60,00 (174)	62,28 (180)
Хроническая артериальная гипертензия, % (абс.)	19,08 (33)	27,52 (41)	19,75 (32)	19,90 (39)	20,96 (57)	12,37 (24)	23,27 (64)	24,83 (72)	21,80 (63)
Гестационная артериальная гипертензия, % (абс.)	7,51 (13)	5,37 (8)	11,73 (19)	13,27 (26)	11,40 (31)	5,15 (10)	12,73 (35)	9,00 (26)	11,07 (32)
Умеренная преэклампсия, % (абс.)	5,2 (9)	4,03 (6)	4,32 (7)	3,57 (7)	5,51 (15)	15,46 (30)	7,27 (20)	9,66 (28)	8,30 (24)
Тяжелая преэклампсия, % (абс.)	1,73 (3)	2,01 (3)	4,32 (7)	3,06 (6)	5,51 (15)	5,15 (10)	3,64 (10)	3,10 (9)	0,69 (2)
Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, % (абс.)	4,62 (8)	2,68 (4)	3,09 (5)	3,57 (7)	3,68 (10)	4,12 (8)	4,00 (11)	4,48 (13)	2,42 (7)
Плацентарная недостаточность, % (абс.)	55,49 (96)	59,73 (89)	69,75 (103)	49,49 (97)	48,90 (133)	35,05 (68)	46,18 (127)	45,17 (131)	53,29 (154)
Задержка роста плода, % (абс.)	13,29 (23)	14,09 (21)	24,69 (40)	18,37 (36)	19,49 (53)	16,49 (32)	18,91 (52)	17,24 (50)	14,88 (43)
Патологическая прибавка массы тела, % (абс.)	36,42 (63)	39,29 (55)	53,7 (87)	43,88 (86)	42,28 (115)	32,99 (64)	38,54 (106)	30,00 (87)	31,49 (91)
Недостаточная прибавка массы тела, % (абс.)	20,23 (35)	25 (35)	22,84 (37)	19,90 (39)	19,11 (52)	27,32 (53)	28,36 (78)	35,52 (103)	37,37 (108)
Диабетическая фетопатия, % (абс.)	23,7 (41)	29,53 (44)	24,69 (40)	23,98 (47)	23,90 (65)	18,56 (36)	22,18 (61)	17,93 (52)	22,84 (66)
Макросомия, % (абс.)	18,5 (32)	18,79 (28)	16,67 (27)	17,35 (47)	19,12 (52)	14,44 (28)	17,09 (47)	12,41 (36)	14,88 (43)
Двойной контур головки/туловища плода, % (абс.)	5,2 (9)	12,08 (18)	6,79 (11)	6,12 (12)	5,15 (14)	5,16 (10)	6,91 (19)	7,59 (22)	12,11 (35)
Гепатомегалия, % (абс.)	4,62 (8)	7,38 (11)	7,41 (12)	9,18 (18)	4,11 (12)	1,04 (2)	1,09 (3)	0,34 (1)	1,04 (3)
Спленомегалия, % (абс.)	1,16 (2)	0,67 (1)	0,62 (1)	1,53 (3)	1,10 (3)	1,04 (2)	0,36 (1)	0	0
Внутриутробная смерть плода, % (абс.)	0,57 (1)	0,67 (1)	1,23 (2)	2,04 (4)	0,74 (2)	0	0	1,72 (5)	0
Дородовое излитие околоплодных вод, % (абс.)	21,39 (37)	24,83 (37)	28,4 (46)	20,92 (41)	20,59 (56)	26,80 (52)	22,91 (63)	22,07 (64)	20,07 (58)
Слабость родовой деятельности, % (абс.)	2,31 (4)	2,01 (3)	1,23 (2)	1,02 (2)	2,57 (7)	3,60 (7)	1,82 (5)	1,38 (4)	1,38 (4)
Дискоординация родовой деятельности, % (абс.)	1,16 (2)	1,34 (2)	0,62 (1)	0,51 (1)	0,36 (1)	1,54 (3)	0,36 (1)	1,72 (5)	0,69 (2)
Клинически узкий таз, % (абс.)	2,31 (4)	0,67 (1)	1,23 (2)	1,02 (2)	4,41 (12)	1,03 (2)	5,45 (15)	6,21 (18)	3,81 (11)
Самопроизвольные роды, % (абс.)	32,95 (57)	31,54 (47)	23,46 (38)	32,65 (64)	31,62 (86)	27,32 (53)	40,36 (111)	32,76 (95)	33,22 (96)
Срок самопроизвольных родов, недель беременности, $M \pm SD$	38,07±2,23	38,19±2,29	37,68±2,95	37,78±2,59	37,31±3,17	38,51±2,06	38,59±2,14	37,75±2,94	38,5±2,64
Кесарево сечение, % (абс.)	67,05 (116)	68,46 (102)	76,54 (124)	67,35 (132)	68,38 (186)	72,68 (141)	5,64 (164)	67,24 (195)	66,78 (193)
Срок кесарева сечения, недели беременности, $M \pm SD$	37,32±2,6	37,89±1,98	37,16±2,92	36,80±3,21	37,65±3,63	37,48±2,75	37,87±2,38	37,62±2,71	38,38±0,99
Преждевременные роды, % (абс.)	20,81 (36)	16,11 (24)	16,05 (26)	25,00 (49)	19,49 (53)	21,13 (41)	13,09 (36)	16,21 (47)	3,11 (9)
Срок преждевременных родов, недели беременности, $M \pm S$	33,78±2,86	34,25±2,49	32,65±3,38	32,86±3,10	33,40±2,94	33,76±2,81	33,50±2,96	32,55±3,23	32,22±5,22
Индукцированные преждевременные роды, % (абс.)	83,33 (30)	83,33 (20)	100 (26)	79,59 (39)	60,38 (32)	85,37 (35)	80,56 (29)	72,34 (34)	44,44 (4)
Спонтанные преждевременные роды, % (абс.)	16,67 (6)	16,67 (4)	0	20,41 (10)	39,62 (11)	14,63 (6)	19,44 (7)	27,66 (13)	55,56 (5)
Экстремально ранние преждевременные роды (22 ^я —27 ^я), % (абс.)	1,16 (2)	0,67 (1)	1,85 (3)	2,04 (4)	1,10 (3)	0,51 (1)	1,09 (3)	1,72 (5)	0,69 (2)
Ранние преждевременные роды (28 ^я —31 ^я), % (абс.)	1,73 (3)	2,01 (3)	2,47 (4)	4,59 (9)	3,31 (9)	3,61 (7)	1,09 (3)	3,10 (9)	0,35 (1)
Преждевременные роды (32 ^я —33 ^я), % (абс.)	3,47 (6)	0,67 (1)	2,47 (4)	5,10 (10)	3,31 (9)	3,09 (6)	2,91 (8)	3,45 (10)	0
Поздние преждевременные роды (34 ^я —36 ^я), % (абс.)	14,45 (25)	12,75 (19)	9,26 (15)	13,27 (26)	11,76 (32)	13,92 (27)	8,00 (22)	7,93 (23)	2,08 (6)
Масса плода, г, $M \pm SD$	3361,53±833,34	3428,33±748,81	3230,63±908,19	3140,91±961,50	3298,64±844,12	3258,60±865,84	3323,19±777,11	3212,42±875,32	3372,06±646,95
Длина плода, см, $M \pm SD$	51,7±4,75	51,42±4,87	50,31±5,98	49,85±6,57	51,16±5,05	50,60±6,15	51,09±4,44	50,54±5,93	51,49±3,75
Оценка по шкале Апгар на 1-й минуте, баллы, $M \pm SD$	7,13±1,27	7,26±0,99	7,09±1,21	6,90±1,43	7,26±1,17	7,18±1,12	7,38±0,97	7,33±0,92	7,50±0,79
Оценка по шкале Апгар на 5-й минуте, баллы, $M \pm SD$	8,18±1,14	8,3±0,89	8,17±1,04	8,01±1,24	8,33±0,99	8,24±1,02	8,43±0,79	8,36±0,82	8,53±0,67
Врожденные пороки развития, % (абс.)	1,73 (3)	0,67 (1)	3,7 (6)	2,04 (4)	7,72 (21)	7,23 (14)	2,18 (6)	5,17 (15)	3,46 (10)
Пиелозктазия почки/почек плода, % (абс.)	5,78 (10)	4,7 (7)	1,85 (3)	7,14 (14)	9,19 (25)	6,19 (12)	2,55 (7)	4,48 (13)	3,11 (9)

ременности. Кесарево сечение выполнено в 59,64—72,68% случаев на сроке 36,80—38,38 нед беременности. Преждевременными были роды в 3,11—25% случаев на сроке 32,22—34,25 нед беременности. При этом индуцированными преждевременные роды были в 44,44—100% случаев. Экстремально ранними преждевременные роды (22⁰—27⁶) были в 0,51—2,04% случаев, ранними преждевременными (28⁰—31⁶) — в 0,35—4,59%, преждевременными (32⁰—33⁶) — до 5,1%, поздними преждевременными (34⁰—36⁶) — в 2,08—14,45%. При оценке показателей новорожденных детей масса плода составила от 3140,91 до 3428,33 г, длина — от 49,85 до 51,7 см, оценка по шкале Апгар на 1-й минуте — 6,90—7,50 баллов, на 5-й минуте — 8,01—8,53 балла. Врожденные пороки развития плода наблюдались в 0,67—7,72% случаев, пиелозктазия почки/почек плода — в 1,85—9,19%. Подробная характеристика течения беременности, родов, состояния новорожденных представлена в таблице.

Обсуждение

Исследование показало, что к 2022 г. срок выявления ГСД снижается, а диагностика заболевания наблюдается при меньших значениях гипергликемии. К 2022 г. снижается частота таких осложнений и исходов беременности, как ранний и поздний угрожающий выкидыш, рвота беременных, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, плацентарная недостаточность, патологическая прибавка массы тела, диабетическая фетопатия, в том числе макросомия, гепатомегалия и спленоmegалия, родовое излитие околоплодных вод, преждевременные роды, улучшается состояние плода по шкале Апгар. В то же время к 2022 г. увеличиваются истмико-цервикальная недостаточность, анемия, гипертензивные расстройства, задержка роста плода, недостаточная прибавка массы тела при беременности, двойной контур головки, клинически узкий таз в родах, врожденные пороки развития плода. Это объясняется расширением нормативно-правовой базы, внедрением алгоритмов оказания специализированной медицинской помощи, клинических рекомендаций, улучшенной диагностикой различных состояний, а также контролем за состоянием здоровья со стороны не только медицинских работников, но и самих пациентов, своевременным их обращением за помощью в медицинскую организацию, а также проведением санитарно-просветительной работы среди населения [7—16].

Методы скрининга ГСД со временем менялись: от самого раннего выборочного скрининга (на основе факторов риска) до универсального скрининга с помощью теста на глюкозу или перорального теста на толерантность к глюкозе [17, 18]. Диагностическая точность этих методов скрининга различалась, что способствовало неоднородности анализа.

В настоящее время нормативно-правовую базу, регулирующую оказание специализированной медицинской помощи пациентам с ГСД, составляют:

- ст. 37 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;
- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20.10.2020 № 1130н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю „акушерство и гинекология“»;
- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.03.2023 № 104н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю „эндокринология“»;
- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10.05.2017 № 203-н «Об утверждении критериев оценки качества специализированной медицинской помощи»;
- Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом (под ред. И. И. Дедова, М. В. Шестаковой, А. Ю. Майорова, 2023);
- Российский национальный консенсус «Гестационный сахарный диабет: диагностика, лечение, послеродовое наблюдение» (2012);
- Клинические рекомендации «Гестационный сахарный диабет. Диагностика, лечение, акушерская тактика, послеродовое наблюдение» (2020).

Заключение

Своевременная диагностика ГСД и осложнений беременности, преемственность в оказании специализированной медицинской помощи, взаимодействие врачей смежных специальностей, внедрение автоматизированных методик ведения пациентов позволяют снизить частоту неблагоприятных осложнений беременности и улучшить перинатальные исходы.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Saravanan P. Diabetes in Pregnancy Working Group. Maternal Medicine Clinical Study Group. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, UK. Gestational diabetes: opportunities for improving maternal and child health. *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2020;8:793—800. doi: 10.1016/S2213-8587(20)30161-3
2. Ye W., Luo C., Huang J., Li C., Liu Z., Liu F. Gestational diabetes mellitus and adverse pregnancy outcomes: systematic review and meta-analysis. *BMJ.* 2022;25:377:e067946. doi: 10.1136/bmj-2021-067946
3. Wu Y., Liu B., Sun Y., Du Y., Santillan M. K., Santillan D. A. Association of maternal prepregnancy diabetes and gestational diabetes mellitus with congenital anomalies of the newborn. *Diabetes Care.* 2020;43:2983—90. doi: 10.2337/dc20-0261
4. Jiang L., Tang K., Magee L. A., von Dadelszen P., Ekeroma A., Li X. A global view of hypertensive disorders and diabetes mellitus during pregnancy. *Nat. Rev. Endocrinol.* 2022;18(12):760—75. doi: 10.1038/s41574-022-00734-y
5. Karkia R., Giacchino T., Shah S., Gough A., Ramadan G., Akolekar R. Gestational Diabetes Mellitus: Association with Maternal and Neonatal Complications. *Medicina (Kaunas).* 2023;59(12):2096. doi: 10.3390/medicina59122096
6. Karkia R., Giacchino T., Hii F., Bradshaw C., Ramadan G., Akolekar R. Gestational diabetes mellitus: relationship of adverse out-

- comes with severity of disease. *J. Matern. Fetal. Neonatal. Med.* 2024;37(1):2356031. doi: 10.1080/14767058.2024.2356031
7. Zhang M., Zhou Y., Zhong J., Wang K., Ding Y., Li L. Current guidelines on the management of gestational diabetes mellitus: a content analysis and appraisal. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2019;19(1):200. doi: 10.1186/s12884-019-2343-2
8. Pigato F., Candido R., Zanette G., Zamagni G., Trojaniak M. P., Brunato B., et al. Gestational diabetes mellitus: Impact of adherence on patient management and maternal-neonatal complications. *Prim. Care Diabetes.* 2023;17(5):486–92. doi: 10.1016/j.pcd.2023.07.003
9. Sweeting A., Wong J., Murphy H. R., Ross G. P. A Clinical Update on Gestational Diabetes Mellitus. *Endocr. Rev.* 2022;43(5):763–93. doi: 10.1210/edrv/bnac003
10. Kautzky-Willer A., Winhofer Y., Kiss H., Falcone V., Berger A., Lechleitner M., et al. Gestationsdiabetes (GDM) (Update 2023) [Gestational diabetes mellitus (Update 2023)]. *Wien Klin. Wochenschr.* 2023;135(Suppl 1):115–28. doi: 10.1007/s00508-023-02181-9 (In German).
11. Karavasileiadou S., Almegwely W., Alanazi A., Alyami H., Chatzimichailidou S. Self-management and self-efficacy of women with gestational diabetes mellitus: a systematic review. *Glob. Health Action.* 2022;15(1):2087298. doi: 10.1080/16549716.2022.2087298
12. Huang S., Magny-Normilus C., McMahon E., Whittemore R. Systematic Review of Lifestyle Interventions for Gestational Diabetes Mellitus in Pregnancy and the Postpartum Period. *J. Obstet. Gynecol. Neonatal. Nurs.* 2022;51(2):115–25. doi: 10.1016/j.jogn.2021.10.007
13. Mukherjee S. M., Dawson A. Diabetes: how to manage gestational diabetes mellitus. *Drugs Context.* 2022;11:2021-9-12. doi: 10.7573/dic.2021-9-12
14. Нечаев О. И., Старшинин А. В., Аксенова Е. И., Тимошевский А. А. Школы здоровья — московский опыт реализации санитарно-просветительского проекта. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины.* 2024;32(С2):1137–42. doi: 10.32687/0869-866X-2024-32-с2-1137-1142
15. Андрусов В. Э., Дербенев Д. П., Тимошевский А. А., Климов Ю. А. Аспекты применения цифровых решений в первичном звене здравоохранения. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины.* 2024;32(С2):1063–7. doi: 10.32687/0869-866X-2024-32-с2-1063-1067
16. 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):325–30. doi: 10.32687/0869-866X-2024-32-3-325-330
17. Hildén K., Magnuson A., Hanson U., Simmons D., Fadl H. Trends in pregnancy outcomes for women with gestational diabetes mellitus in Sweden 1998–2012: a nationwide cohort study. *Diabet. Med.* 2020;37:2050–7. doi: 10.1111/dme.14266
18. ElSayed N. A., Aleppo G., Aroda V. R., Bannuru R. R., Brown F. M., Bruemmer D. American Diabetes Association. 2. Classification and diagnosis of diabetes: Standards of Medical Care in Diabetes-2020. *Diabetes Care.* 2020;43(Suppl 1):S14–31. doi: 10.2337/dc20-S002
3. Wu Y., Liu B., Sun Y., Du Y., Santillan M. K., Santillan D. A. Association of maternal prepregnancy diabetes and gestational diabetes mellitus with congenital anomalies of the newborn. *Diabetes Care.* 2020;43:2983–90. doi: 10.2337/dc20-0261
4. Jiang L., Tang K., Magee L. A., von Dadelszen P., Ekeroma A., Li X. A global view of hypertensive disorders and diabetes mellitus during pregnancy. *Nat. Rev. Endocrinol.* 2022;18(12):760–75. doi: 10.1038/s41574-022-00734-y
5. Karkia R., Giacchino T., Shah S., Gough A., Ramadan G., Akolekar R. Gestational Diabetes Mellitus: Association with Maternal and Neonatal Complications. *Medicina (Kaunas).* 2023;59(12):2096. doi: 10.3390/medicina59122096
6. Karkia R., Giacchino T., Hii F., Bradshaw C., Ramadan G., Akolekar R. Gestational diabetes mellitus: relationship of adverse outcomes with severity of disease. *J. Matern. Fetal. Neonatal. Med.* 2024;37(1):2356031. doi: 10.1080/14767058.2024.2356031
7. Zhang M., Zhou Y., Zhong J., Wang K., Ding Y., Li L. Current guidelines on the management of gestational diabetes mellitus: a content analysis and appraisal. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2019;19(1):200. doi: 10.1186/s12884-019-2343-2
8. Pigato F., Candido R., Zanette G., Zamagni G., Trojaniak M. P., Brunato B., et al. Gestational diabetes mellitus: Impact of adherence on patient management and maternal-neonatal complications. *Prim. Care Diabetes.* 2023;17(5):486–92. doi: 10.1016/j.pcd.2023.07.003
9. Sweeting A., Wong J., Murphy H. R., Ross G. P. A Clinical Update on Gestational Diabetes Mellitus. *Endocr. Rev.* 2022;43(5):763–93. doi: 10.1210/edrv/bnac003
10. Kautzky-Willer A., Winhofer Y., Kiss H., Falcone V., Berger A., Lechleitner M., et al. Gestationsdiabetes (GDM) (Update 2023) [Gestational diabetes mellitus (Update 2023)]. *Wien Klin. Wochenschr.* 2023;135(Suppl 1):115–28. doi: 10.1007/s00508-023-02181-9 (In German).
11. Karavasileiadou S., Almegwely W., Alanazi A., Alyami H., Chatzimichailidou S. Self-management and self-efficacy of women with gestational diabetes mellitus: a systematic review. *Glob. Health Action.* 2022;15(1):2087298. doi: 10.1080/16549716.2022.2087298
12. Huang S., Magny-Normilus C., McMahon E., Whittemore R. Systematic Review of Lifestyle Interventions for Gestational Diabetes Mellitus in Pregnancy and the Postpartum Period. *J. Obstet. Gynecol. Neonatal. Nurs.* 2022;51(2):115–25. doi: 10.1016/j.jogn.2021.10.007
13. Mukherjee S. M., Dawson A. Diabetes: how to manage gestational diabetes mellitus. *Drugs Context.* 2022;11:2021-9-12. doi: 10.7573/dic.2021-9-12
14. Nechaev O. I., Starshinin A. V., Aksanova E. I., Timoshevsky A. A. Schools of health — Moscow experience in implementing a sanitary and educational project. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini.* 2024;32(Special Issue 2):1137–42. doi: 10.32687/0869-866X-2024-32-s2-1137-114215 (in Russian).
15. Andrusov V. E., Derbenev D. P., Timoshevsky A. A., Klimov Yu. A. Aspects of application of digital solutions in primary health care. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini.* 2024;32(Special Issue 2):1063–7. doi: 10.32687/0869-866X-2024-32-s2-1063-106716 (in Russian).
16. Ilchenko G. V., Ishchenko O. Yu., Olkhovskaya Yu. A. The aspects of implementation of digital technologies under rendering of services in health care: The publications review. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini.* 2024;32(3):325–30. doi: 10.32687/0869-866X-2024-32-3-325-33017 (in Russian).
17. Hildén K., Magnuson A., Hanson U., Simmons D., Fadl H. Trends in pregnancy outcomes for women with gestational diabetes mellitus in Sweden 1998–2012: a nationwide cohort study. *Diabet. Med.* 2020;37:2050–7. doi: 10.1111/dme.14266
18. ElSayed N. A., Aleppo G., Aroda V. R., Bannuru R. R., Brown F. M., Bruemmer D. American Diabetes Association. 2. Classification and diagnosis of diabetes: Standards of Medical Care in Diabetes-2020. *Diabetes Care.* 2020;43(Suppl 1):S14–31. doi: 10.2337/dc20-S002

Поступила 04.07.2024
Принята в печать 30.10.2024

REFERENCES

Ростовская Т. К.¹, Князькова Е. А.¹, Певцова Е. А.²**К ВОПРОСУ ИНВАЛИДИЗАЦИИ МУЖЧИН В СОВРЕМЕННОМ РОССИЙСКОМ ОБЩЕСТВЕ**¹Институт демографических исследований Федерального научно-исследовательского социологического центра РАН, 119333, г. Москва;
²ФГБОУ ВО «Российский государственный университет народного хозяйства имени В. И. Вернадского», 143900, г. Балашиха

Статья посвящена изучению вопросов инвалидности мужского населения Российской Федерации как одного из наиболее значимых негативных факторов социально-психологической и экономической ситуации в стране. В условиях сложнейшей демографической ситуации особое внимание следует уделить молодым мужчинам с приобретенной инвалидностью, которые должны стать особой целевой группой в стратегии достижения демографической устойчивости Российской Федерации.

Ключевые слова: инвалидизация; мужчины с инвалидностью; приобретенная инвалидность; ресурсный потенциал.

Для цитирования: Ростовская Т. К., Князькова Е. А., Певцова Е. А. К вопросу инвалидизации мужчин в современном российском обществе. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2025;33(3):378—382. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2025-33-3-378-382>

Для корреспонденции: Ростовская Тамара Керимовна, д-р социол. наук, профессор, e-mail: rostovskaya.tamara@mail.ru

Rostovskaya T. K.¹, Knyazkova E. A.¹, Pevtsova E. A.²**ON THE ISSUE OF DISABILITY OF MALES IN MODERN RUSSIAN SOCIETY**¹The Federal State Budget Institution “The Institute for Demographic Research — Branch of the Federal Center of Theoretical and Applied Sociology of the Russian Academy of Sciences”, 119333, Moscow, Russia;²The Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The V. I. Vernadsky Russian State University of National Economy” of the Ministry of Agriculture of Russia, 143900, Balashikha, Russia

The article considers issues of disability of male population of the Russian Federation as one of the most significant negative factors of socio-psychological and economic national situation. In the conditions of the most complicated demographic situation, special attention is to be paid to young males with acquired disability who are to become special target group in the strategy of achieving demographic sustainability in the Russian Federation.

Key words: disability; disabled males; acquired disability; resource potential.

For citation: Rostovskaya T. K., Knyazkova E. A., Pevtsova E. A. On the issue of disability of males in modern Russian society. *Problemy socialnoi gigieny, zdavookhraneniya i istorii meditsiny*. 2025;33(3):378–382 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2025-33-3-378-382>

For correspondence: Rostovskaya T. K., doctor of sociological sciences, professor, the Researcher of the Federal State Budget Institution “The Institute for Demographic Research — Branch of the Federal Center of Theoretical and Applied Sociology of the Russian Academy of Sciences”. e-mail: rostovskaya.tamara@mail.ru

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

Acknowledgment. The study was financially supported by the Russian Science Foundation, project № 25–28–00140 “The young males with acquired disability: preservation and increasing of resource potential”.

Received 10.01.2025

Accepted 11.03.2025

Введение

Инвалидизация мужчин представляется одним из наиболее значимых негативных факторов социально-психологической и экономической ситуации в Российской Федерации. Между тем гендерная сторона рассматриваемого явления не является сильной стороной в социологических исследованиях. Уровень инвалидизации в стране, как правило, выше именно у мужчин в возрастных группах до 65 лет. Но после этого возрастного предела ситуация меняется: в пожилом возрасте большинство инвалидов составляют женщины. Тем самым на инвалидность мужчин приходится трудоспособный возраст, когда должна быть реализована наибольшая активность индивида [1].

Во многих исследованиях особенности инвалидизации исходя из гендерных различий рассматриваются в контексте иных социальных проблем. Многие авторы уделяют повышенное внимание основным материальным затратам в адрес данной катего-

рии населения [2]. Здесь речь идет о финансировании профилактических осмотров, нахождения в амбулаторных и стационарных учреждениях, выплат пособий и иных социальных выплат инвалидам. Немаловажное значение отдается ограничениям в производстве валового продукта.

В этом отношении еще ранее Э. Я. Немсверидзе предлагал свою состоящую из четырех этапов модель мониторинга инвалидов трудоспособного возраста с одновременной разработкой организационной системы комплексной реабилитации и интеграции рассматриваемой категории лиц в российский социум [3].

Законодательное определение понятия инвалида указывает такового как лицо, имеющее «нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению жизнедеятельности и вызывающее необходимость его социальной защиты» [4].

Говоря об инвалидности, следует в первую очередь обращать внимание на инвалидность приобретенную, представляющую наиболее острую проблему, поскольку она является следствием факторов внешнего характера.

Для молодых мужчин, столкнувшихся с потерей физических способностей в результате военных действий, непринятие обществом может стать серьезным барьером на пути к социальной адаптации и восстановлению полноценной жизни. Законодательство Российской Федерации гарантирует создание равных условий для жизни, получения образования и профессии, возможности трудоустройства и создания семьи для всех граждан России [5].

В 2023 г. была утверждена Стратегия действий по сбережению мужчин и поддержке ответственного отцовства¹, разработанная по инициативе Института демографических исследований Федерального научно-исследовательского социологического центра РАН (ИДИ ФНИСЦ РАН), членами научного совета «Демографические и миграционные проблемы России» при ООИ РАН [6]. Стратегия действий по сбережению мужчин и поддержке ответственного отцовства (далее — Стратегия) является актуальным основополагающим документом на национальном уровне, определяющим основные направления государственной политики в отношении сбережения мужчин как основного ресурса обеспечения национальной безопасности Российской Федерации, была презентована 17 февраля 2023 г. на Всероссийском симпозиуме «Роль мужчины в современном российском обществе» [7]. В настоящее время в рамках реализации Стратегии при поддержке гранта Российского научного фонда (РНФ) разработан авторский инструментарий для проведения Всероссийского социологического исследования «Социальный феномен приобретенной инвалидности молодых мужчин в зеркале социологического измерения».

Новизна данного исследования состоит в выявлении взаимосвязей факторов, определяющих ресурсный потенциал молодых мужчин с инвалидностью через призму объективных факторов (социально-экономический и семейный статус, общественное отношение, характер и тяжесть травмы, степень инвалидности) и субъективных факторов (субъективный опыт столкновения с инвалидностью, как инвалидность повлияла на дальнейшую жизнедеятельность). Исследовательский проект, проводимый в Год защитника Отечества, направлен на создание системы социальной поддержки участников СВО — защитников Отечества, где особое внимание следует уделить социализации молодых людей с приобретенной инвалидностью, а также усилению государственной политики в части сбережения народа России как приоритетного направления реализации Указа Президента РФ от 2 июля

2021 г. № 400 «О Стратегии национальной безопасности Российской Федерации».

Материалы и методы

Настоящее исследование носит теоретико-аналитический характер и направлено на выявление институциональных и правовых проблем в организации комплексной реабилитации мужчин — инвалидов вследствие военной травмы, а также на осмысление особенностей функционирования механизмов социальной и профессиональной адаптации этой категории граждан.

Методологическую основу работы составили:

- сравнительно-правовой анализ нормативно-правовой базы Российской Федерации в сфере социальной защиты, реабилитации и абилитации инвалидов, включая Федеральный закон № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации», Федеральный закон № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», Концепцию развития системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов в РФ до 2025 года и другие подзаконные акты;
- контент-анализ научной и экспертной литературы по проблематике инвалидизации, социальной интеграции и реабилитации военнослужащих, пострадавших в результате боевых действий. В рамках анализа был изучен широкий спектр научных работ, опубликованных в рецензируемых изданиях по медицине, социальной политике и праву за период 2010—2024 гг.;
- обобщение эмпирических данных: использованы статистические сведения из официальных источников — Федеральной службы государственной статистики, Министерства обороны РФ, Министерства труда и социальной защиты РФ, Росздравнадзора, а также данные аналитических отчетов о реализации государственной политики в области социальной поддержки ветеранов и инвалидов (включая итоги мониторинга реализации Концепции 2021—2023 гг.);
- интерпретативный метод, позволивший провести структурно-функциональный анализ института реабилитации инвалидов вследствие военной травмы с учетом специфики военной службы, а также рассмотреть психологические и социальные аспекты адаптации мужчин, утративших трудоспособность в результате военных действий.

Также применены методы логического моделирования, направленные на выявление внутренних противоречий действующей системы реабилитации и выработку предложений по ее совершенствованию.

Такой подход позволил обеспечить комплексное и междисциплинарное освещение проблемы, объединяя правовые, медицинские, социологические и управленческие аспекты изучаемой темы.

¹ Стратегия действий по сбережению мужчин и поддержке ответственного отцовства, утверждена научным советом «Демографические и миграционные проблемы России» ООИ РАН в марте 2023 г.

Результаты исследования

В 2021 г. распоряжением Правительства РФ утверждена Концепция развития в Российской Федерации системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, на период до 2025 г. Принятие этого документа должно активизировать утверждение мер по объединению усилий всех участников реабилитационного процесса и сформировать единую правовую и методическую базу [8]. Согласно Концепции, необходимо выделить реабилитационные группы исходя из структуры и степени нарушенных функций организма и ограничений жизнедеятельности, заболеваний, последствий травм, дефектов, ставших причиной инвалидности, возраста, а также некоторых других факторов [9].

Концепцией введено понятие «целевые реабилитационные группы инвалидов». Под таковыми понимают категории инвалидов, дифференцированные в зависимости от характера функциональных нарушений организма и степени ограничения жизнедеятельности. Такое разделение необходимо исходя из разработки оптимальных подходов к устранению или компенсации нарушенных функций человеческого организма по основным направлениям комплексной реабилитации инвалидов.

В категорию таких инвалидов входят инвалиды вследствие военной травмы, полученной при выполнении боевых задач.

В современной ситуации, связанной с ведением СВО и ее известными последствиями в виде множественных ранений, утраты некоторых жизненно важных функций организма, это имеет наиболее важное значение.

Рассматриваемая ситуация, связанная с вопросами реабилитации военнослужащих-инвалидов, обусловлена резким увеличением числа таких лиц с возможностью, в зависимости от характера ранений, продолжения военной службы [10].

Понятно, что одним из факторов увеличения числа инвалидов вследствие военной травмы является сложившаяся военно-политическая обстановка, действующая с февраля 2022 г. Участие многочисленного контингента российских вооруженных сил, в том числе национальной гвардии и других силовых ведомств, в СВО привело к множественным потерям, характер которых связан с осколочными ранениями, взрывными травмами. Во многих случаях подобные ранения приводят к ампутации конечностей, что способствует росту инвалидности среди военнослужащих.

В конце 2023 г. 54,4% ветеранов СВО получили инвалидность, связанную с ампутацией конечностей [11]. Наиболее актуальным становится вопрос необходимости организации реабилитации таких инвалидов и создания для них возможностей нахождения на военной службе в зависимости от их желания [12].

В этом отношении, несмотря на реформы в сфере реабилитации и иных мероприятий, касающихся

военных инвалидов, отсутствует единый подход к разрешению проблем военнослужащих, получивших военную травму. Если вести речь о степени активности тех или иных категорий мужского населения страны, то именно военнослужащие являются наиболее активной частью российского общества. При получении соответствующей травмы, последствия которой порой бывают необратимы, возникают проблемы в социальной и психологической адаптации военных инвалидов при реализации потенциала в мирных условиях [13]. Проведение реабилитационных мероприятий с такими лицами требует ответственного и системного подхода.

В настоящее время в Российской Федерации осуществляют свою деятельность более 31 тыс. организаций, занимающихся реабилитационными услугами в зависимости от их региональных полномочий и в соответствии с индивидуальными программами [14].

В рассматриваемом аспекте отсутствуют на правовом уровне порядок проведения таких мероприятий и взаимосвязь между различными видами реабилитации. Это вынуждает инвалида заниматься поисками различных организаций, предоставляющих реабилитационные услуги. Суть реабилитации состоит в процессе полного или частичного восстановления способностей инвалидов к бытовой, общественной, профессиональной и иной деятельности, при которой инвалид должен в минимальной степени испытывать те или иные неудобства физического, бытового, психологического характера.

Реабилитация в отношении инвалидов вследствие военных действий делится на ряд направлений следующего характера:

- медицинская реабилитация (реконструкция, протезирование, санаторно-курортное лечение);
- профессиональная реабилитация (меры по организации профессионального обучения и содействия в трудоустройстве, производственной адаптации);
- социальная реабилитация, представляющая собой создание приемлемых условий для жизнедеятельности, а также услуги по компенсации утраченных возможностей инвалида;
- психологическая реабилитация, связанная с оказанием психологической помощи инвалидам вследствие военной травмы, с восстановлением выполнения различных социальных, семейных, репродуктивных, производственных ролей.

В настоящее время институт реабилитации инвалидов-мужчин является предметом различных подходов как в медицинской сфере, так и в сфере социального обслуживания, образования, общей занятости [15]. В нашем случае большое значение имеет производство протезов. В каждой из изложенных сфер формируются собственные механизмы деятельности с инвалидами, как правило, ведомственной подчиненности.

Поскольку функции военнослужащего направлены на защиту государственных устоев от внешних и внутренних угроз, что нередко создает потенциальную угрозу его инвалидизации и возможной гибели, то именно на государство возлагается особая ответственность по защите прав и свобод, особенно тех, кто потерял здоровье ради существования самого государства.

На этом основании военнослужащим предоставляется право прохождения военной службы даже в случае получения увечья. Однако проведение реабилитации с военнослужащими является в большей степени затруднительным процессом вследствие жесткой регламентации и высоких требований к военнослужащим, а сам процесс реабилитации требует привлечения широкого круга специалистов.

На первом этапе проводится медицинская реабилитация, состоящая в оказании первой медицинской помощи, ликвидации последствий полученной военной травмы, восстановлении общего физического состояния военнослужащего, в том числе, в зависимости от характера ранения, протезирование и направление на санаторно-курортное лечение.

В дальнейшем, если военнослужащий изъявил желание прохождения военной службы, с ним должны быть проведены определенные мероприятия по профессиональной ориентации с подбором соответствующих его состоянию военных должностей.

Однако в дальнейшем такая деятельность уже не носит строго координированного характера и во многом связана с инициативностью и активностью самого военнослужащего.

Специфика военной службы состоит в том, что вопросы реабилитации общего характера находятся в компетенции командиров подразделения, в котором продолжает проходить службу военный инвалид, поэтому результаты реабилитации во многом зависят от их позиции и отношения командования к вопросам результативности реабилитационных мероприятий.

Здесь одной из проблем является отсутствие организационных направлений по реабилитации в военном ведомстве в силу отсутствия соответствующих нормативных регламентаций. В итоге военнослужащему-инвалиду свойственно психологическое переживание функциональных нарушений его организма, что создает отрицательную внутреннюю ситуацию [16]. Трудности военнослужащего обуславливаются степенью ограниченности трудовой деятельности и разрывом привычных отношений с сослуживцами. Приведенные факторы являются, в зависимости от сложившейся ситуации, основой развития депрессивного поведения и формирования расстройств в эмоциональной сфере. Это диктует необходимость разработки комплекса реабилитационных мероприятий специфического характера [17].

Таким образом, следует констатировать отсутствие законодательно закрепленных стандартов по организации мероприятий комплексной реабилита-

ции. Такие стандарты должны предусматривать прохождение военным инвалидом последовательности реабилитационных мероприятий, скоординированных различными ведомствами, с максимальной доступностью качественных услуг.

Между тем в настоящее время реабилитация получивших военную травму военнослужащих носит усеченный характер, что со временем может привести к общему ухудшению состоянию здоровья и сопутствующим эмоциональным проблемам. Таким образом, необходимым условием качественной реабилитации военнослужащих инвалидов являются разработка и законодательное закрепление единых стандартов реабилитации комплексного характера с учетом специфики профессиональной деятельности военнослужащих при равном доступе данных инвалидов к приемлемым услугам по основным направлениям медицинской, социальной психологической реабилитации.

Заключение

Подводя общие итоги исследования, еще раз подчеркнем, что распоряжением Правительства РФ утверждена Концепция развития в Российской Федерации системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, введено понятие «целевые реабилитационные группы инвалидов». К категории таких инвалидов относятся инвалиды вследствие военной травмы, полученной при выполнении боевых задач. Одним из факторов увеличения числа инвалидов вследствие военной травмы является сложившаяся военно-политическая обстановка, действующая с февраля 2022 г. Но, несмотря на реформы в сфере реабилитации и иных мероприятий, касающихся военных инвалидов, отсутствует единый подход к разрешению проблем военнослужащих, получивших военную травму. Отсутствуют на правовом уровне порядок проведения таких мероприятий и взаимосвязь между различными видами реабилитации. Это вынуждает инвалида самостоятельно заниматься поисками различных организаций, предоставляющих реабилитационные услуги.

Реабилитация военнослужащих является затруднительным процессом вследствие жесткой регламентации и высоких требований к военнослужащим. Специфика военной службы состоит в том, что вопросы реабилитации общего характера находятся в компетенции командиров подразделения, в котором продолжает проходить службу военный инвалид. Их результаты во многом зависят от позиции командования и его отношения к вопросам результативности реабилитационных мероприятий. Проблемой является отсутствие организационных направлений по реабилитации в военном ведомстве в силу отсутствия нормативных регламентаций. Необходимым условием качественной реабилитации военнослужащих-инвалидов являются разработка и законодательное закрепление единых стандартов реабилитации комплексного характера с учетом специфики профессиональной деятельности военнослужащих при равном доступе данных инвалидов

к приемлемым услугам по основным направлениям медицинской, социальной, психологической реабилитации.

Статья подготовлена при финансовой поддержке РФ, проект № 25-28-00140 «Молодые мужчины с приобретенной инвалидностью: сохранение и повышение ресурсного потенциала»

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА

- Кулагина Е. В. Профиль инвалидности: демографический и региональный аспекты. *Региональная экономика: теория и практика*. 2016;(11):103.
- Немцевидзе Э. Я. Методические подходы к оценке экономического ущерба вследствие инвалидности трудоспособного населения в Московском регионе. *Социальные аспекты здоровья населения*. 2012;25(3):3.
- Немцевидзе Э. Я. Инвалидность среди трудоспособного населения как медико-демографическая проблема. *Социальные аспекты здоровья населения*. 2012;23(1):4.
- Федеральный закон от 24 ноября 1995 г. № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» (с изменениями и дополнениями от 29 октября 2024 г. № 367-ФЗ). Режим доступа: <https://base.garant.ru/10164504/> (дата обращения 12.02.2025).
- Ростовская Т. К., Фомина О. Е. О пилотном проекте в рамках реализации стратегии действий по сбережению мужчин и поддержке ответственного отцовства. *Социальные аспекты здоровья населения*. 2024;70(4):4. doi: 10.21045/2071-5021-2024-70-4-4. EDN: VDEZSU. Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1626/30/lang.ru/>
- Ростовская Т. К., Аполихин О. И., Шабунова А. А. Стратегия действий по сбережению мужчин и поддержке ответственного отцовства. Отв. ред. Т. К. Ростовская, А. А. Шабунова. *Федеральный научно-исследовательский социологический центр Российской академии наук, Институт демографических исследований, Отделение общественных наук РАН, Научный совет «Демографические и миграционные проблемы России»*. Вологда: ВолНЦ РАН; 2023. 27 с. ISBN 978-5-93299-568-6
- Ростовская Т. К. Роль мужчины в современном российском обществе. *Социологические исследования*. 2023;(4):159–60.
- Концепция развития в Российской Федерации системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, на период до 2025 года. Распоряжение Правительства РФ от 18 декабря 2021 г. № 3711-р 29 декабря 2021. Режим доступа: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/403212204/> (дата обращения 12.02.2025).
- Дымочка М. А., Струкова О. Г., Андреева О. С., Ярков А. А. Медико-социальный «портрет» инвалида вследствие военной травмы. В сб.: *Вопросы совершенствования системы медико-социальной экспертизы: современное состояние, тенденции и перспективы*. Сборник материалов научно-практической конференции. М., 2022. С. 16–27.
- Биденко Р. А., Мариненко А. М. Проблемы реабилитации военнослужащих, получивших инвалидность вследствие военной травмы. *Теория и практика военного образования*. 2024;3(2):18–24.
- Министерство труда и социальной защиты: официальный сайт. Режим доступа: <https://mintrud.gov.ru> (дата обращения 12.02.2025).
- Чайковский П. В., Биденко Р. А. Проблемы организации работы по трудоустройству сотрудников Росгвардии, принимавших участие в выполнении задач в условиях вооруженных конфликтов, получивших тяжелые увечья и признанных не годными к службе. *Военно-правовые и гуманитарные науки Сибири*. 2023;15(1):17–21.
- Нурова А. А. Комплексное изучение инвалидности и обоснование реабилитационных мероприятий для организации трудоустройства инвалидов вследствие военной травмы: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М.; 2023. 24 с.
- Министерство труда и социальной защиты: официальный сайт. Режим доступа: <https://mintrud.gov.ru> (дата обращения 12.02.2025).
- Tscymbalystov A. V., Volkova O. A., Kopytov A. A. Activating technologies of social service as a factor of improving social self-personality of elderly and disabled people in Russia. *Int. J. Pharm. Res.* 2018;10(4):346–9.

REFERENCES

- Kulagina E. V. Disability profile: demographic and regional aspects. *Regional economics: theory and practice*. 2016;(11):103 (in Russian).
- Nemtsveridze E. Ya. Methodological approaches to assessing economic damage due to disability of the able-bodied population in the Moscow region. *Social aspects of public health*. 2012;25(3):3 (in Russian).
- Nemtsveridze E. Ya. Disability among the able-bodied population as a medical and demographic problem. *Social aspects of public health*. 2012;1(23):4 (in Russian).
- Federal Law No. 181-FZ of November 24, 1995 “On Social Protection of Persons with Disabilities in the Russian Federation” (with amendments and additions dated October 29, 2024 No. 367-FZ). Available at: <https://base.garant.ru/10164504> (accessed 12.02.2025) (in Russian).
- Rostovskaya T. K., Fomina O. E. On the pilot project within the framework of the implementation of the strategy of actions to save men and support responsible fatherhood. *Social aspects of public health*. 2024;70(4):4 (in Russian).
- Rostovskaya T. K., Apolikhin O. I., Shabunova A. A. Strategy of actions for saving men and supporting responsible fatherhood. Eds T. K. Rostovskaya, A. A. Shabunova; Federal Research Sociological Center of the Russian Academy of Sciences, Institute of Demographic Research, Department of Social Sciences of the Russian Academy of Sciences, Scientific The Council of Demographic and Migration Problems of Russia. Vologda: VolSC RAS; 2023 (in Russian).
- Rostovskaya T. K. The role of men in modern Russian society. *Sociological Research*. 2023;(4):159–60 (in Russian).
- The concept of development in the Russian Federation of a comprehensive rehabilitation and habilitation system for the disabled, including children with disabilities, for the period up to 2025. Decree of the Government of the Russian Federation dated December 18, 2021 No. 3711-r December 29, 2021. Available at: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/403212204/> (accessed: 12.02.2025) (in Russian).
- Dymochka M. A., Strukova O. G., Andreeva O. S., Yarkov A. A. Medical and social “portrait” of a disabled person due to a military injury. In the collection: *Issues of improving the system of medical and social expertise: current state, trends and prospects*. Collection of materials of the scientific and practical conference. Moscow; 2022 (in Russian).
- Bidenko R. A., Marinenko A. M. Problems of rehabilitation of military personnel who have been disabled due to military trauma. *Theory and Practice Of Military Education*. 2024;2(3):18–24 (in Russian).
- Ministry of Labor and Social Protection: official website. Available at: <https://mintrud.gov.ru> (accessed 12.02.2025) (in Russian).
- Tchaikovsky P. V., Bidenko R. A. Problems of organizing the employment of Rosgvardiya employees who participated in the performance of tasks in armed conflicts, who were seriously injured and declared unfit for service. *Military Law and Humanities of Siberia*. 2023;1(15):17–21 (in Russian).
- Nurova A. A. Comprehensive study of disability and justification of rehabilitation measures for the organization of employment of persons with disabilities due to military trauma: Abstract dis. ... Cand. Med. Sci. Moscow; 2023 (in Russian).
- Ministry of Labor and Social Protection: official website. Available at: <https://mintrud.gov.ru> (accessed 12.02.2025) (in Russian).
- Tscymbalystov A. V., Volkova O. A., Kopytov A. A. Activating technologies of social service as a factor of improving social self-personality of elderly and disabled people in Russia. *Int. J. Pharm. Res.* 2018;10(4):346–9.
- Karayani Yu. M. Socio-psychological rehabilitation of combat invalids: Abstract dis. ... Doct. Psychol. Sci.: 19.00.05. Moscow; 2015 (in Russian).
- Karayani A. G., Syromyatnikov I. V. Psychological rehabilitation of military personnel Applied military Psychology. Moscow: Piter; 2006 (in Russian).

Поступила 10.01.2025
Принята в печать 11.03.2025

Сафонов А. Л., Шеожев Х. В., Некипелова Д. В.

ВОПРОСЫ ПОВЫШЕНИЯ УРОВНЯ ЗАНЯТОСТИ ЛЮДЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ В РОССИИ

ФГОБУ ВО «Финансовый университет при Правительстве Российской Федерации», 125993, г. Москва

В текущем периоде наша страна сталкивается с ростом дефицита работников во многих отраслях экономики. При этом уровень занятости среди граждан с установленной группой инвалидности остается достаточно низким, в частности по сравнению с развитыми странами, что может свидетельствовать о наличии определенных препятствий для их выхода на рынок труда. Авторы задаются вопросом поиска причин низкой занятости данной категории граждан и предлагают возможные варианты решения. В статье проведена оценка уровня занятости инвалидов и его динамики, систематизированы факторы, определяющие уровень занятости граждан с инвалидностью. Установлена четкая взаимосвязь этого показателя с тяжестью группы, исходя из чего можно сделать вывод, что сложнее всего решается вопрос трудоустройства инвалидов I и II групп. Часто проблема занятости таких граждан решается посредством социальной занятости, однако ее показатели невысоки. Но и с трудоустройством инвалидов менее тяжелой III группы возникают проблемы. Авторы приходят к выводу, что необходимо реализовать комплексный подход к трудоустройству инвалидов, но в то же время придерживаться дифференцированного подхода в зависимости от группы, характеризующей тяжесть заболевания, и вида функционального нарушения.

Ключевые слова: люди с ограниченными возможностями; занятость; рынок труда; занятость лиц с ограниченными возможностями; квотирование рабочих мест для инвалидов; социальная занятость.

Для цитирования: Сафонов А. Л., Шеожев Х. В., Некипелова Д. В. Вопросы повышения уровня занятости людей с ограниченными возможностями в России. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2025;33(3):383—390. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2025-33-3-383-390>

Для корреспонденции: Некипелова Дарья Валерьевна, канд. экон. наук, старший научный сотрудник Института региональной экономики и межбюджетных отношений ФГОБУ ВО «Финансовый университет при Правительстве Российской Федерации». e-mail: dvnekipelova@fa.ru

Safonov A. L., Sheozhev H. V., Nekipelova D. V.

THE ISSUES OF INCREASING OF EMPLOYMENT LEVEL OF PERSONS WITH RESTRICTED POSSIBILITIES IN RUSSIA

The Federal State Educational Budgetary Institution of Higher Education “Financial University under the Government of the Russian Federation”, 125993, Moscow, Russia

In the current period, Russia faces increasing shortage of workers in many sectors of economy. At that, employment rate among citizens with established disability group remains quite low as compared with developed countries that may testify presence of certain obstacles for their appearance at labor market. The study contemplated to find out causes of low employment of this category of citizens and to propose alternative solutions. The article assesses level of employment of the disabled and its dynamics. The factors determining level of employment of citizens with disabilities are systematized. There legible relationship between this indicator and severity of the group is established. The conclusion is made that the most complicated solution concerns issue of employment of the disabled with groups I and II. Very often the problem of employment of such citizens is resolved by social employment but its indicators are low. However, the problems of employment occur and in the group of the less seriously disabled of group III. The conclusion is made that it is necessary to implement comprehensive approach to employment of the disabled. At the same time, it is reasonable to follow differentiated approach depending on the group characterizing severity of disease and type of functional disorder.

Keywords: the disabled; disability; employment; labor market; workplace quotas for the disabled; social employment.

For citation: Safonov A. L., Sheozhev H. V., Nekipelova D. V. The issues of increasing of employment level of persons with restricted possibilities in Russia. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2025;33(3):383–390 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2025-33-3-383-390>

For correspondence: Nekipelova D. V., candidate of economical sciences, the Senior Researcher of the Institute of Regional Economics and Inter-Budget Relations of the Federal State Educational Budgetary Institution of Higher Education “Financial University under the Government of the Russian Federation”. e-mail: dvnekipelova@fa.ru

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

Acknowledgment. The article was prepared based on the results of research carried out at the expense of budgetary funds under the state assignment of the Federal State Educational Budgetary Institution of Higher Education “Financial University under the Government of the Russian Federation”.

Received 01.08.2024

Accepted 30.10.2024

Введение

Возможность трудиться и получать достойную оплату труда является важной составляющей полноценной жизни взрослого человека трудоспособного возраста. Однако есть категория граждан, которая ввиду различных обстоятельств не может в

полной мере реализовать свой трудовой потенциал — это лица с ограниченными возможностями здоровья (ЛОВЗ), находящиеся в трудоспособном возрасте. Иногда эта невозможность является следствием стойких функциональных ограничений организма, приводящих к объективным затруднениям в осуществлении трудовой функции. Но чаще всего

это следствие дискриминации по отношению к данной категории граждан, которая обусловлена устойчивостью определенных стереотипов, закрепившихся в обществе. Это приводит к профессиональной эксклюзии граждан с установленной группой инвалидности, невозможности трудиться и получать достойную оплату своего труда. Проблема занятости ЛОВЗ является общемировой, однако существует определенное межстрановое различие, объясняющееся в первую очередь уровнем социально-экономического развития государства — он выше в развитых странах (50—70%) и существенно ниже в развивающихся странах (80—90%)¹.

В России в последнее время уделяется большое внимание вопросу повышения уровня участия ЛОВЗ в занятости на рынке труда. В связи с этим была принята Концепция повышения уровня занятости инвалидов до 2030 г. [1], усилен ряд регуляторных мер. В частности, повышен лимит создания квотируемых рабочих мест. Для нашей страны проблема повышения уровня занятости ЛОВЗ имеет особую актуальность в силу ряда факторов. Во-первых, демографического. Начиная с периода распада СССР наша страна сталкивается с планомерным сокращением рождаемости и одновременным ростом смертности, что в совокупности приводит к сокращению численности населения, в том числе трудоспособного возраста. Как отмечено в аналитических материалах, убыль населения в нашей стране является долгосрочной тенденцией. Согласно прогнозам Организации Объединенных Наций (ООН), к 2100 г. общая численность населения нашей страны составит 126,4 млн, т. е. сократится относительно показателя текущего года на 17,4 млн человек². Сокращение общей численности населения неминуемо скажется и на численности граждан трудоспособного возраста, что приведет к росту демографической нагрузки и дефициту кадров во многих отраслях экономики. В этом контексте решение вопроса о повышении уровня занятости ЛОВЗ трудоспособного возраста может рассматриваться как использование резерва рабочей силы. Для России это актуально и в настоящий момент, когда в условиях роста экономики наша страна сталкивается с дефицитом кадров во многих ее отраслях. Во-вторых, по мере развития общества меняется и отношение к ЛОВЗ. В последние годы на международном и местном государственном уровне наблюдается заметная трансформация отношения к ЛОВЗ от позиционирования их как социальных иждивенцев до восприятия как полноценных членов общества, которым просто требуются особые условия для реализации своего потенциала. В-третьих, проблема повышения

уровня занятости ЛОВЗ особенно актуальна для России в условиях ведения специальной военной операции (СВО), в ходе которой неизбежно должен вырасти уровень инвалидизации ее участников. Уже сегодня, по прошествии почти 3 лет с момента начала СВО, вопросам реабилитации ветеранов боевых действий с инвалидностью, в том числе трудовой реабилитации, уделяется особое внимание.

Материалы и методы

Анализ выполнен на основе метода контент-анализа. Проанализированы релевантные нормативно-правовые документы, данные статистики, исследования и публикации по соответствующей тематике. Методы исследования: контент-анализ, факторный анализ, сводка и группировка, метод сравнения и экстраполяции.

Результаты исследования

Во всем мире наблюдается разрыв между уровнем занятости граждан с инвалидностью и без таковой, наша страна не составляет исключения (рис. 1). В среднем в странах ОЭСР³ такой разрыв составляет около 30%, где-то меньше, как, например, в Швейцарии (16%), Канаде (18%), Великобритании (27%), где-то больше, как в Бельгии (32%), США (39%) и Испании (33%). В России, по данным Росстата, такой разрыв составляет 59%.

Основным документом, регулирующим на международном уровне вопросы полноценной реализации прав инвалидов, является Конвенция ООН о правах инвалидов, принятая резолюцией Генеральной Ассамблеи от 13 декабря 2006 г.⁴. Именно в этом документе закреплено право инвалидов на труд наравне со всеми. В этой связи не вызывает сомнений то, что занятость является важной составляющей процесса реабилитации и социализации граждан с инвалидностью. В соответствии со ст. 9 Федерального закона от 24.11.1995 № 181-ФЗ (ред. от 29.10.2024) «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» реабилитация и абилитация инвалидов направлены на компенсацию ограничений жизнедеятельности в целях их интеграции в общество и достижения материальной независимости [2], т. е. по сути эти процессы направлены не только на улучшение здоровья, но и на достижение самостоятельности и максимальное включение в социальную жизнь. Соответствующие пункты о необходимости переквалификации или содействия занятости инвалида включены в индивидуальные программы реабилитации (ИПР), однако исследователи отмечают крайне низкие показатели по реализации рекомендаций получения профессии, в том числе новой, повышения квалификации, уровня общего (профессионального) образования и создания специального рабочего места для трудоустройства (0,2—0,8%) [3].

¹ Department of Economic and Social Affairs Disability and Employment. Режим доступа: <https://www.un.org/development/desa/disabilities/resources/factsheet-on-persons-with-disabilities/disability-and-employment.html#:~:text=Global,between%2050%25%20and%2070%25> (дата обращения 03.02.2025).

² United Nations Department of Economic and Social Affairs Population Division World Population Prospects 2024. Режим доступа: <https://population.un.org/wpp/> (дата обращения 03.02.2025).

³ Организация экономического сотрудничества и развития.

⁴ Режим доступа: https://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/disability.shtml (дата обращения 19.01.2025).

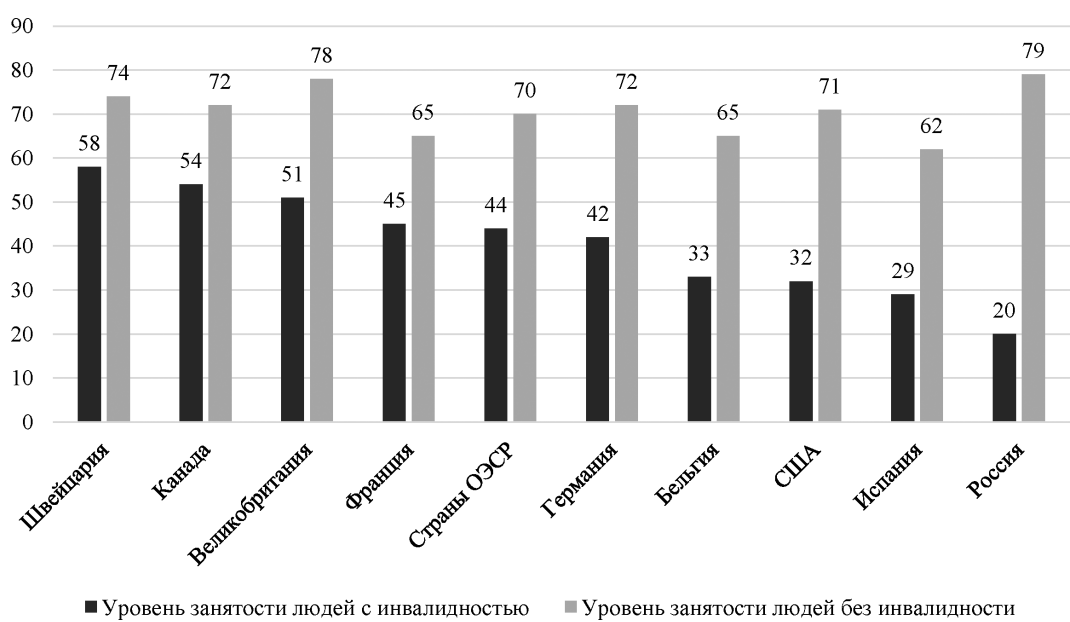


Рис. 1. Уровень занятости людей с инвалидностью и без таковой в странах ОЭСР и России (в %).

Составлено авторами по данным:
The Employment Gap for People With Disabilities. Режим доступа: <https://www.statista.com/chart/32005/people-with-vs-without-disabilities-employment/> (дата обращения 19.01.2025).
Показатели занятости и безработицы лиц, имеющих инвалидность. Режим доступа: https://rosstat.gov.ru/storage/mediabank/Invalid_trud_ors.xlsx (дата обращения 19.01.2025).

В России численность граждан с инвалидностью составляет (по итогам 2023 г.) около 11 млн, что составляет около 8% общей численности населения страны. Из них 3,2 млн инвалидов, или около 30%, находятся в трудоспособном возрасте. В целом в нашей стране в последние годы наблюдается как сокращение численности граждан с установленной группой инвалидности, так и численности занятых граждан с инвалидностью (рис. 2).

С 2018 г. общая численность граждан с инвалидностью сократилась на 1178 тыс., при этом численность граждан с инвалидностью трудоспособного возраста за это же время сократилась на 345 тыс. Численность занятых граждан с инвалидностью сократилась с 2018 по 2022 г. всего на 136 тыс., однако в 2023 г. стала расти, увеличившись относительно прошлогоднего показателя на 94 тыс. человек. Доля занятых инвалидов в 2023 г. составила около 50%

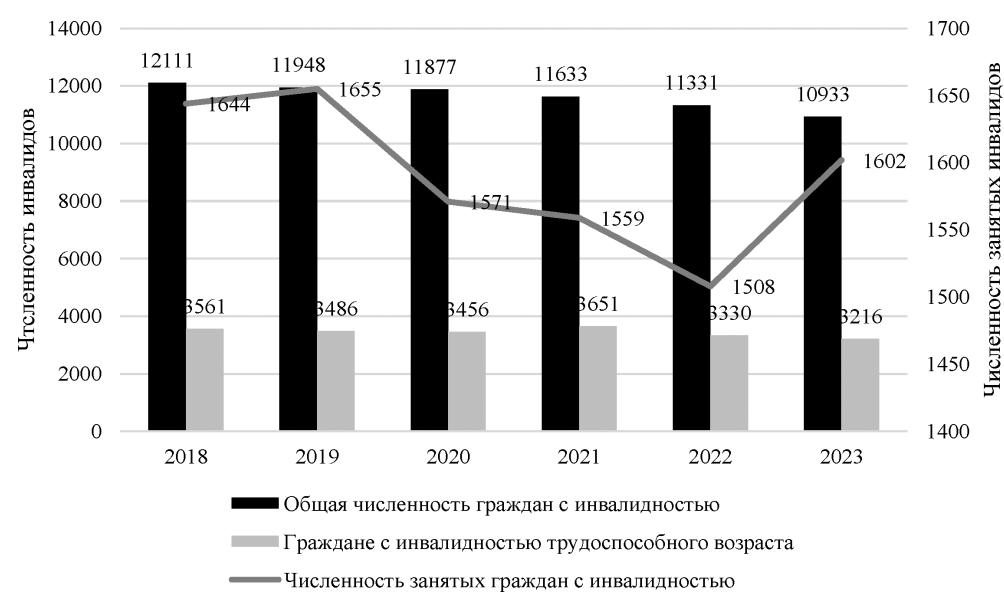


Рис. 2. Динамика численности граждан с инвалидностью, граждан с инвалидностью трудоспособного возраста и занятых граждан с инвалидностью (в тыс. человек).

Составлено авторами по данным Росстата:
Показатели занятости и безработицы лиц, имеющих инвалидность. Режим доступа: https://rosstat.gov.ru/storage/mediabank/Invalid_trud_ors.xlsx (дата обращения 19.01.2025).

таких граждан в трудоспособном возрасте. Уровень безработицы для данной категории граждан в 2021 г. составлял 22,5%, в 2022 г. — 15,9%, в 2023 г. — 18,7%, что значительно превышает уровень безработицы, находящийся в диапазоне от 5,0 до 3,2% среди граждан трудоспособного возраста без инвалидности в тот же период.

Среди причин, препятствующих повышению уровня занятости граждан с инвалидностью, по мнению авторов, можно выделить две основные группы — объективные и субъективные. К объективным причинам относится все что связано с состоянием здоровья человека: характер его заболевания, способность справляться с его последствиями, в том числе психологическими, характер и своевременность оказания медицинской помощи и социального обслуживания, эффективность программы реабилитации, наличие технических средств реабилитации (ТСР). Все это непосредственным образом сказывается на качестве и образе жизни человека и определяет его мотивацию к труду. Может быть так, что характер стойких функциональных ограничений и их тяжесть приводят человека только к базовому существованию, посвященному преодолению последствий имеющегося заболевания. Так, согласно результатам выборочного обследования пенсионеров-инвалидов по причинам, побуждающим работать, около 70% заявляют о невозможности работать, 28,6% не хотят работать и только 1,7% из них заявляют о своем желании работать⁵. К субъективным причинам можно отнести все, что зависит от окружающих людей, — это отношение к инвалидам в обществе, наличие стереотипов, инклюзивная среда, позиция работодателей. Даже при наличии желания работать часто инвалиды сталкиваются с непреодолимыми обстоятельствами, делающими его реализацию трудно выполнимой. Работодатели весьма неохотно рассматривают граждан с инвалидностью в качестве потенциальных работников, связывая с ними слишком высокие издержки на оборудование рабочих мест и предоставление всех положенных по закону социальных гарантий (дополнительные дни отпуска, больничные, соблюдение графика и режима работы и др.). Работодатели же, которые готовы рассматривать таких работников, зачастую предлагают им слишком невыгодные условия труда и заработной платы. Так, согласно данным статистики, самой распространенной причиной отказа инвалида от предлагаемой работы является низкий уровень оплаты труда⁶. В свою очередь сами инвалиды из числа тех, кто хочет работать, в основном готовы рассматривать предложения на неполный рабочий день или рабочую неделю, но количество таких вакансий, как правило, ограничено, работодатели в соответствии с рыночными условиями в основном ищут кандидатов на полный рабочий

день и неделю. Инвалидам может быть тяжело трудиться в режиме полной занятости, что объективно ввиду состояния их здоровья. В то же время график работы и количество часов определяют уровень оплаты труда. Гражданам с инвалидностью и так предлагают не самые высокооплачиваемые вакансии. В то же время доказано, что возможность самостоятельно зарабатывать деньги положительным образом сказывается на уровне мотивации [4]. Базовая мотивация у инвалидов обусловлена необходимостью удовлетворения жизненно важных потребностей человека в еде, лекарствах. Она покрывается пенсией по инвалидности, поэтому отсутствие базовой мотивации приводит к обострению социальной изоляции, развитию замкнутости, сосредоточенности на своем здоровье, что приводит в результате к утрате мотивации к труду.

Отдельно, по мнению авторов, необходимо выделить и институциональные причины, к которым могут относиться несовершенство механизма межведомственного взаимодействия по вопросам занятости инвалидов, а также меры социальной политики в части соблюдения баланса: с одной стороны, обеспечения необходимой поддержки социально уязвимым группам населения, а с другой — недопущения поддержки позиции социального иждивенчества [5].

Состояние здоровья является объективной причиной, влияющей на мотивацию инвалида к труду [6], однако это не означает, что на данное обстоятельство нельзя влиять путем создания необходимых условий. Но на первом этапе необходимо достоверно выявить причины, которые препятствуют улучшению самочувствия инвалидов, выявить их потребности и предложить решение. Так, результаты исследования [7] показали, что на мотивацию к труду среди инвалидов вследствие военной травмы непосредственным образом влияет возможность самостоятельно передвигаться, и у них же наблюдается достаточно высокая потребность в ТСР. Аналогичный вывод можно найти и в других исследованиях [8]: «государственные гарантии доступности и качества изделий протезов верхних и нижних конечностей, их постоянная инновационная модернизация» положительно влияют на повышение включенности инвалидов, имеющих соответствующие ограничения жизнедеятельности, в рынок труда. Получается, что необходимо избегать замкнутого круга, когда человек с инвалидностью слишком концентрируется на состоянии своего здоровья, замыкается в себе, ощущает себя брошенным со своей бедой и теряет мотивацию к социализации и занятости. Во многом внешняя среда формирует у него представления о его положении в обществе и ощущение социальной исключенности и не востребоваемости. Поэтому можно допустить что создание качественной инклюзивной среды, развитие медицинской помощи и повышение обеспеченности ТСР будет положительным образом влиять на способность и желание трудиться даже у людей с весьма

⁵ Распределение инвалидов в возрасте 16 лет и более по причинам поиска работы. Режим доступа: https://rosstat.gov.ru/storage/mediabank/pi_4.20_2011-2023.xlsx (дата обращения 19.01.2025).

⁶ Там же.

Здоровье и общество

тяжелыми стойкими нарушениями функций организма.

Всего выделяют три группы инвалидности, характеризующие тяжесть наличия функциональных ограничений — это I, II и III группы. I группа инвалидности присваивается людям с наиболее серьезными нарушениями здоровья, которые существенно ограничивают их жизнедеятельность. Это самая «тяжелая» группа с точки зрения заболеваний. Такие лица часто неспособны самостоятельно справляться с повседневными задачами, передвигаться, общаться или контролировать свои действия, поэтому им требуются постоянная поддержка и уход.

Основные критерии для определения I группы инвалидности:

- Значительная или полная утрата способности к самообслуживанию — человек не может выполнять базовые бытовые действия (одеваться, принимать пищу, соблюдать гигиену) без помощи других.
- Невозможность самостоятельного передвижения — передвижение возможно только с использованием специальных средств или с поддержкой других людей.
- Нарушения ориентации — человек может теряться в пространстве, не понимать, где находится, или не осознавать текущее время.
- Трудности в общении — из-за физических или психических нарушений человек не может нормально взаимодействовать с окружающими.
- Отсутствие контроля над поведением — в некоторых случаях требуется постоянное наблюдение из-за психических расстройств или других заболеваний.

К этой категории относятся люди с тяжелыми и необратимыми нарушениями функций внутренних органов, органов чувств, ампутациями или деформациями конечностей, а также с тяжелыми нервно-психическими расстройствами.

Заболевания, которые могут стать основанием для присвоения I группы инвалидности:

1. Тяжелые поражения опорно-двигательной системы:
 - паралич или частичная утрата подвижности конечностей (например, после травм спинного или головного мозга);
 - тяжелые формы артритов, артрозов, анкилозирующего спондилита;
 - врожденные или приобретенные деформации конечностей или позвоночника;
 - остеопороз, сопровождающийся частыми переломами и выраженными деформациями.
2. Заболевания нервной системы:
 - тяжелые формы детского церебрального паралича;
 - последствия инсультов с полной или частичной утратой функций;
 - болезнь Паркинсона, рассеянный склероз в тяжелой стадии;

- эпилепсия с частыми и тяжелыми приступами.

3. Психические расстройства:

- тяжелые формы шизофрении;
- умственная отсталость в тяжелой степени;
- деменция (например, при болезни Альцгеймера);
- тяжелые депрессивные или биполярные расстройства.

4. Онкологические заболевания: тяжелые формы рака с метастазами и выраженной интоксикацией, состояния после радикального лечения с утратой функций органов.

5. Заболевания сердечно-сосудистой системы: тяжелая сердечная недостаточность, тяжелые формы ишемической болезни сердца.

6. Заболевания органов дыхания: тяжелая дыхательная недостаточность (например, при хронической обструктивной болезни легких или фиброзе легких).

7. Нарушения зрения и слуха: полная слепота на оба глаза, глухота в сочетании с другими нарушениями.

II группа устанавливается для людей с заболеваниями средней степени тяжести, которые частично способны ухаживать за собой и выполнять некоторые виды деятельности. Однако для этого им необходимо специально оборудованное рабочее место и соблюдение определенных условий труда. К этой группе относятся лица с нервно-психическими и хирургическими заболеваниями, стойкими нарушениями функций желудочно-кишечного тракта, опорно-двигательного аппарата (тяжелые нарушения функций позвоночника, артриты, остеопороз, а также врожденные аномалии костей и суставов), анатомическими дефектами, а также с заболеваниями органов зрения, слуха, сердечной и почечной недостаточностью.

III группа включает людей с незначительными, но устойчивыми ограничениями в функциональности. Такие лица способны самостоятельно выполнять основные повседневные задачи, однако для решения более сложных вопросов им может потребоваться помощь. III группа инвалидности характеризуется как умеренная степень ограничения физической и/или психической активности. Условием присвоения данной группы является сохранение способности к обучению в обычных учебных заведениях и способность трудиться, а также способность к общению, ориентированию во времени и пространстве. Данная группа может назначаться при заболеваниях внутренних органов, онкологии, заболеваниях органов слуха, зрения и обоняния, нервных и психических расстройствах, заболеваниях центральной нервной системы, заболеваниях сердечно-сосудистой системы, сахарном диабете.

На сегодняшний день в России наблюдается ярко выраженная взаимосвязь тяжести группы инвалидности и уровнем занятости (см. таблицу). К сожалению, отсутствуют данные о разбивке численности инвалидов трудоспособного возраста по группам

Численность и занятость инвалидов по группам (в тыс. человек)

Группа инвалидности	2016 г.	2017 г.	2018 г.	2019 г.	2020 г.	2021 г.	2022 г.	2023 г.
I								
Всего	1283	1309	1466	1433	1422	1367	1304	1282
Занято	82 (6,4)	69 (5,3)	49 (3,3)	53 (3,7)	40 (2,8)	43 (3,1)	47 (3,6)	56 (4,4)
II								
Всего	6250	5921	5552	5356	5209	4982	4745	4506
Занято	939 (15)	704 (11,9)	557 (10)	556 (10,4)	525 (10,1)	511 (10,3)	489 (10,3)	514 (11,4)
III								
Всего	4601	4395	4442	4488	4556	4578	4553	4423
Занято	1520 (33)	1235 (28,1)	1038 (23,4)	1046 (23,3)	1006 (22,1)	1005 (22)	972 (21,3)	1031 (23,3)

Пр и м е ч а н и е. В скобках — проценты. Составлено и рассчитано авторами по данным Росстата: Сведения о работающих инвалидах, состоящих на учете в системе Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации. Режим доступа: https://rosstat.gov.ru/storage/mediabank/PI_4.1.xlsx (дата обращения 19.01.2025).

инвалидности, существует только общая оценка численности инвалидов по группам, но и этого достаточно, чтобы произвести оценку. Так, среди инвалидов I группы в 2023 г. было занято только 56 тыс. человек, при том что в 2016 г. при такой же совокупной их численности занятые составляли 82 тыс. человек, снижение составило около 32%. Доля занятых по данной группе инвалидности в 2023 г. составила 4,4%, тогда как в 2016 г. она составляла 6,4%. По II группе инвалидности доля занятых в 2016 г. составляла 15,0%, а в 2023 г. снизилась до 11,4%, при этом общая численность инвалидов этой группы также снизилась с 6250 до 4506 тыс. (почти на 28%), а численность занятых по данной группе снизилась с 939 до 514 тыс. человек (на 45%). Следует отметить, что именно на II группу инвалидности пришлось самое большое сокращение общей численности инвалидов. В то время как в III группе общая численность инвалидов сократилась на 178 тыс. человек, численность занятых инвалидов II группы сократилась на 489 тыс. человек. В относительном выражении III группа имеет самый высокий показатель занятости, в 2016 г. он составил 33%, однако в 2023 г. заметно снизился почти на 10% и составил 23,3%.

Таким образом, тяжесть группы непосредственным образом связана с интенсивностью участия в занятости, что является вполне справедливой закономерностью и подтверждает тезис о том, что тяжесть стойких нарушений функции организма определяет способность к труду.

Согласно экспертным оценкам, фактор состояния здоровья имеет самое высокое влияние на трудовую деятельность инвалидов со значительными нарушениями здоровья, к основным из них относятся выраженные нарушения функций организма человека III степени (70—80%) и стойкие умеренные нарушения психических функций II степени (60%) при умственной отсталости, болезнях нервной системы, а также стойкие значительно выраженные нарушения функций организма человека IV степени (90—100%), обусловленные болезнями глаза и его придаточного аппарата, болезнями костно-мышечной системы и соединительной ткани, травмами, отравлениями и другими последствиями воздействия внешних причин со стабильным или медленно прогрессирующим течением болезни. Ко второй группе

факторов относят факторы «активности и участия», т. е. факторы, определяющие сохранение способности обучаться и быть включенным в трудовую среду, даже с условием помощи со стороны третьих лиц. Наконец, факторы «контекста», к которым относятся наличие доступной среды (в контексте лечебно-производственных мастерских) и личностные качества индивидуума [9].

С точки зрения трудоустройства самыми «тяжелыми» являются I и II группы инвалидности, т. е. группы, для которых требуется создание специальных рабочих мест, особые условия труда и процесс адаптации. Имея значительные стойкие нарушения функции организма, такие люди испытывают наиболее низкую мотивацию к труду и пользуются наименьшим спросом со стороны работодателей из-за низкого трудового потенциала. Поэтому их занятость в основном развивается в рамках так называемой социальной занятости. В особенности это касается инвалидов с психическими расстройствами и расстройствами поведения. Для них правильно организованные формы и виды трудовой деятельности являются важной частью реабилитации и социальной интеграции. Организация социальной занятости находится в ведении не государственной службы занятости, а службы социального обеспечения. К организациям, уполномоченным на организацию социальной занятости, относятся реабилитационные организации, организации системы социальной защиты и социального обслуживания, а также организации, осуществляющие деятельность по сопровождаемой трудовой деятельности инвалидов.

Социальная занятость предполагает выполнение несложной работы, не требующей наличия специальных навыков или высокой квалификации, однако такая занятость не предполагает высокой оплаты труда и может даже не предполагать ее вовсе [10, 11]. Однако социальная занятость не является формой трудоустройства в соответствии с трудовым законодательством РФ. По данным Минтруда России по состоянию на 1 марта 2024 г., работа по организации сопровождаемой трудовой деятельности инвалидов ведется в 65 субъектах РФ ⁷. Однако показатели численности включенности инвалидов I и II группы в социальную занятость достаточно невысоки: из 4904 человек трудоспособного возраста, обратившихся в 2023 г. в Государственную службу заня-

Здоровье и общество

тости по вопросу трудоустройства, были включены в сопровождаемую трудовую деятельность 1951 человек (около 40%) [1].

Самой перспективной в плане трудоустройства является III группа, по ней же наблюдается и самый высокий показатель уровня занятости среди инвалидов. Но здесь можно обнаружить другие проблемы, уже более субъективного свойства, а именно — качество состояния интеграционной среды. Помимо инфраструктурных барьеров (транспортная доступность, оборудованность пандусами, средствами аудиосопровождения и т. д.) на первый план выходит проблема самого восприятия граждан с инвалидностью в социально-трудовой среде. Большинство работодателей не желают брать на себя повышенные социальные обязательства [12]. Все же, по восприятию работодателей, инвалиды являются «проблемной» категорией работников из-за необходимости соблюдения медико-социальных рекомендаций, повышенного внимания со стороны трудовой инспекции, возможных частых больничных. Поэтому зачастую наблюдается перекос в балансе спроса и предложения, возможные риски, связанные с таким работником, работодатель может компенсировать за счет более низкого уровня оплаты труда [13], а это обстоятельство весьма трудно контролировать со стороны трудовой инспекции, во-первых, из-за заявительного характера рассмотрения нарушений, а во-вторых, из-за опасения инвалида потерять работу.

Заключение

Развитие занятости инвалидов является перспективным направлением с точки зрения реализации трудового потенциала данной категории граждан, в чем заинтересована и российская экономика. Однако этому препятствуют субъективные и объективные факторы, для устранения которых необходимы разные подходы. Так, чтобы влиять на факторы объективного свойства, т. е. связанные с состоянием здоровья, необходимо развивать медицинскую и социальную помощь инвалидам, предоставление ТСП и протезирования. Что касается субъективных факторов (качества инклюзивной среды, механизмов квотирования рабочих мест, восприятия работников с инвалидностью работодателями как проблемных), здесь необходимо совершенствование подходов, переход от формализованных процессов к практическим. В целом авторы предлагают рассматривать процесс трудоустройства инвалидов как комплексное мероприятие, но в то же время придерживаться дифференцированного подхода в зависимости от тяжести нарушения (группы инвалидности) и его вида.

Статья подготовлена по результатам исследований, выполненных за счет бюджетных средств по государственному заданию Финуниверситета.

⁷ Согласно Концепции по повышению уровня занятости инвалидов в Российской Федерации на период до 2030 года, к 2030 г. все 89 субъектов РФ должны организовать услуги по сопровождаемой трудовой деятельности, это является целевым показателем.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Распоряжение Правительства Российской Федерации от 2 сентября 2024 г. № 2401-р «Об утверждении Концепции по повышению уровня занятости инвалидов в Российской Федерации на период до 2030 г. и плана мероприятий по реализации Концепции по повышению уровня занятости инвалидов в Российской Федерации на период до 2030 г.». Режим доступа: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/409520665/> (дата обращения 21.01.2025).
2. Федеральный закон «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» от 24.11.1995 № 181-ФЗ (последняя редакция). Режим доступа: <https://normativ.kontur.ru/document?moduleId=1&documentId=490573> (дата обращения 21.01.2025).
3. Пузин С. Н., Шургая М. А., Меметов С. С., Ачкасов Е. Е., Поросян Г. Э., Лялина И. В., Омаров С. А., Пузин С. С., Гигинеишвили Д. Н. Инвалидность в XXI веке. Состояние, проблемы медико-социальной реабилитации и абилитации инвалидов в современной России. *Медико-социальная экспертиза и реабилитация*. 2018;21(1-2):10—7. doi: 10.18821/1560-9537-2017-21-1-10-17
4. Vohs K., Mead N., Goode M. The Psychological Consequences of Money. *Science (New York, N.Y.)*. 2006;314:1154—6. doi: 10.1126/science.1132491
5. Локтюхина Н. В., Буранкова М. А. Противоречия между системами «содействие занятости» и «социальная защита» при трудоустройстве граждан с пониженной конкурентоспособностью на рынке труда. *Уровень жизни населения регионов России*. 2022;(3):330—41.
6. Тарабан О. В., Седых О. Г. Проблемы реализации занятости инвалидов: мнение экспертов. *Экономика труда*. 2022;(2):321—32.
7. Карасаева Л. А., Смекалкина Л. В., Зилов В. Г., Нурова А. А., Фролов В. А. Разработка реабилитационных мероприятий, способствующих трудоустройству инвалидов вследствие военной травмы. *Вестник новых медицинских технологий*. 2023;(1):95—9.
8. Фадин Н. И. Роль и влияние развития протезостроения верхних и нижних конечностей на полномасштабную социальную интеграцию трудоспособных инвалидов. *Социально-трудовые исследования*. 2024;55(2):127—45.
9. Старобина Е. М., Владимиров О. Н., Давыдов А. Т., Разумовский М. И., Кожушко Л. А. Факторы, определяющие трудовую деятельность инвалидов со значительными нарушениями здоровья. *Медико-социальная экспертиза и реабилитация*. 2017;20(1):19—24. doi: 10.18821/1560-9537-2017-20-1-19-24
10. Приказ Минтруда России от 28 июля 2023 г. № 605н «Об утверждении примерного порядка организации социальной занятости инвалидов». Режим доступа: <http://publication.pravo.gov.ru/document/0001202308280013> (дата обращения 21.01.2025).
11. Старобина Е. М., Гордиевская Е. О., Рябцев М. В. Организация социальной занятости инвалидов: Методические рекомендации. СПб.: ФГБУ ФНОЦ МСЭ и Р им. Г. А. Альбрехта Минтруда России; ООО «ЦИАЦАН»; 2024. 81 с.
12. Tscymbalystov A. V., Volkova O. A., Kopytov A. A. Activating technologies of social service as a factor of improving social self-personality of elderly and disabled people in Russia. *Int. J. Pharm. Res.* 2018;10(4):346—9.
13. Рязанцев В. И. Качество занятости людей с инвалидностью и ее влияние на их качество жизни. *Уровень жизни населения регионов России*. 2023;(3):432—43.

Поступила 01.08.2024
Принята в печать 30.10.2024

REFERENCES

1. Order of the Government of the Russian Federation of September 2, 2024 No. 2401-r "On approval of the Concept for increasing the level of employment of persons with disabilities in the Russian Federation for the period up to 2030 and the action plan for the implementation of the Concept for increasing the level of employment of persons with disabilities in the Russian Federation for the period up to 2030". Available at: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/409520665/> (accessed 21.01.2025) (in Russian).

2. Federal Law "On social protection of persons with disabilities in the Russian Federation" dated November 24, 1995 No. 181-FZ (latest revision) (in Russian).
3. Puzin S. N., Shurgaya M. A., Memetov S. S., Achkasov E. E., Pogoyan G. E., Lyalina I. V., Omarov S. A., Puzin S. S., Gigineishvili D. N. Disability in the XXI century. The state, problems of medical and social rehabilitation and habilitation of disabled people in modern Russia. *Medical and Social Examination and Rehabilitation*. 2018;21(1-2):10–7. doi: 10.18821/1560-9537-2017-21-1-10-17 (in Russian).
4. Vohs K., Mead N., Goode M. The Psychological Consequences of Money. *Science (New York, N.Y.)*. 2006;314:1154–6. doi: 10.1126/science.1132491
5. Loktyukhina N. V., Burankova M. A. Contradictions between the systems of "employment assistance" and "social protection" in the employment of citizens with reduced competitiveness in the labor market. *The Standard of Living of the Population of the Regions of Russia*. 2022;(3):330–41 (in Russian).
6. Taraban O. V., Sedykh O. G. Problems of implementing employment of disabled people: expert opinion. *Labor Economics*. 2022;(2):321–32 (in Russian).
7. Karasayeva L. A., Smekalkina L. V., Zilov V. G., Nurova A. A., Frolov V. A. Development of rehabilitation measures to promote the employment of disabled people due to military injury. *VNMT*. 2022;(2):321–32 (in Russian).
8. Fadin N. I. The role and influence of the development of prosthetic manufacturing of the upper and lower limbs on the full-scale social integration of able-bodied disabled people. *Social and Labor Research*. 2024;55(2):127–45 (in Russian).
9. Starobina E. M., Vladimirova O. N., Davydov A. T., Razumovsky M. I., Kozhushko L. A. Factors determining the work activity of disabled people with significant health impairments. *Medical and Social Examination and Rehabilitation*. 2017;20(1):19–24. doi: 10.18821/1560-9537-2017-20-1-19-24 (in Russian).
10. Order of the Ministry of Labor of Russia dated July 28, 2023 No. 605n "On approval of the approximate procedure for organizing social employment of disabled people". Available at: <http://publication.pravo.gov.ru/document/0001202308280013> (accessed 21.01.2025) (in Russian).
11. Starobina E. M., Gordievskaya E. O., Ryabtsev M. V. Organization of social employment of disabled people: Methodological recommendations. St. Petersburg: Federal State Budgetary Institution Federal Scientific Center for Medical and Social Expertise and R. G. A. Albrecht of the Ministry of Labor of Russia, LLC "TsI-ATSAN"; 2024. 81 p. (in Russian).
12. Tscymbalystov A. V., Volkova O. A., Kopytov A. A. Activating technologies of social service as a factor of improving social self-personality of elderly and disabled people in Russia. *Int. J. Pharm. Res*. 2018;10(4):346–9.
13. Ryazantsev V. I. Quality of employment of people with disabilities and its impact on their quality of life. *Standard of Living of the Population of the Regions of Russia*. 2023;(3):432–43 (in Russian).

Моисеева К. Е.¹, Белохов Н. В.¹, Симченко Н. А.², Резник В. А.¹, Симченко А. Е.¹

ОЦЕНКА ДОСТУПНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЖИТЕЛЯМ СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ

¹ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России, 194100, г. Санкт-Петербург;

²ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет», 199034, г. Санкт-Петербург

Исследована динамика показателей и индикаторов, характеризующих доступность медицинской помощи населению, проживающему в сельской местности. В основу оценки доступности медицинской помощи положен динамический анализ периода до и после реализации Национальных проектов России «Здоровье», «Образование», «Жилье», «Сельское хозяйство». За период 2014–2023 гг. выявлено, что в ходе реализации Национальных проектов произошло значительное улучшение качества структуры оказания медицинской помощи, что должно было положительно повлиять на повышение доступности медицинской помощи сельским жителям. Однако нерешенной остается проблема кадрового дефицита, поскольку при росте укомплектованности врачами, который в значительной мере обусловлен уменьшением числа медицинских организаций, продолжается дальнейшее снижение показателей обеспеченности сельского здравоохранения медицинскими кадрами. Более того, оценка доступности медицинской помощи в стационарах показала снижение уровня обеспеченности сельского населения больничными койками и частоты госпитализации сельского населения. Исследование выявило, что во всех без исключения федеральных округах России имеются проблемы в доступности медицинской помощи сельскому населению. Несмотря на положительную динамику, связанную с реализацией государственных программ, сделан вывод о необходимости повышения доступности медицинской помощи сельскому населению на основе улучшения выездных форм работы в отдаленных населенных пунктах, повышения медицинской активности со стороны жителей сельской местности.

Ключевые слова: медицинская помощь; доступность медицинской помощи; жители сельской местности; обеспеченность врачами и койками; оценка доступности медицинской помощи.

Для цитирования: Моисеева К. Е., Белохов Н. В., Симченко Н. А., Резник В. А., Симченко А. Е. Оценка доступности медицинской помощи жителям сельской местности. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2025;33(3):391–400. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2025-33-3-391-400>

Для корреспонденции: Симченко Наталия Александровна, д-р экон. наук, профессор, и. о. зав. кафедрой экономической теории и экономической политики ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет», e-mail: natalsimchenko@yandex.ru

Moiseeva K. E.¹, Belokhov N. V.¹, Simchenko N. A.², Reznik V. A.¹, Simchenko A. Ye.¹

THE EVALUATION OF ACCESSIBILITY OF MEDICAL CARE OF RURAL RESIDENTS

¹The Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The St. Petersburg State Pediatric Medical University”, 194100, St. Petersburg, Russia;

²The Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The St. Petersburg State University”, 199034, St. Petersburg, Russia

The article considers dynamics of indices and indicators characterizing accessibility of medical care to rural population. The dynamic analysis of the period before and after implementation of the National Projects of Russia “Health”, “Education”, “Housing” and “Agriculture” was used as basis of assessing accessibility of medical care to rural residents. The research for the period 2014–2023 revealed that during implementation of the National Projects there was significant improvement in quality of structure of medical care of rural residents. However, problem of staffing shortage remains unresolved since increasing of staffing with physicians that is largely conditioned by decreasing of number of medical organizations, continues to further decrease indicators of provision of rural health care with medical personnel. Moreover, assessment of accessibility of medical care in hospitals demonstrated decreasing of level of number of hospital beds in rural areas and rate of hospitalization of rural population. The study revealed that in all Federal Okrugs of the Russian Federation there are problems of accessibility of medical care to rural population. Despite positive dynamics related to implementation of the state programs, conclusion is made that it is necessary to increase accessibility of medical care to rural population through both improvement of traveling forms of medical care in remote settlements and increasing of medical activity of rural residents.

Keywords: medical care; accessibility; rural resident; physician; bed; assessment of accessibility of medical care.

For citation: Moiseeva K. E., Belokhov N. V., Simchenko N. A., Reznik V. A., Simchenko A. Ye. The evaluation of accessibility of medical care of rural residents. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2025;33(3):391–400 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2025-33-3-391-400>

For correspondence: Simchenko N. A., doctor of economical sciences, professor, the Acting Head of the Chair of Economical Theory and Economical Policy of the Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The St. Petersburg State University”. e-mail: natalsimchenko@yandex.ru

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support.

Received 11.07.2024

Accepted 30.10.2024

Введение

Доступность и качество медицинской помощи являются основополагающими принципами развития отечественного здравоохранения [1]. Важное

значение в обеспечении качества оказания медицинской помощи имеет ее доступность всем жителям страны [2], проживающим как в городах, так и в сельской местности [3]. По состоянию на 1 января 2025 г. численность населения России составляет

146,028 млн человек, из них городского — 109,691 млн человек (75,1%), сельского — 36,337 млн человек (24,9%)¹.

Сельская местность в России имеет отличительные черты, обуславливающие специфичность системы организации лечебно-профилактической помощи населению [4]. Это низкая по сравнению с городом плотность населения, разбросанность населенных пунктов и их отдаленность, плохое качество, а порой и отсутствие дорог, специфика сельскохозяйственного труда, отличные от городских условия и образ жизни населения, более сильные, чем в городе, национальные традиции, большой удельный вес лиц пожилого и старческого возраста, а также более низкий уровень образования и размер доходов [5]. В стране насчитывается почти 14 тыс. населенных пунктов, в том числе 6932 с численностью жителей до 1 тыс. человек и 5988 с численностью от 1 до 5 тыс. жителей. Только 268 населенных пунктов из числа сельских поселений имеют численность населения от 5 до 20 тыс. человек [6].

С целью повышения доступности и качества медицинской помощи населению с 2006 по 2018 г. в России были реализованы четыре приоритетных Национальных проекта, среди которых «Здоровье», «Образование», «Жилье», «Сельское хозяйство» [7]. С 1 января 2025 г. стартовали новые или продолжается реализация старых Национальных проектов, которые напрямую будут касаться развития сельского здравоохранения, обеспечивая повышение доступности и качества медицинской помощи сельским жителям страны [8—10].

Учитывая, что наша страна занимает первое место в мире по размеру территории, а большинство регионов имеют низкую или очень низкую плотность населения, вопросы доступности медицинской помощи сельскому населению относятся к особенно важным и приоритетным [11, 12], что и обуславливает актуальность выбранной темы исследования.

Материалы и методы

В качестве базового материала были взяты сведения статистических сборников «Сельское здравоохранение России» ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России [13—18] и данные статистических бюллетеней «Численность населения Российской Федерации» Росстата за 2014—2023 гг. [5]. На первом этапе исследования были рассчитаны показатели и проанализирована динамика удельного веса сельских жителей, медицинских организаций, расположенных в сельской местности, а также коек сельских стационаров в общем числе жителей, медицинских организаций и больничных коек в Российской Федерации в период 2014—2023 гг. Далее в качестве основополагающих объективных индикаторов доступности медицинской помощи населению, про-

живающему в сельской местности, были проанализированы следующие показатели:

- удельный вес зданий, требующих капитального ремонта, реконструкции, сноса (в %);
- обеспеченность сельского населения врачами (на 10 тыс. населения (в ‰));
- обеспеченность сельского населения средним медицинским персоналом (на 10 тыс. населения (в ‰));
- обеспеченность сельского населения больничными койками (на 10 тыс. населения (в ‰)).

Для проведения анализа в качестве базового уровня был взят показатель в 2014 г., а далее с 2019 г. осуществлена оценка ежегодных показателей, что обусловлено началом реализации Национальных проектов в России. С учетом весомости для комплексной оценки организации медицинской помощи сельскому населению была изучена десятилетняя динамика таких показателей, как укомплектованность медицинских организаций, расположенных в сельской местности, врачебными кадрами (в %), частота госпитализации сельского населения на 100 человек населения (в %), среднее число посещений на 1 жителя в год (в абс. ед.)

В ходе исследования были рассчитаны среднее арифметическое значение показателя и его средняя ошибка ($M \pm m$) в 2019—2023 гг. Разница между уровнями 2014 и 2023 гг. рассчитывали с помощью показателя наглядности, где за 100% брали наибольший по величине показатель. Сравнение между группами проводили с помощью t -критерия Стьюдента. Достоверность различий была рассчитана между средним показателем в РФ и федеральным округом (ФО), между показателем в 2014 и 2023 гг., между показателем начала реализации Нацпроектов в 2019 г. и показателем 2023 г. Уровень значимости установлен $p < 0,05$. Статистическую обработку, анализ и графическое отображение полученных результатов исследования осуществляли при помощи программы Microsoft Office Excel 2019 (Word, Excel) и программного пакета Statistica 10.0 (StatSoft Inc., США).

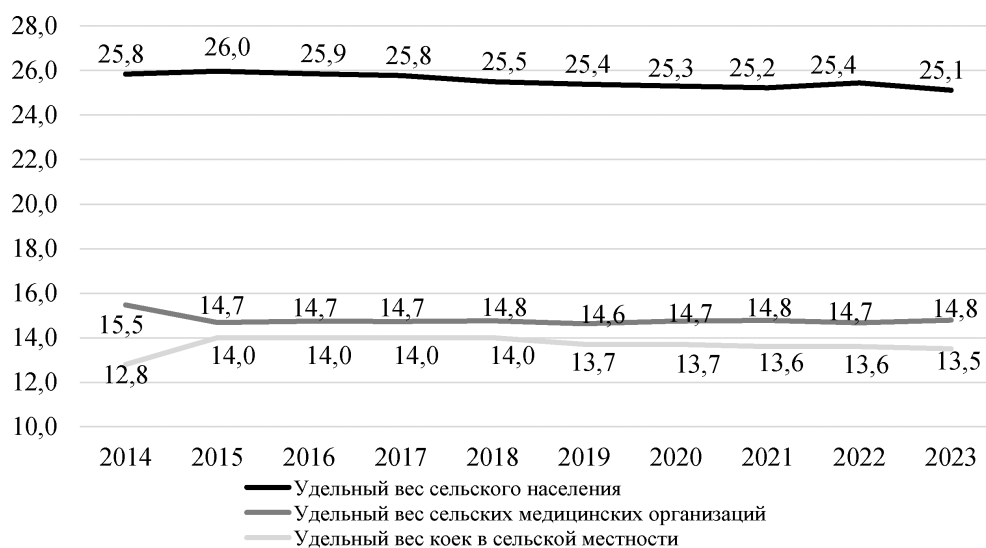
Результаты исследования

За последние 10 лет при снижении общей численности населения в России одновременно шло снижение численности сельского населения с 37 118,2 тыс. человек в 2014 г. до 36 623,8 в 2023 г. (–494,4 тыс. человек) [5]. В то же время оценка доли сельского населения в общем количестве населения страны выявила (рис. 1), что показатель был практически на одном уровне и общее снижение в 2023 г. к уровню 2014 г. составило только 2,7% (или 0,7% в абсолютном выражении).

В 2014—2018 гг. в среднем удельный вес сельского населения составлял $25,8 \pm 0,08\%$, что статистически значимо не отличалось от среднего показателя в период реализации Нацпроектов в 2019—2023 гг., когда доля составила $25,3 \pm 0,06\%$ ($p > 0,05$). А в среднем за 10 лет удельный вес сельского населения составил $25,5 \pm 0,10\%$. Принимая во внимание стабиль-

¹ Демография. Режим доступа: <http://rosstat.gov.ru> (дата обращения 14.02.2025).

Здоровье и общество



Динамика доли сельского населения, сельских медицинских организаций и коек в сельской местности в общем количестве населения, медицинских организаций и больничных коек в России в 2014–2023 гг. (в %).

ность доли сельского населения, изучены численность и удельный вес сельских медицинских организаций в общем количестве медицинских организаций в стране. Установлено, что число медицинских организаций, расположенных в сельской местности, с 1169 в 2014 г. сократилось до 940 в 2023 г. Однако удельный вес сельских медицинских организаций после снижения в 2015 г. к уровню 2014 г. на протяжении всего остального изучаемого периода был на уровне 14,4–14,8%, а в среднем за 10 лет он составил $14,8 \pm 0,08\%$. При этом средние показатели до и после 2019 г. статистически значимых различий не имели ($14,9 \pm 0,16\%$ против $14,7 \pm 0,04\%$; $p > 0,05$). При снижении удельного веса сельских медицинских организаций в 2015 г. к уровню 2014 г. одновременно вырос удельный вес коек в сельских стационарах. В 2014–2018 гг. в среднем доля сельских коек была $13,8 \pm 0,24\%$ и при разнице в 1,4% она статистически значимо не отличалась от показателя 2019–2024 гг., который составил $13,6 \pm 0,04\%$ ($p > 0,05$). На протяжении всего периода 2014–2023 гг. удельный вес коек в сельских стационарах был $13,7 \pm 0,12\%$, а общее снижение за 10 лет составило 5,2% ($p > 0,05$). При этом абсолютное число коек сельских стационаров снизилось только на 383 больничные койки (с 133 980 коек в 2014 г. до 133 597 коек в 2023 г.). Таким образом, снижение численности сельского населения и количества медицинских организаций существенно не повлияло на долю сельского населения, медицинских организаций и коек сельских стационаров в общем количестве населения, медицинских организаций и больничных коек в России.

Современные подходы к оценке качества медицинской помощи во многом связаны с ее доступностью и поэтому неотделимы друг от друга. Не случайно принцип «качество и доступность медицинской помощи», содержащийся в № 323-ФЗ, объединяет эти два понятия [1]. Качество медицинской по-

мощи имеет разноплановый характер и включает в себя три основных компонента, которые соответствуют трем подходам к его обеспечению и оценке (Триада Донабедиана): качество структуры, технологии и результата. Структурный подход к обеспечению и оценке качества медицинской помощи характеризует условия оказания медицинской помощи населению, которые определяются состоянием зданий и помещений медицинских организаций, наличием и состоянием медицинского оборудования, уровнем обеспеченности лекарственными препаратами и изделиями медицинского назначения, кадровым обеспечением медицинской организации и квалификацией ее работников [19]. Поэтому среди показателей доступности и качества медицинской помощи отдельное место отводится состоянию материальных ресурсов здравоохранения, особенно зданий и сооружений, в которых располагаются медицинские организации. С 2013 г. в России началась реализация государственной программы «Развитие здравоохранения», целью которой стало обеспечение доступности медицинской помощи и повышение эффективности медицинских услуг, объемы, виды и качество которых должны соответствовать уровню заболеваемости и потребностям населения, передовым достижениям медицинской науки [20].

В соответствии с этой программой, Нацпроектами, а также по программе модернизации первичного звена здравоохранения Российской Федерации [21] за последние 11 лет был отремонтирован и реконструирован значительный объем зданий сельских больниц, поликлиник, амбулаторий, фельдшерско-акушерских пунктов. Проведенная оценка удельного веса зданий, требующих капитального ремонта, реконструкции, сноса, показала, что в целом по стране этот показатель снижался (табл. 1). Но если к 2019 г. по сравнению с 2014 г. доля таких зданий в России снизилась на 11,9% ($p > 0,05$), то в период 2019–2023 гг. эта разница составила уже 38,6%

Т а б л и ц а 1

Динамика удельного веса зданий, требующих капитального ремонта, реконструкции, сноса

Территориальная единица	Единица измерения	2014 г.	2019 г.	2020 г.	2021 г.	2022 г.	2023 г.	Среднее значение в 2019—2023 гг.	Разница между уровнем 2014 и 2023 гг., в %
РФ	%	23,6	20,8 [#]	21,3	19,7	16,7	14,5 [#]	18,6±1,03*	-38,6*
	абс.	7290	12667	13015	12088	10275	8869	11383	+1579
ЦФО	%	23,9	16,7 [#]	16,4	14,8	12,3	10,3 [#]	14,1±1,23*	-56,9*
	абс.	998	2078	2067	1869	1547	1288	1770	+290
СЗФО	%	25,2	14,9	17,5	16,2	12,8	12,9	14,9±0,92*	-48,8*
	абс.	316	534	636	590	475	491	545	+175
ЮФО	%	18,2	7,7	9,1	8,8	6,5	5,6	7,5±0,66*	-69,2*
	абс.	734	556	663	641	482	412	551	-322
СКФО	%	25,8	44,3 [#]	40,4	40	33,1	29,0 [#]	37,4±2,77*	+12,4
	абс.	672	1541	1408	1397	1155	989	1298	+317
ПФО	%	20,2	23,8 [#]	26,3	23,8	20,7	16,8 [#]	22,3±1,63*	-16,8
	абс.	1715	3910	4284	3922	3399	2745	3652	+1030
УФО	%	32,3	20,9 [#]	21,1	18,1	14	12,7 [#]	17,4±1,73	-60,7*
	абс.	761	905	912	763	595	549	745	-212
СФО	%	28,1	17,1 [#]	17,3	16,9	15,6	13,9 [#]	16,2±0,65*	-50,5*
	абс.	1742	1468	1490	1461	1340	1196	1391	-546
ДФО	%	19,6	30,1 [#]	27,1	24,8	21,6	18,9 [#]	24,5±1,97*	-3,6
	абс.	302	1294	1183	1085	971	845	1076	+543

Пр и м е ч а н и е. Статистически значимые различия: * — между средним показателем РФ и ФО, между уровнем 2014 и 2023 гг. ($p<0,05$); [#] — между показателями в 2019 и 2023 гг. ($p<0,05$).

($p<0,05$). Проведенный анализ выявил, что при этом наблюдался абсолютный прирост числа зданий, требующих капитального ремонта, реконструкции, сноса, что связано со значительным количеством вводимых в эксплуатацию новых зданий, отвечающих современным требованиям к предоставлению медицинской помощи. Такая же ситуация прослеживалась в большинстве федеральных округов, за исключением Южного федерального округа (ЮФО), Уральского федерального округа (УФО), Сибирского федерального округа (СФО), где снижение доли зданий, требующих капитального ремонта, реконструкции, сноса, сопровождалось и снижением абсолютного их числа. Кроме этого, только в Северо-Кавказском федеральном округе (СКФО) наблюдался рост показателя при росте абсолютного числа зданий (+12,4% и +317). В то же время статистически значимые различия между показателями 2014 г. и 2023 г. были только в РФ, Центральном федеральном округе (ЦФО), Северо-Западном федеральном округе (СЗФО), ЮФО, УФО и СФО. Однако оценка изменения показателей в 2023 г. к уровню 2019 г. показывает, что во всех ФО снизился не только удельный вес зданий, требующих капитального ремонта, реконструкции, сноса, но и абсолютное число этих зданий. Анализ средних за последние 5 лет показателей выявил, что доля аварийных и нуждающихся в ремонте зданий была статистически значимо выше таковой в среднем по стране в СКФО (18,6±1,03% против 37,4±2,77% соответственно), Приволжском федеральном округе (ПФО) (18,6±1,03% против 22,3±1,63%) и Дальневосточном федеральном округе (ДФО) (18,6±1,03% против 24,5±1,97%). В остальных ФО она была ниже, но только в УФО различия не были значимы с показателем в РФ (17,4±1,73% и 18,6±1,03%; $p>0,05$). В рамках Нацпроектов произошло значительное улучшение качества структуры оказания медицинской помощи, что положительно влияет на повышение до-

ступности медицинской помощи сельским жителям.

Как указано ранее, к структурному качеству также относят состояние кадров медицинских организаций. В современных условиях наибольшей проблемой в обеспечении доступности медицинской помощи населению России является нехватка медицинских кадров [22]. В решении этого вопроса задействованы как подведомственные Минздраву организации, так и органы государственной власти всех уровней. Во всех государственных программах, связанных со здравоохранением, эта проблема имеет первостепенный характер [7—10]. Оценка показателей кадрового обеспечения выявила (табл. 2), что в среднем за 10 лет укомплектованность медицинских организаций, расположенных в сельской местности, врачебными кадрами составила 83,4±1,03% и в 2023 г. к уровню 2014 г. она снизилась в целом по стране и в большинстве ее ФО, кроме СЗФО (+1,3%; $p>0,05$), СКФО (+9,2%; $p<0,05$) и ПФО (+1,1%; $p<0,05$). Практически ежегодное снижение показателей укомплектованности врачебными кадрами в РФ и ее ФО наблюдалось до 2020 г. В 2021 г. начался рост показателей в ЦФО, ПФО и УФО, а в 2022 г. показатели выросли уже во всех округах России. Проведенная оценка выявила статистически значимый рост показателей в 2023 г. к уровню 2019 г. в целом по стране и во всех ее ФО. Установлено, что наиболее низкие значения показателей укомплектованности в 2019-2023 гг. по сравнению со среднероссийским уровнем ($p<0,05$) были в ЮФО (77,2±1,71% против 80,9±1,28%), СФО (75,8±1,88% против 80,9±1,28%) и ДФО (77,3±1,42% против 80,9±1,28%). В остальных ФО в среднем укомплектованность была статистически значимо выше, чем в среднем по стране ($p<0,05$).

Оценка обеспеченности сельского населения врачами показала, что к 2019 г. по сравнению с

Таблица 2

Динамика укомплектованности медицинских организаций, расположенных в сельской местности, медицинскими кадрами (в %)

Территориальная единица	2014 г.	2015 г.	2016 г.	2017 г.	2018 г.	2019 г.	2020 г.	2021 г.	2022 г.	2023 г.	Среднее значение в 2019—2023 гг.	Разница между уровнем 2014 и 2023 гг., в %
РФ	87,0	86,5	85,9	85,1	83,5	81,0 [#]	78,8	78,8	80,3	85,8 [#]	80,9±1,28*	-1,4*
ЦФО	87,8	87,6	86,3	85,1	83,6	82,0	78,8	79,0	79,0	82,5	80,3±0,87*	-6,0*
СЗФО	84,3	84,9	84,5	83,6	82,4	82,5 [#]	81,3	80,5	81,0	85,4 [#]	82,1±0,88*	+1,3
ЮФО	88,3	86,6	85,5	83,9	82,9	78,5 [#]	74,8	74,5	74,8	83,4 [#]	77,2±1,71*	-5,5*
СКФО	84,6	87,2	87,0	86,8	87,4	86,7 [#]	86,6	86,0	88,6	92,4 [#]	88,1±1,69*	+9,2*
ПФО	87,6	87,0	86,3	85,7	84,3	82,4 [#]	80,4	82,2	84,6	88,6 [#]	83,6±1,41*	+1,1*
УФО	90,1	89,0	88,2	85,9	84,3	81,7 [#]	80,9	81,4	82,5	87,8 [#]	82,8±1,26*	-2,6*
СФО	85,5	84,9	84,1	84,2	81,0	76,2 [#]	73,0	71,7	75,4	82,6 [#]	75,8±1,88*	-3,4*
ДФО	87,1	87,1	87,7	86,7	81,1	77,5 [#]	76,6	74,8	75,0	82,6 [#]	77,3±1,42*	-5,2*

Примечание. Статистически значимые различия: * — между средним показателем РФ и ФО, между уровнем 2014 и 2023 гг. ($p<0,05$); # — между показателями в 2019 и 2023 гг. ($p<0,05$).

2014 г. показатели в России и ФО значительно выросли (табл. 3). Однако, в отличие от укомплектованности медицинскими кадрами, на показатель обеспеченности врачами значительно повлиял период пандемии COVID-19. В 2020—2021 гг. во всех ФО, кроме ЦФО, наблюдалось повсеместное снижение показателей. В ЦФО оно началось в 2021 г. Проведенная оценка выявила, что в период 2019—2023 гг. обеспеченность врачами снизилась везде, включая снижение абсолютного числа врачей, но только в целом по стране и в ЮФО снижение было статистически значимым. Оценивая 10-летнюю динамику показателей, можно отметить, что в абсолютном выражении численность врачей к 2023 г. снизилась только в СФО (-1808), а в относительных величинах обеспеченность сельского населения врачами выросла в РФ и в большинстве ФО, за исключением ЮФО (-6,2%) и СФО (-5,4%). Однако разница между уровнем 2014 и 2023 гг. была статистически значимой только в РФ (+8,3%), ЦФО (+29,5%) и СЗФО (+34,0%). Более низкими ($p<0,05$) по сравнению со средним значением по РФ в 2019—2023 гг. были показатели в ЦФО ($12,08\pm0,29\text{‰}$ против $13,4\pm0,21\text{‰}$), СЗФО ($10,8\pm0,11\text{‰}$ против

$13,4\pm0,21\text{‰}$) и УФО ($12,4\pm0,13\text{‰}$ против $13,4\pm0,21\text{‰}$).

Данные официальной статистики не дают возможности оценить укомплектованность медицинских организаций, расположенных в сельской местности, средним медицинским персоналом. По данным отдельных исследований [3, 23, 24], эти показатели еще хуже, чем показатели по медицинским кадрам. Анализ обеспеченности сельского населения средним медицинским персоналом выявил, что прослеживается тенденция, сходная с показателями обеспеченности сельского населения врачами: рост к 2019 г. и последующее повсеместное снижение с 2020 г., которое продолжилось до 2023 г. включительно (табл. 4). Исключением были только СКФО и УФО, где рост в 2023 г. к уровню 2022 г. составил 1,2 и 0,2% ($p>0,05$). В целом за 10 изучаемых лет уровень обеспеченности снизился в ЮФО (-16,1%), СКФО (-2,2%) и СФО (-4,8%), но только в СКФО снижение показателя было статистически значимым ($p<0,05$). В то же время в абсолютных цифрах число средних медицинских работников выросло в целом по стране и в большинстве ее округов, кроме ПФО (-2815) и СФО (-7131). Но причина такого

Таблица 3

Динамика обеспеченности сельского населения врачами

Территориальная единица	Единица измерения	2014 г.	2019 г.	2020 г.	2021 г.	2022 г.	2023 г.	Среднее значение в 2019—2023 гг.	Разница между уровнем 2014 и 2023 гг., в %
РФ	‰	12,1	14,3 [#]	14,0	13,6	13,3	13,2 [#]	13,4±0,21*	+8,3*
	абс.	45851	53139	51984	50289	48867	48659	49798	+2808
ЦФО	‰	7,9	12,6	12,6	12,0	11,8	11,2	12,08±0,29*	+29,5*
	абс.	5591	8788	8956	8651	8444	8014	8074	+2423
СЗФО	‰	7,0	11,2	11,0	10,7	10,7	10,6	10,8±0,11*	+34,0*
	абс.	1540	2359	2321	2236	2238	2216	2152	+676
ЮФО	‰	13,7	14,8 [#]	14,0	13,4	12,8	12,9 [#]	13,6±0,37	-6,2
	абс.	7104	9083	8553	8216	7862	7901	8120	+797
СКФО	‰	14,9	16,3	16,2	16,0	15,8	16,0	16,1±0,11*	+6,9
	абс.	7348	8070	7984	8017	7941	8086	7908	+738
ПФО	‰	13,2	14,7	14,3	13,9	13,6	13,8	14,1±0,20*	+4,3
	абс.	11158	11961	11627	11135	10816	10975	11279	+183
УФО	‰	10,6	12,8	12,4	12,5	12,1	12,1	12,4±0,13*	+12,4
	абс.	2490	2900	2823	2758	2667	2660	2716	+170
СФО	‰	13,6	13,9	13,5	13,5	13,0	12,9	13,4±0,18	-5,4
	абс.	7190	6105	5965	5677	5408	5382	5955	-1808
ДФО	‰	14,5	16,5	16,1	16,3	15,9	15,6	16,1±0,16*	+7,1
	абс.	2215	3657	3553	3420	3306	3242	3232	+1027

Примечание. Статистически значимые различия: * — между средним показателем РФ и ФО, между уровнем 2014 и 2023 гг. ($p<0,05$); # — статистически значимые различия между показателями в 2019 и 2023 гг. ($p<0,05$).

Т а б л и ц а 4

Динамика обеспеченности сельского населения средним медицинским персоналом

Территориальная единица	Единица измерения	2014 г.	2019 г.	2020 г.	2021 г.	2022 г.	2023 г.	Среднее значение в 2019—2023 гг.	Разница между уровнем 2014 и 2023 гг., в %
РФ	‰	44,4	51,7 [*]	50,3	48,9	47,3	46,8 [*]	49,0±0,91*	+5,1*
	абс.	168503	192152	187162	181089	173901	172150	181291	+3647
ЦФО	‰	28,5	45,7 [*]	45,0	42,0	40,5	39,5 [*]	42,5±1,22*	+27,8*
	абс.	20155	31876	31381	30240	29007	28290	30159	+8135
СЗФО	‰	28,0	42,7	41,4	40,0	39,3	39,1	40,5±0,68*	+28,4*
	абс.	6175	8998	8732	8362	8185	8137	8483	+1962
ЮФО	‰	46,9	45,3 [*]	44,1	42,5	40,3	40,4 [*]	42,5±0,99*	-16,1*
	абс.	24421	27732	27030	26173	24699	24713	26069	+292
СКФО	‰	48,3	50,7	49,8	47,9	46,7	47,3	48,5±0,76	-2,1
	абс.	23743	25030	24572	24045	23519	23853	24204	+110
ПФО	‰	52,0	57,4 [*]	55,6	54,5	52,7	52,0 [*]	54,4±0,97*	0,0
	абс.	44155	46752	45272	43762	41889	41340	43803	-2815
УФО	‰	45,2	58,3	57,7	57,4	55,3	55,4	56,8±0,62*	+18,4*
	абс.	10589	13233	13117	12703	12147	12178	12676	+1589
СФО	‰	54,2	55,5	54,2	54,5	53,0	51,7	53,8±0,65*	-4,8
	абс.	28612	24437	23877	22869	22039	21481	22941	-7131
ДФО	‰	48,3	60,9	56,9	59,1	57,2	56,0	58,0±0,87*	+13,8*
	абс.	7375	13455	12578	12401	11894	11628	12391	+4253

П р и м е ч а н и е. Статистически значимые различия: * — между средним показателем РФ и ФО, между уровнем 2014 и 2023 гг. ($p<0,05$); ^{*} — между показателями в 2019 и 2023 гг. ($p<0,05$).

резкого снижения числа врачей и медицинских сестер в СФО может носить объективный характер и обусловлена изменением состава субъектов, входящих в ФО, в 2018 г. Исследованием выявлено, что, как и в ситуации с врачами, наиболее проблематичными округами с точки зрения обеспеченности средним медицинским персоналом были ЦФО и СЗФО, где уровень среднего в 2019—2023 гг. показателя по ФО был ниже, чем в среднем по стране на 7,7% (42,5±1,22‰ против 49,0±0,91‰) и 17,3% (40,5±0,68‰ против 49,0±0,91‰) соответственно ($p<0,05$). Также значительная кадровая проблема со средним медицинским персоналом наблюдалась в ЮФО, где показатель был ниже среднероссийского на 13,3% (42,5±0,99‰ против 49,0±0,91‰; $p<0,05$).

По данным официальной статистики, в 2023 г. обеспеченность населения страны врачами и специ-

алистами со средним медицинским образованием составляла 37,5‰ и 80,5‰ соответственно [25, 26]. Наибольший вклад в значение этих показателей и внесла обеспеченность медицинскими кадрами жителей городов.

Наибольшее значение для оценки доступности и качества стационарной помощи населению имеет показатель обеспеченности сельского населения больничными койками. Коечный фонд круглосуточных стационаров в медицинских организациях, расположенных в сельской местности, имеет меньшее число профилей в стационарах первого и второго уровня, но более широко представлен на третьем уровне, даже по сравнению с многопрофильными городскими больницами. Установлено, что к 2019 г. в сравнении с уровнем 2014 г. выросли как показатели обеспеченности населения больничны-

Т а б л и ц а 5

Динамика обеспеченности сельского населения больничными койками

Территориальная единица	Единица измерения	2014 г.	2019 г.	2020 г.	2021 г.	2022 г.	2023 г.	Среднее значение в 2019—2023 гг.	Разница между уровнем 2014 и 2023 гг., в %
Россия	‰	35,3	38,0 [*]	38,0	37,5	36,8	36,3 [*]	37,3±0,33*	+2,8
	абс.	133980	141473	141153	138904	136036	133597	138233	-383
ЦФО	‰	38,5	48,5 [*]	48,8	46,3	43,9	43,2 [*]	46,1±1,15*	+10,9*
	абс.	27251	33832	34081	33307	31643	30934	32759	+3683
СЗФО	‰	26,8	36,0	34,4	34,6	34,1	37,7	35,4±0,67*	+28,9*
	абс.	5901	7583	7255	7247	7140	7848	7415	+1947
ЮФО	‰	39,1	42,8	43,4	43,2	43,3	42,9	43,1±0,12*	+8,9*
	абс.	20325	26217	26603	26586	26663	26283	26470	+5958
СКФО	‰	35,1	31,7	31,8	31,1	30,5	28,1	30,6±0,68*	-24,9*
	абс.	17248	15657	15719	15607	15332	14148	15293	+3100
ПФО	‰	30,4	29,3	29,4	28,4	28,0	28,2	28,7±0,29*	-7,8
	абс.	25795	23901	23921	22799	22466	22404	23098	+3391
УФО	‰	28,1	39,9	39,8	41,8	40,7	40,2	40,5±0,37*	+30,1*
	абс.	6581	9063	9039	9242	9011	8847	9040	+2266
СФО	‰	36,7	35,6	35,9	36,6	36,2	36,0	36,1±0,67*	-1,9
	абс.	19341	15688	15793	15351	15170	14944	15389	-4397
ДФО	‰	41,7	41,9	38,5	40,7	40,0	38,4	39,9±0,67*	-8,6
	абс.	6367	9265	8523	8552	8398	7976	8543	+1609

П р и м е ч а н и е. Статистически значимые различия: * — между средним показателем РФ и ФО, между уровнем 2014 и 2023 гг. ($p<0,05$); ^{*} — между показателями в 2019 и 2023 гг. ($p<0,05$).

Таблица 6

Динамика частоты госпитализации сельского населения (на 100 человек)

Территориальная единица	2014 г.	2015 г.	2016 г.	2017 г.	2018 г.	2019 г.	2020 г.	2021 г.	2022 г.	2023 г.	Среднее значение в 2019—2023 гг.	Разница между уровнем 2014 и 2023 гг., в %
РФ	8,1	8,6	7,2	6,9	6,7	6,5 [#]	5,3	5,6	5,6	5,6 [#]	5,7±0,20*	–30,9*
ЦФО	4,6	6,9	3,9	3,7	3,7	3,7 [#]	2,6	2,9	2,8	3,0 [#]	3,0±0,19*	–34,8*
СЗФО	4,2	5,3	3,8	3,7	3,6	3,6 [#]	2,6	2,8	2,9	3,1 [#]	3,0±0,17*	–26,2*
ЮФО	9,8	9,5	8,4	7,9	7,8	7,6 [#]	6,2	6,5	6,5	6,7 [#]	6,7±0,24*	–31,6*
СКФО	10,3	9,9	9,2	9,0	8,8	8,8 [#]	7,1	7,2	7,3	6,5 [#]	7,2±0,24*	–36,9*
ПФО	7,9	8,4	7,2	6,9	6,8	6,7 [#]	5,5	6,0	6,1	6,2 [#]	6,1±0,19*	–21,5*
УФО	7,9	8,4	7,6	7,4	7,2	6,9 [#]	5,6	6,0	6,2	6,3 [#]	6,2±0,21*	20,3*
СФО	9,7	9,1	8,4	7,9	7,3	7,0 [#]	5,8	6,3	6,1	6,0 [#]	6,3±0,20*	–38,1*
ДФО	11,0	12,6	10,5	10,0	9,2	8,7 [#]	6,9	7,5	7,6	7,5 [#]	7,6±0,30*	–31,8*

Примечание. Статистически значимые различия: * — между средним показателем РФ и ФО, между уровнем 2014 и 2023 гг. ($p<0,05$); # — между показателями в 2019 и 2023 гг. ($p<0,05$).

ми койками, так и абсолютное число коек в стационарах, расположенных в сельской местности, в России и более чем в половине ФО (табл. 5).

Исключение составили СКФО, ПФО и СФО, где эти показатели снизились. В период 2019—2023 гг. прослеживались значительные существенные колебания обеспеченности больничными койками при расчете на 10 тыс. сельского населения и в абсолютной численности коечного фонда. При этом обеспеченность койками за 5 лет снизилась в РФ (–4,5%), ЦФО (–10,9%), СКФО (–11,4%), ПФО (–3,8%) и ДФО (–8,4%), но выросла в СЗФО (+4,5%), ЮФО (+0,2%), УФО (+0,7%) и СФО (+1,1%). Оценка 10-летней динамики показателей выявила, что только в СКФО наблюдалось статистически значимое снижение (–24,9%), а в половине округов прослеживался достоверный рост: в ЦФО на 10,9%, в СЗФО на 28,9%, в ЮФО на 8,9% и в УФО на 30,1%. По сравнению со среднероссийскими значениями статистически значимо более низкая обеспеченность сельского населения больничными койками в 2019—2023 гг. была в СЗФО (37,3±0,33‰ против 35,4±0,67‰), СКФО (37,3±0,33‰ против 30,6±0,68‰), ПФО (37,3±0,33‰ против 28,7±0,29‰) и СФО (37,3±0,33‰ против 36,1±0,67‰).

Кроме обеспеченности сельского населения больничными койками, доступность стационарной помощи можно оценить по значению показателя частоты госпитализации, который, кроме доступности, относится к показателям удовлетворенности населения стационарной помощью. В 2015 г. прослеживался подъем показателей частоты госпитализации сельского населения в РФ и большинстве ФО, после которого пошло практически ежегодное снижение показателей (табл. 6). Исследованием установлено, что показатели частоты госпитализации сельского населения в 2019 г. к уровню 2014 г. статистически значимо снизились в целом по стране и во всех без исключения округах ($p<0,05$). Аналогичная картина прослеживалась и при оценке динамики показателей в 2019—2023 гг. ($p<0,05$). В целом снижение показателей частоты госпитализации сельского населения за 10 лет в России составило 30,9%. Наименьшим оно было в ПФО (–20,3%), а наиболее выраженным в СФО (–38,1%), но во всех округах снижение было статистически значимо

($p<0,05$). Наиболее низкий уровень частоты госпитализации в среднем в 2019—2023 гг. был в ЦФО и СЗФО, где значение показателей было в 1,9 раза ниже чем в среднем по стране (3,0±0,19 и 3,0±0,19% против 5,7±0,20%; $p<0,05$).

По данным официальной статистики, обеспеченность всего населения Российской Федерации больничными койками в 2023 г. составила 67,6‰, а уровень госпитализации населения составлял 15,8 случая на 100 человек населения страны [27, 28]. Соответственно, обеспеченность больничными койками сельского населения была 1,9 раза ниже, а частота госпитализации сельского населения ниже в 2,8 раза ($p<0,05$). Таким образом, можно говорить о более низкой доступности стационарной помощи жителям России, проживающим в сельской местности.

Национальный проект «Здравоохранение» в первую очередь направлен на улучшение доступности и качества первичной медико-санитарной помощи. Основным показателем доступности медицинской помощи в амбулаторных условиях является показатель среднего числа посещений на 1 жителя в год. Проведенное исследование выявило, что в России и ее округах в период 2014—2019 гг. показатели среднего числа посещений на 1 сельского жителя в год при незначительных колебаниях находились практически на одном и том же уровне (табл. 7).

Однако с 2019 г. прослеживалось повсеместное снижение этого показателя, которое было максимальным в первый год пандемии — в 2020 г. С 2021 г. в РФ и ФО наблюдался рост показателей, за исключением ЦФО и СЗФО, в которых рост сменился снижением. Выявлено, что в 2023 г. к уровню 2014 г. среднее число посещений статистически значимо снизилось в РФ (–5,7%), ЦФО (–11,8%), СЗФО (–6,7%), ЮФО (12,5%), СФО (–12,2%) и ДФО (–4,1%). Незначимое снижение показателя наблюдалось в ПФО (–2,6%), незначимый рост — в УФО (+3,1%), а в СКФО его уровень в 2013 г. вернулся к значению 2014 г. Наиболее низкие показатели среднего числа посещений на 1 сельского жителя в год по сравнению со среднероссийским значением в 2019—2023 гг. были в ЦФО (6,2±0,19 посещения; $p>0,05$), СЗФО (5,6±0,20 посещения против 6,4±0,21; $p<0,05$), ЮФО (6,0±0,24 посещения против 6,4±0,21; $p<0,05$), СКФО (6,1±0,25

Динамика среднего числа посещений на 1 сельского жителя в год (в абс. ед.)

Территориальная единица	2014 г.	2015 г.	2016 г.	2017 г.	2018 г.	2019 г.	2020 г.	2021 г.	2022 г.	2023 г.	Среднее значение в 2019—2023 гг.	Разница между уровнем 2014 и 2023 гг., в %
РФ	7,0	7,0	6,9	6,9	7,0	7,0 [*]	5,7	6,3	6,5	6,6 [*]	6,4±0,21*	-5,7*
ЦФО	6,8	6,8	6,6	6,7	6,8	6,8 [*]	5,6	6,2	6,2	6,0 [*]	6,2±0,19	-11,8*
СЗФО	6,0	6,1	6,1	6,1	6,2	6,1 [*]	4,9	5,7	5,8	5,6 [*]	5,6±0,20*	-6,7*
ЮФО	7,2	7,1	6,7	6,7	6,7	6,7 [*]	5,3	5,7	5,9	6,3 [*]	6,0±0,24*	-12,5*
СКФО	6,5	6,5	6,5	6,4	6,6	6,7 [*]	5,4	5,7	6,3	6,5 [*]	6,1±0,25*	0,0
ПФО	7,8	7,7	7,7	7,8	7,9	7,9 [*]	6,5	7,4	7,5	7,6 [*]	7,4±0,24*	-2,6
УФО	6,4	6,3	6,4	6,4	6,4	6,4 [*]	5,4	6,1	6,3	6,6 [*]	6,2±0,21	+3,1
СФО	7,4	7,3	7,3	7,2	7,1	7,1 [*]	5,6	6,5	6,6	6,5 [*]	6,5±0,24	-12,2*
ДФО	7,4	7,6	7,5	7,4	6,9	6,9	5,6	6,3	6,7	7,1	6,5±0,27	-4,1*

Примечание. Статистически значимые различия: * — между средним показателем РФ и ФО, между уровнем 2014 и 2023 гг. ($p<0,05$); ^{*} — между показателями в 2019 и 2023 гг. ($p<0,05$).

посещения против $6,4\pm0,21$; $p<0,05$) и в УФО ($6,2\pm0,21$ посещения против $6,4\pm0,21$; $p>0,05$).

Исходя из нормативов объема оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях, базовой программы ОМС на одного жителя России в 2023—2025 гг. предусмотрено 9,78 посещения. Из средств фондов ОМС оплачивается 8,63 посещения и из бюджета — 1,15 посещения. По данным Росстата, среднее число посещений на 1 жителя России составило 10,12. Сравнение с нормативным показателем выявило, что среднее число посещений на 1 сельского жителя в год в целом по стране было ниже в 1,5 раза, а со средним по данным Росстата — также в 1,5 раза. Это показывает необходимость повышения доступности первичной медико-санитарной помощи жителям сельской местности.

Заключение

Снижение численности сельского населения и количества медицинских организаций существенно не повлияло на долю сельского населения, медицинских организаций и коек сельских стационаров в общем количестве населения, медицинских организаций и больничных коек в России. В период реализации государственной программы «Развитие здравоохранения», а также программ, входящих в Нацпроект «Здравоохранение», в целом по стране и во всех ФО значительно снизилась доля зданий, требующих капитального ремонта, реконструкции, сноса. Доля аварийных и нуждающихся в ремонте зданий в СКФО, ПФО и ДФО была статистически значимо выше, чем в среднем по стране. Соответственно, в рамках Нацпроектов произошло значительное улучшение качества структуры оказания медицинской помощи, что должно было положительно повлиять на повышение доступности медицинской помощи сельским жителям.

Проблема нехватки медицинских кадров в системе сельского здравоохранения не теряет своей актуальности. К моменту начала реализации Нацпроекта «Здравоохранение» в целом по стране и в большинстве ее ФО укомплектованность врачебными кадрами, обеспеченность врачами и средним медицинским персоналом находились на низком уровне. В период реализации Нацпроекта проблема кадрового дефицита остается нерешенной, так как при

росте укомплектованности врачами, который в значительной мере обусловлен снижением числа медицинских организаций, продолжается дальнейшее снижение показателей обеспеченности сельского здравоохранения медицинскими кадрами. Обеспеченность сельского населения врачами и медицинскими сестрами ниже обеспеченности всего населения страны в 2,8 и 1,7 раза. Наиболее низкие показатели обеспеченности медицинскими работниками наблюдаются в ЦФО и СЗФО. Кроме того, низкая обеспеченность врачами прослеживается в УФО, а средним медицинским персоналом — в ЮФО.

Оценка доступности медицинской помощи в стационарах показала снижение уровня обеспеченности сельского населения больничными койками и частоты госпитализации сельского населения в целом по стране и в большинстве ее ФО. При этом если обеспеченность больничными койками выросла от 2014 к 2019 г., то частота госпитализации и среднее число посещений снижались практически весь период 2014—2023 гг. Обеспеченность больничными койками сельского населения была 1,9 раза ниже, а частота госпитализации сельского населения ниже в 2,8 раза, чем в целом по стране. Наиболее низкая обеспеченность сельского населения больничными койками отмечена в СЗФО, СКФО, ПФО и СФО, а уровень частоты госпитализации — в ЦФО и СЗФО.

Ориентированность Нацпроекта «Здравоохранение» на улучшение доступности и качества первичной медико-санитарной помощи не привела к увеличению ее доступности в сельском здравоохранении. Показатели среднего числа посещений на 1 сельского жителя в год практически ежегодно снижались в целом по стране и в большей части ФО и были значительно ниже предусмотренных базовой программой ОМС. Наиболее низкие показатели среднего числа посещений были в ЦФО, СЗФО, ЮФО, СКФО и в УФО.

Исследование показало, что во всех без исключения ФО России имеются проблемы в сфере доступности медицинской помощи сельскому населению, среди которых наиболее проблемными по количеству низких показателей являются СЗФО, ЦФО, ЮФО и СКФО. Несмотря на положительную динамику, связанную с реализацией государственных программ, следует обратить внимание на необходи-

Здоровье и общество

мость повышения доступности медицинской помощи сельскому населению на основе улучшения выездных форм работы в отдаленных населенных пунктах, повышения медицинской активности со стороны сельского населения.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с изменениями и дополнениями). Режим доступа: <https://base.garant.ru/12191967/?ysclid=m74morgm5c75760548> (дата обращения 12.02.2025).
2. Постановление Правительства РФ от 29 декабря 2022 г. № 2497 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2023 год и на плановый период 2024 и 2025 годов». Режим доступа: <https://base.garant.ru/406065459/?ysclid=m71flpr8ib9240887335> (дата обращения 12.02.2025).
3. Окулов М. В., Емельянов А. О., Пенюгина Е. Н., Золотарев П. Н., Догот Р. А. Кадры как важная составляющая доступности первичной медико-санитарной помощи взрослому населению крупного города. *Медицина и организация здравоохранения*. 2022;1(7):28—35.
4. Чернышев В. М., Воевода М. И., Стрельченко О. В., Мингазов И. Ф. Сельское здравоохранение России. *Состояние, проблемы, перспективы. Сибирский научный медицинский журнал*. 2022;42(4):4—14. doi: 10.18699/SSMJ20220401
5. Калининская А. А., Сон И. М., Шляфер С. И. Проблемы и перспективы развития сельского здравоохранения. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2019;27(2):152—7. doi: 10.32687/0869-866X-2019-27-2-152-157
6. Численность населения Российской Федерации. Росстат. Режим доступа: <https://rosstat.gov.ru/>
7. Указ Президента Российской Федерации «О совете при Президенте Российской Федерации по реализации приоритетных национальных проектов и демографической политике». Режим доступа: <https://docs.cntd.ru/document/901952061?ysclid=m74n7bd8mi225226689> (дата обращения 12.02.2025).
8. Национальные проекты: ключевые цели и ожидаемые результаты. Информационные материалы о национальных проектах по 12 направлениям стратегического развития. Режим доступа: <http://government.ru/news/35675/> (дата обращения 12.02.2025).
9. Указ Президента Российской Федерации от 7 мая 2018 г. № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года». Режим доступа: <https://docs.cntd.ru/document/557309575?ysclid=m74nei037889338749> (дата обращения 12.02.2025).
10. Указ Президента Российской Федерации от 7 мая 2024 г. № 309 «О национальных целях развития Российской Федерации на период до 2030 года и на перспективу до 2036 года». Режим доступа: <http://www.kremlin.ru/acts/bank/50542> (дата обращения 12.02.2025).
11. Чубарова Т. В. Обеспечение доступности здравоохранения в России: инструменты государственной политики. *Государственное управление. Электронный вестник*. 2022;95:93—104. doi: 10.24412/2070-1381-2022-95-93-107
12. Чернышев В. М., Стрельченко О. В., Мингазов И. Ф. Последствия реформирования здравоохранения в РФ (1990—2020 гг.). Проблемы и предложения. *ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. Вестник ВШОУЗ*. 2021;7(2):86—102. doi: 10.33029/2411-8621-2021-7-2-86-102
13. Сельское здравоохранение России в 2014 году. Статистические материалы. М.: ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России; 2015. 78 с.
14. Сельское здравоохранение России в 2016 году. Статистические материалы. М.: ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России; 2017. 83 с.
15. Сельское здравоохранение России в 2018 году. Статистические материалы. М.: ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России; 2019. 83 с.
16. Сельское здравоохранение России в 2020 году. Статистические материалы. М.: ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России; 2021. 83 с.
17. Сельское здравоохранение России в 2022 году. Статистические материалы. М.: ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России; 2023. 88 с.
18. Сельское здравоохранение России в 2023 году. Статистические материалы. М.: ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России; 2024. 88 с.
19. Юрьев В. К., Моисеева К. Е., Соколова В. В. Контроль качества медицинской помощи в Российской Федерации. Учебно-методическое пособие для студентов педиатрического, лечебного и медико-профилактического факультетов (уровень специалитета). СПб.: Издание ГПМУ; 2023. 34 с.
20. Распоряжение Правительства Российской Федерации от 24 декабря 2012 г. № 2511-р «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения». Режим доступа: <https://docs.cntd.ru/document/902389217?ysclid=m74m7dsymv468465437> (дата обращения 12.02.2025).
21. Постановление Правительства Российской Федерации от 9 октября 2019 года № 1304 «О модернизации первичного звена здравоохранения Российской Федерации». Режим доступа: <https://docs.cntd.ru/document/563441639?ysclid=m74o469wbv622417156> (дата обращения 12.02.2025).
22. Юрьев В. К., Орел В. И., Соколова В. В. Правовая активность родителей в вопросах защиты прав несовершеннолетних лиц в системе обязательного медицинского страхования. *Педиатрия. Журнал им. Г. Н. Сперанского*. 2019;98(6):215—20.
23. Руголь Л. В., Котловский М. Ю. Динамика кадрового обеспечения медицинских организаций в аспекте достижения целевых показателей реализации федерального проекта. *Социальные аспекты здоровья населения [сетевое издание]*. 2023;69(1):9. doi: 10.21045/2071-5021-2023-69-1-9. Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1453/30/lang.ru/>
24. Макаров С. В., Гайдаров Г. М., Алексеевская Т. И. Социологические аспекты текучести медицинских кадров. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2021;29(5):1207—13.
25. Ресурсы и деятельность медицинских организаций здравоохранения, Часть 1. Медицинские кадры: статистические материалы. М.: ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России; 2024. 292 с.
26. Ресурсы и деятельность медицинских организаций здравоохранения, Часть 2. Средний медицинский персонал: статистические материалы. М.: ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России; 2024. 136 с.
27. Ресурсы и деятельность медицинских организаций здравоохранения, Часть 3. Коечный фонд (число и обеспеченность населения койками различных профилей): статистические материалы. М.: ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России; 2024. 63 с.
28. Ресурсы и деятельность медицинских организаций здравоохранения, Часть 6. Основные показатели здравоохранения: статистические материалы. М.: ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России; 2024. 50 с.

Поступила 11.07.2024
Принята в печать 30.10.2024

REFERENCES

1. Federal Law of November 21, 2011 No. 323-FZ “On the Fundamentals of Protecting Citizens’ Health in the Russian Federation” (with amendments and additions). Available at: <https://base.garant.ru/12191967/?ysclid=m74morgm5c75760548> (accessed 12.02.2025) (in Russian).
2. RF Government Resolution of December 29, 2022 No. 2497 “On the Program of State Guarantees for Free Provision of Medical Care to Citizens for 2023 and for the Planning Period of 2024 and 2025”. Available at: <https://base.garant.ru/406065459/?ysclid=m71flpr8ib9240887335> (accessed 12.02.2025) (in Russian).
3. Okulov M. V., Emelianov A. O., Penyugina E. N., Zolotarev P. N., Dogot R. A. Personnel as an important component of the availability of primary health care to the adult population of a large city. *Medicine and Healthcare Organization*. 2022;1(7):28—35 (in Russian).
4. Chernyshev V. M., Voevoda M. I., Strelchenko O. V., Mingazov I. F. Rural healthcare in Russia. Status, problems, prospects. *Siberian Scientific Medical Journal*. 2022;42(4):4—14. doi: 10.18699/SSMJ20220401 (in Russian).

5. Kalininskaya A. A., Son I. M., Shlyafar S. I. Problems and prospects for the development of rural healthcare. *Problems of social hygiene, healthcare and the history of medicine*. 2019;27(2):152–7. doi: 10.32687/0869-866X-2019-27-2-152-157 (in Russian).
6. Population of the Russian Federation. Rosstat. Available at: <https://rosstat.gov.ru/> (in Russian).
7. Decree of the President of the Russian Federation “On the Council under the President of the Russian Federation for the Implementation of Priority National Projects and Demographic Policy”. Available at: <https://docs.cntd.ru/document/901952061?ysclid=m74n7bd8mi225226689> (accessed 12.02.2025) (in Russian).
8. National projects: key goals and expected results. Information materials on national projects in 12 areas of strategic development. Available at: <http://government.ru/news/35675/> (accessed 12.02.2025) (in Russian).
9. Decree of the President of the Russian Federation of May 7, 2018 No. 204 “On the national goals and strategic objectives of the development of the Russian Federation for the period up to 2024”. Available at: <https://docs.cntd.ru/document/557309575?ysclid=m74nei037889338749> (accessed 12.02.2025) (in Russian).
10. Decree of the President of the Russian Federation of May 7, 2024 No. 309 “On the national goals of the development of the Russian Federation for the period up to 2030 and for the future up to 2036”. Available at: <http://www.kremlin.ru/acts/bank/50542> (accessed 12.02.2025) (in Russian).
11. Chubarova T. V. Ensuring the availability of healthcare in Russia: public policy instruments. *Public Administration. Electronic Bulletin*. 2022;95:93–104. doi: 10.24412/2070-1381-2022-95-93-107 (in Russian).
12. Chernyshev V. M., Strelchenko O. V., Mingazov I. F. Consequences of healthcare reform in the Russian Federation (1990–2020). Problems and suggestions. *ORGZDRAV: News, Opinions, Training. Bulletin of the Higher School of Public Health*. 2021;7(2):86–102. doi: 10.33029/2411-8621-2021-7-2-86-102 (in Russian).
13. Rural healthcare in Russia in 2014. Statistical materials. Moscow: FGBU “TsNIIOIZ” of the Ministry of Health of the Russian Federation; 2015. 78 p. (in Russian).
14. Rural healthcare in Russia in 2016. Statistical materials. Moscow: FGBU “TsNIIOIZ” of the Ministry of Health of the Russian Federation; 2017. 83 p. (in Russian).
15. Rural healthcare in Russia in 2018. Statistical materials. Moscow: FGBU “TsNIIOIZ” of the Ministry of Health of the Russian Federation; 2019. 83 p. (in Russian).
16. Rural healthcare in Russia in 2020. Statistical materials. Moscow: FGBU “TsNIIOIZ” of the Ministry of Health of the Russian Federation; 2021. 83 p. (in Russian).
17. Rural healthcare in Russia in 2022. Statistical materials. Moscow: FGBU “TsNIIOIZ” of the Ministry of Health of the Russian Federation; 2023. 88 p. (in Russian).
18. Rural Healthcare in Russia in 2023. Statistical Materials. Moscow: Federal State Budgetary Institution “TsNIIOIZ” of the Ministry of Health of the Russian Federation; 2024. 88 p. (in Russian).
19. Yuryev V. K., Moiseeva K. E., Sokolova V. V. Quality Control of Medical Care in the Russian Federation. A Teaching Aid for Students of the Pediatric, Medical and Medical-Preventive Faculties (Specialist Level). St. Petersburg: Publication of the State Pediatric Medical University; 2023. 34 p. (in Russian).
20. Order of the Government of the Russian Federation of December 24, 2012 No. 2511-r “On Approval of the State Program of the Russian Federation “Healthcare Development”. Available at: <https://docs.cntd.ru/document/902389217?ysclid=m74m7dsymv468465437> (accessed 12.02.2025) (in Russian).
21. Resolution of the Government of the Russian Federation of October 9, 2019 No. 1304 “On the modernization of primary healthcare in the Russian Federation”. Available at: <https://docs.cntd.ru/document/563441639?ysclid=m74o469wbv622417156> (accessed 12.02.2025) (in Russian).
22. Yuryev V. K., Orel V. I., Sokolova V. V. Legal activity of parents in matters of protecting the rights of minors in the compulsory health insurance system. *Pediatrics. Journal im. G. N. Speransky*. 2019;98(6):215–20 (in Russian).
23. Rugol L. V., Kotlovsky M. Yu. Dynamics of staffing of medical organizations in terms of achieving target indicators for the implementation of the federal project. *Social Aspects of Population Health [online publication]*. 2023;69(1):9. doi: 10.21045/2071-5021-2023-69-1-9. Available at: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1453/30/lang.ru/> (in Russian).
24. Makarov S. V., Gaidarov G. M., Alekseevskaya T. I. Sociological aspects of medical personnel turnover. *Problems of social hygiene, health care and history of medicine*. 2021;29(5):1207–13 (in Russian).
25. Resources and activities of medical healthcare organizations, Part 1. Medical personnel: statistical materials. Moscow: Federal State Budgetary Institution “TsNIIOIZ” of the Ministry of Health of the Russian Federation; 2024. 292 p. (in Russian).
26. Resources and activities of medical healthcare organizations, Part 2. Mid-level medical personnel: statistical materials. Moscow: FGBU “TsNIIOIZ” of the Ministry of Health of the Russian Federation; 2024. 136 p. (in Russian).
27. Resources and activities of medical healthcare organizations, Part 3. Hospital beds (number and provision of the population with beds of various profiles): statistical materials. Moscow: FGBU “TsNIIOIZ” of the Ministry of Health of the Russian Federation; 2024. 63 p. (in Russian).
28. Resources and activities of medical healthcare organizations, Part 6. Key healthcare indicators: statistical materials. Moscow: FGBU “TsNIIOIZ” of the Ministry of Health of the Russian Federation; 2024. 50 p. (in Russian).

Банин И. Н.¹, Черкасов С. Н.^{2,3}

МОДЕЛИ ПОВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ ПРИ ВЗАИМОДЕЙСТВИИ С СИСТЕМОЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ (НА ПРИМЕРЕ БОЛЕЗНЕЙ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ)

¹Министерство здравоохранения Воронежской области, 394006, г. Воронеж;

²ФГБОУ ВО «Российский государственный социальный университет» Минобрнауки России, 129226, г. Москва;

³ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н. А. Семашко» Минобрнауки России, 105064, г. Москва

Роль пациента, особенно на ранних стадиях развития болезни, является определяющей по отношению к исходу заболевания, поэтому крайне важно анализировать типичные и отклоняющиеся формы его поведения при взаимодействии с системой здравоохранения. Цель исследования — выполнить анализ моделей поведения пациентов с болезнями органов пищеварения при взаимодействии с системой здравоохранения.

Для проведения анализа были сформированы три группы сравнения. Первая включала пациентов, проходящих плановое лечение в амбулаторных условиях ($n=531$), вторая — пациентов, проходящих плановое лечение в стационарных условиях (специализированное гастроэнтерологическое отделение; $n=822$), третья — пациентов, поступивших на стационарное лечение в Больницу скорой медицинской помощи в экстренном порядке ($n=147$) по поводу осложнений основного заболевания (патология органов пищеварения). Сравнение групп проводили с использованием непараметрических критериев: коэффициента ассоциации (K_{ass}) и критерия χ^2 (хи-квадрат).

Установлено, что при выборе врача наиболее часто используемый пациентами источник информации — это отзывы тех, кто уже лечился у данного врача. Во всех трех группах этот источник информации был наиболее часто используемым. Вторым по частоте использования — это предшествующий собственный опыт обращения к этому врачу. В качестве третьего по рангу значимости критерия пациенты называли собственное мнение. При этом достоверных различий в использовании источников информации пациентами, включенными в первую и вторую группы, выявлено не было. Существенные различия в моделях поведения выявлены в отношении пациентов третьей группы, что сильно влияет на вероятность развития осложнений, требующих экстренной госпитализации. Главным критерием выбора медицинской организации при наличии такой возможности является наличие в ней грамотных специалистов, что расценивается значительно выше, чем хорошая репутация медицинской организации. Важное значение для пациентов имеет и географическая доступность, особенно для получающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях. Специфические особенности моделей поведения пациентов каждой группы должны определять и другие общие характеристики поведения, связанные со взаимодействием пациента и системы здравоохранения.

К л ю ч е в ы е с л о в а: пациенты; система здравоохранения; модели поведения пациента.

Для цитирования: Банин И. Н., Черкасов С. Н. Модели поведения пациентов при взаимодействии с системой здравоохранения (на примере болезней органов пищеварения). Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2025;33(3):401—405. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2025-33-3-401-405>

Для корреспонденции: Черкасов Сергей Николаевич, д-р мед наук, директор Медицинской высшей школы (институт), ФГБОУ ВО «Российский государственный социальный университет» Минобрнауки России, e-mail: cherkasovsn@mail.ru

Banin I. N.¹, Cherkasov S. N.^{2,3}

THE MODELS OF BEHAVIOR OF PATIENTS UNDER INTERACTION WITH HEALTH CARE SYSTEM AS EXEMPLIFIED BY DIGESTIVE APPARATUS DISEASES

¹The Ministry of Health Care of the Voronezh Oblast, 394006, Voronezh, Russia;

²The Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The Russian State Social University” of the Minobnauka of Russia, 129226, Moscow, Russia;

³N. A. Semashko National Research Institute of Public Health, 105064, Moscow, Russia

The role of patient, especially at early stages of disease, is decisive one in relation to disease outcome. Therefore, it is extremely important to analyze typical and deviant forms of one's behavior in interaction with health care system. The purpose of the study is to analyze models of behavior of patients with diseases of digestive system in interaction with the health care system.

Three comparison groups were formed for analysis. The first one included patients undergoing planned out-patient treatment ($n=531$), the second one — patients undergoing planned in-patient treatment (specialized Gastroenterology Department) ($n=822$). The third one — patients admitted for in-patient treatment at the Emergency Medical Care Hospital on emergency basis ($n=147$) on account of complications of primary disease (pathology of digestive organs). The groups were compared using such non-parametric criteria as the association coefficient (C_{ass}) and the χ^2 criterion.

It is established that at choosing physician, the most frequently used source of information by patients is opinions of ones who have already was treated by particular physician. In all three groups, this source of information was used most frequently. The second source most frequently used was one's own previous experience of visiting this physician. The third most important criterion of choice was patient own opinion. At that, no reliable differences in using of information sources by patients included in first and second groups were found. The significant differences in behavior models were found among patients of third group that significantly affects possibility of complications requiring emergency hospitalization. The main criterion for choosing medical organization, if such an opportunity exists, is availability of competent specialists that is considered much more important than good reputation of medical organization. The geographical accessibility is also of great importance for patients, especially for ones receiving medical care in out-patient conditions.

The specific characteristics of the models of behavior patterns of patients in each group should to determine other general characteristics of behavior associated with interaction of patient and the health care system.

Key words: patient; health care system; behavior; model.

For citation: Banin I. N., Cherkasov S. N. The models of behavior of patients under interaction with health care system as exemplified by digestive apparatus diseases. *Problemi socialnoi gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2025;33(3):401–405 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2025-33-3-401-405>

For correspondence: Cherkasov S. N., doctor of medical sciences, the Director of the Medical Higher School (Institute) of the Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The Russian State Social University” of the Minobrnauka of Russia. e-mail: cherkasovsn@mail.ru

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support.

Received 22.06.2024

Accepted 30.10.2024

Введение

Продолжительность заболевания, госпитализация, последствия операции, потеря социального статуса, изоляция пациента от привычного окружения разрушают привычные стереотипы поведения, выработанные в течение всей жизни, изменяют систему ценностей, существенно перестраивая личность больного, и ставят его перед многочисленными проблемами адаптации к новым условиям жизни [1–5].

При этом роль пациента, особенно на ранних стадиях развития болезни, является определяющей, поэтому в задачи настоящего исследования было включено проведение анализа поведения пациента (его типичных форм поведения) по отношению к взаимодействию с системой здравоохранения.

Понятие «модели поведения пациента» (при взаимодействии его с системой здравоохранения) было введено в лексикон специалистов в области общественного здоровья совсем недавно [6–8]. Под этим термином понимают характерные способы реагирования пациента (потенциального пациента) на стандартные ситуации, такие как причина (повод) для обращения за медицинской помощью, выбор медицинской организации и врача (при наличии такой возможности), отношение к соблюдению назначений врача, использование практики самолечения, поддержание контакта с лечащим врачом. Иными словами, именно поведение пациента определяет точность и правильность выполнения назначений и рекомендаций врача, а также своевременность обращения за медицинской помощью [9, 10].

Цель исследования — выполнить анализ моделей поведения пациентов с болезнями органов пищеварения при взаимодействии с системой здравоохранения.

Материалы и методы

В соответствии с задачами настоящего исследования был проведен анализ моделей поведения пациентов с болезнями органов пищеварения, связанных со взаимодействием с системой здравоохранения. В качестве характерных признаков таких моделей рассматривали критерии и источники информации, используемые при выборе врача и медицинской организации (при наличии такой возможности), отношение к соблюдению назначений врача, использование практики самолечения, поддержание контакта с лечащим врачом.

Для проведения анализа были сформированы три группы сравнения. Первая включала пациентов, проходящих плановое лечение в амбулаторных условиях ($n=531$), вторая — пациентов, проходящих плановое лечение в стационарных условиях (специализированное гастроэнтерологическое отделение; $n=822$), третья — пациентов, поступивших на стационарное лечение в Больницу скорой медицинской помощи в экстренном порядке ($n=147$) по поводу осложнений основного заболевания (патология органов пищеварения). Различались сравниваемые группы технологией наблюдения и лечения, т. е. организаций лечебно-диагностического процесса. В первой и второй группах лечение было плановым, различия заключались в условиях — амбулаторных или стационарных, тогда как в третьей группе пациенты проходили лечение в стационарных условиях, но поступали в стационар в экстренном порядке. Итого в исследование было включено 1500 пациентов. Данные о моделях поведения получены в процессе опроса. Сравнение групп проводили с использованием непараметрических критериев: коэффициента ассоциации (K_{acc}) и критерия χ^2 . Анализ критериев осуществляли с использованием стандартных подходов.

Результаты исследования

В результате исследования получены данные о том, что при выборе врача наиболее часто используемый пациентами источник информации — это отзывы тех, кто уже лечился у данного врача. В пользу такого источника высказались 35,1 на 100 опрошенных пациентов, включенных в первую группу, 36,3 включенных во вторую группу и 47,2 включенных в третью группу. Во всех группах этот источник информации является наиболее часто используемым. Полученные данные свидетельствуют о некотором преобладании этого источника среди пациентов третьей группы, однако достоверных различий выявлено не было ($K_{acc}=-0,24$; $\chi^2=2,32$; $p>0,05$ между первой и третьей группами и $K_{acc}=-0,23$; $\chi^2=2,21$; $p>0,05$ между второй и третьей группами).

Второй по частоте использования источник информации — это предшествующий собственный опыт обращения к этому врачу. Так считали 33,5 на 100 опрошенных пациентов, включенных в первую группу, 35,1 включенных во вторую группу и 29,4 включенных в третью группу. И в данном случае достоверных различий между группами не наблюдалось ($p>0,05$).

Данные об источниках информации, используемых пациентами при выборе врача при наличии такой возможности, — источники «второй линии» (на 100 опрошенных пациентов в каждой исследованной группе)

Источник информации «второй линии»	Группа			Различия между группами
	первая	вторая	третья	
Средства массовой информации	4,1	4,2	8,2	** , ***
Реклама	4,2	3,1	0,0	** , ***
Отзывы в интернете	16,4	15,5	10,3	Нет достоверных различий
Рейтинг на сайте медицинской организации	9,3	8,3	0,0	** , ***
Другие врачи	9,6	10,1	4,4	** , ***

Примечание. *Наличие достоверных различий между первой и второй группами; **наличие достоверных различий между первой и третьей группами; ***наличие достоверных различий между второй и третьей группами.

В качестве третьего по рангу значимости критерия пациенты называли собственное мнение. Так считали по 24,1 на 100 опрошенных, включенных в первую и вторую группы, и только 8,3 на 100 опрошенных, включенных в третью группу. В данном случае различия между группами были достоверными ($K_{acc}=0,56$; $\chi^2=6,21$; $p<0,05$).

Следовательно, три главных критерия выбора врача основываются на субъективной информации, полученной либо самостоятельно, либо от других пациентов, причем последний источник является приоритетным. Такие источники можно рассматривать как источники «первой линии». Совокупно они являются важными для 92,4 пациента на 100 опрошенных, включенных в первую группу, 95,3 включенных во вторую группу и 86,6 включенных в третью группу. Структура важности указанных источников одинакова в первой и во второй группах и несколько отличается у пациентов третьей группы, которые меньше доверяют собственному мнению и больше доверяют отзывам других пациентов. Такой подход может определять и повышенную склонность пациентов третьей группы к использованию советов окружающих (не специалистов), фармацевтов в аптеках при покупке лекарственных препаратов. Возможно, что такое отношение к источникам получения информации, которая в данном случае по определению не может являться адекватной, повышает степень тяжести имеющихся заболеваний и вероятность развития осложнений патологического процесса.

Данные о других критериях и источниках информации представлены в таблице.

Из информации, представленной в таблице, следует, что достоверных различий в использовании источников информации пациентами, включенными в первую и во вторую группы, выявлено не было. Это косвенно свидетельствует об отсутствии влияния особенностей их модели поведения на выбор места оказания медицинской помощи (амбулаторные или стационарные условия), тогда как она сильно влияет на вероятность развития осложнений, требующих экстренной госпитализа-

ции (пациенты, включенные в третью группу сравнения).

Следующей характеристикой модели поведения, подвергнутой анализу, стали критерии выбора медицинской организации при наличии такой возможности. Наиболее важным критерием выбора медицинской организации для пациента является наличие в штате организации грамотных специалистов. Среди пациентов первой группы 45,1 на 100 опрошенных придерживались этого мнения, среди пациентов второй группы — 51,6 и среди пациентов третьей группы — 47,4, достоверных различий между группами не было ($p>0,05$). Однако не во всех сравниваемых группах он занимал приоритетное место. Так, среди пациентов первой группы (степень тяжести заболевания минимальна) первое иерархическое место принадлежало другому критерию — близости медицинской организации к месту проживания пациента (55,1 на 100 опрошенных). Следует также отметить, что пациенты первой группы получали медицинскую помощь в амбулаторных условиях и близость медицинской организации (места получения медицинской помощи) для них была принципиальной. В итоге они более ценили критерий «географической доступности», чем наличие грамотных специалистов.

Для пациентов второй группы (лечение в стационарных условиях) критерий «географической доступности» теоретически был уже не так важен, что и подтверждено в ходе настоящего исследования. Только 48,2 на 100 опрошенных отметили важность для себя этого критерия, и они отнесли его на второе место. Еще меньшее значение этот критерий имел для пациентов третьей группы (экстренно госпитализированные по поводу осложнений основного заболевания): только 40,4 на 100 опрошенных считали этот критерий важным для себя.

На третьем месте в иерархии критериев для пациентов первой группы была хорошая репутация медицинской организации (24,2 на 100 опрошенных). Логично предположить, что репутацию медицинской организации формируют специалисты, которые работают в этой организации, но такие совпадения наблюдались не всегда. В первой группе такие совпадения наблюдались только у каждого четвертого пациента, указавшего, что ему важно наличие грамотных специалистов в медицинской организации (11,8 на 100 опрошенных). Следовательно, большинство пациентов различают два понятия — «наличие в медицинской организации грамотных специалистов» и «хорошая репутация медицинской организации». Более важным для них является наличие специалистов, а не репутация медицинской организации в целом.

Для пациентов второй группы хорошая репутация медицинской организации также располагалась на третьем месте (27,3 на 100 опрошенных), они также разделяли два понятия — «наличие в медицинской организации грамотных специалистов» и «хорошая репутация медицинской организации». Более важным для них является наличие специалистов, а

не репутация медицинской организации в целом. Совпадение наблюдались только у 15,1 на 100 опрошенных, т. е. $\frac{1}{3}$ тех, кто указал на важность наличия в медицинской организации грамотных специалистов. Для пациентов третьей группы хорошая репутация медицинской организации была важна в меньшей степени, чем для пациентов первой и второй групп (14,9 на 100 опрошенных).

Четкая организация работы и одна из характеристик такой организации — отсутствие очередей на прием — практически совпадали между собой, по мнению опрошенных пациентов. Наиболее важно это было для пациентов первой и второй групп (17,1 и 17,3 на 100 опрошенных пациентов первой группы и 17,1 и 20,4 на 100 опрошенных пациентов второй группы соответственно). Для пациентов третьей группы этот критерий не имел такого значения (7,1 и 8,3 на 100 опрошенных пациентов третьей группы соответственно).

Относительная дешевизна медицинских услуг, как представляется на первый взгляд, должна больше интересоваться пациентов, получающих амбулаторное лечение, поскольку платные услуги по большей части они получают в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях. Однако это меньше всего интересовало именно пациентов первой группы (4,1 на 100 опрошенных), тогда как пациенты, проходящие лечение в стационарных условиях, указывали на этот критерий гораздо чаще (13,4 на 100 опрошенных), а наиболее часто на него указывали пациенты третьей группы (25,7 на 100 опрошенных).

Такие данные можно объяснить тем, что пациенты выстраивают шкалу приоритетов не только для настоящего времени и для текущего состояния, но и на основании всего опыта общения с медицинскими организациями. Пациенты, которые считали для себя критерий дешевизны платных услуг важным, старались избегать медицинских организаций, где такое услуги стоили дорого (по их субъективным представлениям) или вообще отказывались от получения таких услуг, т. е. пациенты третьей группы не могли себе позволить платные медицинские услуги в том же объеме, что и пациенты первой и второй групп. В итоге объем оказанной медицинской помощи в отношении них мог быть ниже, что, наряду с другими факторами, повышало вероятность развития осложнений основного заболевания и госпитализации в экстренном порядке.

Заключение

Пациенты третьей группы меньше доверяют собственному мнению и больше доверяют отзывам других пациентов, т. е. не специалистов, и меньше прислушиваются к мнению врачей. Такие специфические особенности модели поведения пациентов, включенных в третью группу, должны определять и другие характеристики модели поведения, связанные со взаимодействием с системой здравоохранения.

Главным критерием выбора медицинской организации при наличии такой возможности является наличие в ней грамотных специалистов (так считают до половины опрошенных пациентов), что расценивается гораздо выше, чем хорошая репутация медицинской организации (на это указали только $\frac{1}{4}$ опрошенных). Существенна для пациентов и географическая доступность, особенно для получающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях. Четкая организация работы и одна из характеристик такой организации — отсутствие очередей на приеме — больше интересовала пациентов первой и второй групп, тогда как у пациентов третьей группы этот критерий практически не вызывал интереса, их больше интересовала дешевизна оказываемых платных медицинских услуг.

Исследование не имело спонсорской поддержки.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Глухова Е. И., Шкляев А. Е., Максимов К. В., Бессонов А. Г. Качество жизни и уровень тревожности гастроэнтерологических пациентов. В сб.: Здоровье населения и качество жизни: электронный сборник материалов VII Всероссийской с международным участием заочной научно-практической конференции, Санкт-Петербург, 30 марта 2020 г. СПб.; 2020. С. 90—6.
2. Ревель-Муроз Ж. А., Головнева Е. С., Кравченко Т. Г. Оценка качества жизни больных хроническим фиброзным панкреатитом после лазерной туннелизации поджелудочной железы. *Лазерная медицина*. 2021;25(S3):26.
3. Галимов О. В., Ханов В. О., Сатаев В. У. К вопросу о хирургической коррекции эвакуаторных нарушений верхних отделов желудочно-кишечного тракта. *Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология*. 2022;202(6):127—30.
4. Парфенов А. И. Боль в животе. *Терапевтический архив*. 2023;95(2):113—9.
5. Abdurakhmanov D. Sh., Rakhmanov K. E., Davlatov S. S., Hidirov Z. E. Quality of life of patients before and after surgical treatment of diffuse toxic goiter. *Вестник науки и образования*. 2021;106(3-2):80—7.
6. Черкасов С. Н., Горбунов А. Л., Федяева А. В. Влияние уровня образования на модели поведения, связанные с обращением за медицинской помощью. *Международный научно-исследовательский журнал*. 2022;9(123):1—5.
7. Камаев Ю. О., Черкасов С. Н., Федяева А. В., Мартыросов А. В. Модели поведения, связанные с обращением за медицинской помощью пациентов с разным уровнем располагаемого дохода. *Вестник Санкт-Петербургского университета. Медицина*. 2023;18(1):70—8.
8. Genovese U., Del Sordo S., Casali M. A new paradigm on health care accountability to improve the quality of the system: four parameters to achieve individual and collective accountability. *J. Global Health*. 2017;7(1):010301.
9. Келасев В. Н., Первова И. Л., Полуэктова Н. М. Концепция человека: социальные и субъективные детерминанты здоровья. *Вестник Санкт-Петербургского университета. Серия 12. Психология. Социология. Педагогика*. 2016;(1):15—26.
10. Missinne S., Meuleman B., Bracke P. The popular legitimacy of European healthcare systems: a multilevel analysis of 24 countries. *J. Eur. Soc. Policy*. 2013;(23):231—47.

Поступила 22.06.2024
Принята в печать 30.10.2024

REFERENCES

1. Glukhova E. I., Shklyayev A. E., Maksimov K. V., Bessonov A. G. Quality of life and anxiety level of gastroenterologi-

Здоровье и общество

- cal patients. In: Population health and quality of life: electronic collection of materials of the VII All-Russian with international participation correspondence scientific and practical conference, St. Petersburg, March 30, 2020. Vol. 1. St. Petersburg; 2020. P. 90–6 (in Russian).
2. Revel-Muroz Zh. A., Golovneva E. S., Kravchenko T. G. Assessment of the quality of life of patients with chronic fibrous pancreatitis after laser tunnelization of the pancreas. *Laser Medicine*. 2021;25(S3):26 (in Russian).
 3. Galimov O. V., Khanov V. O., Satayev V. U. On the issue of surgical correction of evacuation disorders of the upper gastrointestinal tract. *Experimental and Clinical Gastroenterology*. 2022;202(6):127–30 (in Russian).
 4. Parfenov A. I. Abdominal pain. *Therapeutic Archive*. 2023;95(2):113–9 (in Russian).
 5. Abdurakhmanov D. Sh., Rakhmanov K. E., Davlatov S. S., Hidirov Z. E. Quality of life of patients before and after surgical treatment of diffuse toxic goiter. *Bulletin of Science and Education*. 2021;106(3-2):80–7.
 6. Cherkasov S. N., Gorbunov A. L., Fedyaeva A. V. The influence of the level of education on behavior patterns associated with seeking medical care. *International Research Journal*. 2022;9(123):1–5 (in Russian).
 7. Kamaev Yu. O., Cherkasov S. N., Fedyaeva A. V., Martirosov A. V. Behavior patterns associated with seeking medical care by patients with different levels of disposable income. *Bulletin of St. Petersburg University. Medicine*. 2023;18(1):70–8 (in Russian).
 8. Genovese U., Del Sordo S., Casali M. A new paradigm on health care accountability to improve the quality of the system: four parameters to achieve individual and collective accountability. *J. Global Health*. 2017;7(1):010301.
 9. Kelasyev V. N., Pervova I. L., Poluektova N. M. The concept of man: social and subjective determinants of health. *Bulletin of St. Petersburg University. Series 12. Psychology. Sociology. Pedagogy*. 2016;(1):15–26 (in Russian).
 10. Missinne S., Meuleman B., Bracke P. The popular legitimacy of European healthcare systems: a multilevel analysis of 24 countries *J. Eur. Soc. Policy*. 2013;(23):231–47.

Амонова Д. С.¹, Ананченкова П. И.², Касымова Л. Н.³**АКТИВНОЕ ДОЛГОЛЕТИЕ В ПОВЕСТКЕ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ДЕМОГРАФИЧЕСКОЙ ПОЛИТИКИ СТРАН
СОДРУЖЕСТВА НЕЗАВИСИМЫХ ГОСУДАРСТВ**¹Российско-Таджикский Славянский университет, 734025, г. Душанбе, Республика Таджикистан;²ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н. А. Семашко» Минобрнауки России, 105064, г. Москва;³Университет Нархоз, 050035, г. Алматы, Казахстан

В статье рассмотрено становление и развитие концепта активного долголетия в государственной демографической политике стран Содружества Независимых Государств. На основе анализа программных документов, стратегий и институциональных механизмов государств — участников Содружества выявлены общие черты и национальные особенности реализации политики в отношении стареющего населения. Особое внимание уделено вопросам институционализации подхода к активному долголетию, а также роли межгосударственного сотрудничества в продвижении возрасто-дружественной повестки.

Ключевые слова: активное долголетие; демографическая политика; старение населения; социальная инклюзия; международное сотрудничество.

Для цитирования: Амонова Д. С., Ананченкова П. И., Касымова Л. Н. Активное долголетие в повестке государственной демографической политики стран Содружества Независимых Государств. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2025;33(3):407—413. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2025-33-3-407-413>

Для корреспонденции: Амонова Дильбар Субхоновна, д-р экон. наук, профессор, e-mail: amonovads@rambler.ru

Amonova D. S.¹, Ananchenkova P. I.², Kasymova L. N.³**THE ACTIVE LONGEVITY IN AGENDA OF STATE DEMOGRAPHIC POLICY OF COUNTRIES OF THE
COMMONWEALTH OF INDEPENDENT STATES**¹The Interstate Educational Institution of the Higher Education “Russian-Tajik (Slavonic) University”, 734025, Dushanbe, the Republic of Tajikistan;²N. A. Semashko National Research Institute of Public Health, 105064, Moscow, Russia;³The Non-Commercial Joint-Stock Company “Narxoz University”, 050035, Almaty, Kazakhstan

The article considers becoming and development of concept of active longevity in the state demographic policy of the countries of the Commonwealth of Independent States (CIS). On the basis of analysis of program documents, strategies and institutional mechanisms of the CIS member states, common characteristics and national peculiarities of implementation of policy related to the aging population are identified. The special attention is paid to issues of institutionalization of approach to active longevity, as well as to role of interstate cooperation in promoting age-friendly agenda.

Keywords: active longevity; demographic policy; the CIS; population aging; social inclusion; international cooperation.

For citation: Amonova D. S., Ananchenkova P. I., Kasymova L. N. The active longevity in agenda of state demographic policy of countries of the Commonwealth of Independent States. *Problemi socialnoi gigieni, zdavoookhranenia i istorii meditsini*. 2025;33(3):407—413 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2025-33-3-407-413>

For correspondence: Amonova D. S., doctor of economical sciences, professor, the Interstate Educational Institution of the Higher Education “Russian-Tajik (Slavonic) University”. e-mail: amonovads@rambler.ru

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support.

Received 05.08.2024

Accepted 30.10.2024

Введение

Современные демографические процессы характеризуются устойчивым трендом на старение населения, который затрагивает как развитые, так и развивающиеся страны. Согласно прогнозам Организации Объединенных Наций (ООН), к середине XXI в. доля людей в возрасте 60 лет и старше превысит 20% населения планеты. Эта тенденция актуальна и для стран постсоветского пространства, входящих в Содружество Независимых Государств (СНГ), где увеличение доли пожилого населения сочетается с рядом специфических факторов: трансформацией систем социальной защиты, изменением семейных моделей, миграционными процессами, экономическими и инфраструктурными дисбалансами.

В условиях демографического старения перед государствами СНГ встают комплексные задачи: сохранить устойчивость пенсионных систем, обеспечить доступность и качество медицинской и социальной помощи, предотвратить возрастную маргинализацию, а также адаптировать инфраструктуру к новым потребностям. В этих условиях концепт активного долголетия становится не только гуманистическим идеалом, но и важным инструментом государственной политики, направленным на расширение возможностей пожилых людей для полноценной, безопасной и активной жизни.

Активное долголетие в международной практике трактуется как мультидисциплинарный и межсекторный подход, ориентированный на здоровье, участие, безопасность и непрерывное обучение в пожи-

лом возрасте. Его реализация требует согласованных усилий государства, гражданского общества и международных организаций, а также пересмотра устаревших подходов к социальной политике в отношении пожилых граждан.

Для стран СНГ актуальность внедрения политики активного долголетия обусловлена рядом факторов:

- необходимостью модернизации демографической и социальной политики в условиях стареющего общества;
- ростом численности пожилого населения и увеличением продолжительности жизни;
- потребностью в интеграции лучших международных практик и стандартов в национальные стратегии;
- запросом на создание инклюзивной среды, способствующей участию пожилых людей в жизни общества.

Несмотря на то что в отдельных государствах СНГ предпринимаются шаги в направлении активного долголетия, отсутствует единый подход к его институционализации и нормативной фиксации. Политика в данной сфере зачастую остается фрагментарной и ограниченной узким набором социальных мер, тогда как вызовы требуют комплексных, устойчивых и межгосударственно согласованных решений.

В этой связи представляет научный и практический интерес анализ подходов к реализации концепции активного долголетия в демографической политике стран СНГ, их институциональных моделей, программных документов, механизмов межсекторного и межгосударственного взаимодействия. Исследование данной темы способствует выявлению точек роста, обмену эффективными практиками, а также формированию новой региональной повестки в области гуманитарного и социального развития.

Материалы и методы

Настоящее исследование выполнено в рамках междисциплинарного подхода, сочетающего методы политической науки, социологии старения, сравнительной социальной политики и демографии. Методологическая основа статьи опирается на принципы структурного анализа, институциональной компаративистики и стратегического подхода к формированию государственной политики.

Материалы исследования включают официальные нормативные правовые акты и программные документы Российской Федерации, Республики Казахстан и Республики Таджикистан, статистическую информацию, предоставленную национальными органами статистики, научную литературу, посвященную вопросам старения населения, активного долголетия и возрастной политики.

В исследовании использованы сравнительно-политический анализ, позволивший выявить общие черты и различия в подходах к активному долголетию между странами СНГ, контент-анализ стратеги-

ческих и законодательных документов, направленный на выявление ключевых приоритетов, понятий и механизмов реализации политики в отношении пожилых, структурно-функциональный анализ, примененный для оценки институциональных механизмов, действующих в рамках национальных моделей активного долголетия, системный подход, позволивший рассматривать активное долголетие как элемент целостной демографической и социальной политики.

Исследование имеет определенные ограничения, связанные с неоднородностью статистических данных по странам СНГ, отсутствием полной унификации понятийного аппарата в области возрастной политики на постсоветском пространстве, недостаточной открытостью информации о некоторых региональных программах на уровне муниципалитетов и неправительственных организаций (НПО). Также работа ограничена анализом активного долголетия только в трех странах СНГ: Российской Федерации, Республике Таджикистан и Республике Казахстан.

Результаты исследования

Концепт активного долголетия (active ageing), официально введенный в международный оборот Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) в 2002 г., представляет собой ответ на глобальные демографические трансформации и необходимость переосмысления роли пожилых людей в обществе. Согласно определению ВОЗ, активное долголетие — это процесс «оптимизации возможностей для здоровья, участия и безопасности с целью улучшения качества жизни по мере старения» [1].

Ключевая новизна подхода заключается в переходе от патерналистской модели, где пожилой человек рассматривается как объект социальной защиты, к инклюзивной и субъектной модели, предполагающей участие пожилых в социальной, экономической, культурной и политической жизни. Это означает, что успешное старение должно обеспечиваться не только усилиями самого человека, но и созданием благоприятной социальной среды, ориентированной на принципы справедливости, доступности и межпоколенческой солидарности.

Как подчеркивает М. Б. Хольштайн, «идея активного старения поднимает вопрос не о том, как старость переживается, а о том, как она организуется политически и структурно» [2]. Таким образом, активное долголетие — не только биопсихологическое состояние, но и политико-институциональный результат.

Модель активного долголетия включает четыре взаимосвязанных компонента:

- здоровье — доступ к медицинской помощи, профилактике и поддержке функциональной активности;
- участие — включение в трудовую деятельность, волонтерство, образование, политическую жизнь;

- безопасность — обеспечение экономической, физической и социальной защищенности;
- обучение — поддержка непрерывного образования и цифровой инклюзии в пожилом возрасте.

По данным доклада Global AgeWatch Index, в мире сохраняются значительные различия в уровне реализации этих компонентов. Так, лидерами по условиям для активного старения являются Норвегия, Швеция, Япония, Германия и Канада, тогда как большинство стран с переходной экономикой, включая ряд государств СНГ, отстают по ряду ключевых индикаторов (доступ к здравоохранению, пенсионное обеспечение, возрастная дискриминация, инфраструктура) [3].

В странах СНГ подход к активному долголетию постепенно начинает институционализироваться. Россия, Казахстан, Беларусь, Узбекистан и Армения уже включили аспекты активного долголетия в стратегические документы, касающиеся демографии, здравоохранения и социальной политики. Однако исследования показывают:

- отсутствует единая понятийная база — термины «активное долголетие», «здоровое старение», «продуктивное долголетие» используются без разграничения;
- сохраняется фрагментарность политики — меры носят эпизодический или проектный характер, а не являются частью устойчивой государственной стратегии;
- недостаточны межведомственная координация и участие гражданского общества;
- остаются высокими риски возрастной изоляции, бедности и цифрового неравенства среди пожилых.

При этом позитивным является тот факт, что государства региона начинают включать пожилых людей в стратегии устойчивого развития, продвигать межпоколенческое взаимодействие и поддерживать волонтерские инициативы. Как отмечает А. Уолкер, «переход к политике активного старения — это переход к новой парадигме социальной политики, где пожилой человек рассматривается как ресурс, а не как бремя» [4].

Активное долголетие в контексте демографической политики СНГ выступает как междисциплинарный и межсекторальный инструмент, способствующий не только индивидуальному благополучию пожилых граждан, но и социальной устойчивости, экономической эффективности и политической инклюзии.

В начале XXI в. страны СНГ вступили в фазу устойчивого демографического старения, что отражает общемировую тенденцию. Однако специфика этого процесса в регионе обусловлена последствиями демографического перехода, политико-экономическими трансформациями 1990-х годов, миграционными процессами и различиями в темпах модернизации социальной инфраструктуры.

Согласно данным ООН и Межпарламентской ассамблеи СНГ, по состоянию на 2023 г. доля насе-

ния в возрасте 60 лет и старше варьирует в странах СНГ от 10 до 24%. Наиболее высокая доля пожилых зафиксирована в Российской Федерации (24%), Беларуси (22%), Украине (21%) и Казахстане (16,5%). Эти государства уже перешли к модели стареющего общества, по международной классификации, в то время как Кыргызстан (9,5%), Узбекистан (9,2%) и Таджикистан (6,4%) все еще сохраняют демографически молодую структуру населения, но демонстрируют устойчивую тенденцию к увеличению доли пожилых [5].

По прогнозам ООН, к 2040 г. во всех странах СНГ произойдет значительное смещение возрастной структуры населения: в России и Беларуси доля лиц старше 60 лет достигнет 30%, в Казахстане превысит 22%, в странах Центральной Азии (Узбекистан, Таджикистан, Киргизия) возрастная группа 60+ удвоится, хотя общая структура останется относительно молодой. Таким образом, процесс старения становится универсальным, хотя и разновременным, что требует как национальных, так и координированных региональных ответов в сфере демографической политики.

Старение населения в странах СНГ обусловлено рядом факторов.

1. Снижение рождаемости — большинство стран региона демонстрируют суммарный коэффициент рождаемости ниже уровня воспроизводства (2,1), за исключением отдельных республик Центральной Азии.

2. Увеличение продолжительности жизни — по данным ВОЗ, средняя продолжительность жизни в регионе составляет 71–74 года, при этом наблюдается устойчивая тенденция к увеличению показателей, особенно среди женщин.

3. Миграционные потоки — значительная часть молодого трудоспособного населения мигрирует в Россию, Казахстан и за пределы СНГ, что дополнительно усиливает старение в странах — донорах миграции, например в Армении, Узбекистане, Таджикистане.

4. Феминизация старости — женщины составляют до 65–70% населения в возрастной группе 65+, особенно в странах с высокими показателями мужской смертности [6].

Рост доли пожилого населения оказывает прямое давление на основные государственные институты. Снижение численности работающего населения приводит к уменьшению базы для отчислений и увеличению числа пенсионеров. Во многих странах уже фиксируется дефицит пенсионных фондов и растущая потребность в реформировании (в том числе повышении пенсионного возраста, внедрении накопительных элементов). Пожилые граждане нуждаются в более интенсивной и длительной медицинской помощи. Наблюдается рост хронических неинфекционных заболеваний, потребность в гериатрии и системе длительного ухода, которых в большинстве стран СНГ пока недостаточно. Возрастают требования к социальной инфраструктуре, уходу на дому, поддержке одиноких пожилых и восстано-

Здоровье и общество

дружественной среде. Особенно уязвимы пожилые в сельской местности и отдаленных регионах. Трудовая активность лиц 55+ в странах СНГ остается на низком уровне. Возрастная дискриминация и отсутствие программ переподготовки мешают пожилым оставаться экономически активными, что ограничивает реализацию принципов активного долголетия.

Несмотря на очевидные риски, демографическое старение может рассматриваться не только как угроза, но и как возможность для трансформации социальной политики. Пожилые люди — это ресурс для добровольчества, наставничества, межпоколенческого обмена; крупнейший потребительский сегмент (развитие *silver economy*); носители знаний, культуры и социальной устойчивости.

Политика активного долголетия в таком контексте становится важным направлением государственной демографической стратегии, которое должно учитывать не только биологический возраст, но и социальную вовлеченность, способность к самоактуализации и условия внешней среды.

Российская Федерация занимает лидирующие позиции среди стран СНГ по уровню институционального оформления и реализации политики активного долголетия. Это обусловлено как масштабами демографического старения (на 2023 г. доля граждан в возрасте 60 лет и старше составляет более 24% населения страны [7]), так и необходимостью структурной модернизации социальной сферы в условиях демографического перехода.

Политика активного долголетия в России развивается в рамках комплекса стратегических и программных документов, среди которых:

- Национальный проект «Демография» [8]. В его структуре действует федеральный проект «Старшее поколение», основной задачей которого является повышение качества жизни граждан пожилого возраста.
- «Стратегия действий в интересах граждан старшего поколения в Российской Федерации до 2025 года» [9]. Документ определяет направления государственной политики по формированию условий для активной, достойной и безопасной жизни пожилых.
- Концепция демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года [10]. Концепция подчеркивает необходимость повышения уровня социальной защиты и интеграции пожилых граждан в жизнь общества.

Существует и ряд других документов.

В 2023 г. Минтруд России инициировал разработку пилотной модели системы долговременного ухода, что напрямую связано с задачами активного долголетия и поддержания автономности пожилых.

В рамках национального проекта «Демография» осуществляется внедрение системы долговременного ухода за пожилыми людьми. К 2023 г. пилотные модели внедрены более чем в 30 субъектах РФ [11]. Формируются межведомственные службы, предоставляющие услуги сиделок, сопровождающих, по-

мощников по быту, с применением технологий адресной помощи и цифрового мониторинга. Более 600 тыс. пожилых граждан ежегодно получают санаторно-курортное лечение за счет федерального и региональных бюджетов. Реализуются программы диспансеризации, профилактики заболеваний и социальной реабилитации. В 2021—2023 гг. более 300 тыс. человек старшего возраста прошли обучение в рамках федеральной программы «Старшее поколение» — от компьютерной грамотности до курсов профессиональной переподготовки. Регионы активно внедряют инициативы по цифровой инклюзии пожилых, например проект «Бабушка онлайн».

Программы содействия занятости (через центры «Моя карьера» и службы занятости) включают стимулирование найма граждан 50+, организацию ярмарок вакансий и переквалификацию. По данным Росстата, уровень занятости среди граждан 55—64 лет составил в 2023 г. 58,4% [13].

Развивается практика «серебряного волонтерства»: 2022 г. в России почти 165 тыс. людей в возрасте от 55 лет и старше приняли активное участие в волонтерской деятельности [14]. Координацию осуществляет Ассоциация «Серебряный возраст» при поддержке платформы Добро.РФ.

Во многих регионах действуют центры активного долголетия и возраст-дружественные пространства, способствующие социальной интеграции пожилых, например проект «Московское долголетие», охватывающий более 350 тыс. человек старше 55 лет в г. Москве.

Несмотря на масштабность программ и охват населения, реализация политики активного долголетия в России сталкивается с рядом вызовов, среди которых неравномерность регионального развития: в субъектах с ограниченным бюджетом или сельскими территориями доступ к услугам остается ограниченным, отмечаются недостаток кадров в сфере ухода и геронтологии, фрагментарность статистического учета результатов социальных программ, отсутствие отдельного федерального закона об активном долголетии — при наличии программных документов отсутствует нормативное закрепление понятия на уровне закона.

В то же время наблюдается устойчивая тенденция к систематизации подходов, укреплению межведомственного взаимодействия и росту общественного участия. Российская практика может рассматриваться как модель регионального уровня, имеющая потенциал тиражирования в других странах СНГ.

Казахстан — одно из немногих государств Центральной Азии, которое официально включило вопросы активного долголетия в рамки государственной демографической и социальной политики. Это обусловлено устойчивой тенденцией демографического старения: по данным Бюро национальной статистики Республики Казахстан, на начало 2023 г. доля населения в возрасте 60 лет и старше составила

13,9%, при этом прогнозируется рост до 20% к 2040 г. [16].

Учитывая эти тенденции, казахстанское правительство с 2018 г. последовательно развивает институциональные и программные подходы к активному долголетию, нацеленные на повышение качества жизни пожилых людей, их вовлечение в социальную и экономическую жизнь и укрепление межпоколенческой солидарности.

Политика активного долголетия в Казахстане реализуется в контексте следующих ключевых документов:

- Стратегия «Казахстан-2050» (принята в 2012 г.) провозглашает принцип инклюзивного роста и социальной стабильности, включая обеспечение достойной жизни гражданам пожилого возраста [17].
- Национальный план действий по улучшению положения граждан старшего поколения «Активное долголетие» в Республике Казахстан до 2025 г. [18], который определяет приоритетные направления:
 - совершенствование системы здравоохранения и ухода;
 - трудовая активность и занятость пожилых;
 - участие в общественной жизни и добровольчестве;
 - развитие системы непрерывного обучения;
 - борьба с эйджизмом.
- Концепция социальной политики до 2030 г. [19], одобренная в 2022 г., закрепляет принципы активного, безопасного и достойного старения, подчеркивая необходимость межведомственного и межсекторального взаимодействия.

Во многих регионах страны открываются центры активного долголетия, предлагающие программы оздоровления, обучения, досуга и юридической консультации для граждан 60+. В 2022 г. функционировали более 80 центров в 14 областях, в том числе в рамках государственного социального заказа и через сотрудничество с НПО [20].

В стране с 2019 г. реализуется инициатива «Казахстан — страна для всех возрастов» под эгидой Министерства труда и социальной защиты населения, включающая образовательные курсы для пожилых, программы цифровой грамотности, вовлечение пенсионеров в наставничество и волонтерство, создание условий для физической активности и социализации.

Согласно официальной статистике, уровень занятости населения в возрасте 55—64 лет в 2022 г. составил 57,4%, а для категории 65+ — 19,8% [21]. Для повышения этих показателей реализуются программы поддержки предпринимательства и трудоустройства пожилых.

На 2023 г. в Казахстане функционирует более 70 геронтологических кабинетов при поликлиниках, однако полноценная система гериатрической помощи пока находится в стадии становления [22]. Про-

водится диспансеризация лиц 60+, развивается пилотный проект по долговременному уходу.

В рамках реализации государственной молодежной и семейной политики формируются площадки, объединяющие пожилых наставников и молодежь (программы «Старшие наставники», «День пожилого волонтера» и др.).

Несмотря на нарастающее внимание к проблемам старения, политика активного долголетия в Казахстане сталкивается с рядом барьеров: низок уровень межведомственной координации, отсутствует целостная архитектура реализации политики на местах, существуют финансовая и кадровая ограниченность центров активного долголетия, цифровой разрыв между поколениями (в 2022 г. интернетом регулярно пользовались только 37% граждан 60+ [23]), недостаточная осведомленность пожилых о своих правах и возможностях участия в программах.

Тем не менее Казахстан демонстрирует устойчивое стремление к интеграции международных стандартов в национальную практику. Страна активно сотрудничает с международными организациями (Всемирный банк, ВОЗ, UNFPA), принимает участие в региональных платформах по вопросам старения и продвигает принципы справедливого и активного старения на уровне СНГ.

Республика Таджикистан пока находится на начальной стадии реализации политики активного долголетия, что объясняется демографическими особенностями страны. По данным Института экономики и демографии Национальной академии наук Таджикистана, на 2023 г. население Республики составило 10 078,4 тыс. человек, доля населения 60+ составляла 6,4%, однако ожидается ее удвоение к 2050 г. Несмотря на пока еще относительно «молодую» возрастную структуру, тенденции старения становятся все более заметными в социально-экономическом и политическом контексте.

На уровне правительственной политики отдельной стратегии по активному долголетию в Таджикистане пока не принято. Вопросы, касающиеся пожилого населения, включены в более широкие документы: Национальная стратегия развития на период до 2030 г. [25], Государственная программа по социальной защите населения [26]. Особое внимание уделяется предоставлению пенсий, социальных пособий, доступу к медицинским услугам и борьбе с бедностью среди пожилых.

Программы, направленные на продление активной жизни и участие пожилых в обществе, реализуются в основном при поддержке международных организаций и НПО. С 2020 г. при поддержке UNFPA и HelpAge International внедряются пилотные программы по созданию возрасто-дружественных сообществ, где пожилые участвуют в локальном самоуправлении, обучении и общественной деятельности. Развиваются формы домашнего ухода за пожилыми, особенно в сельской местности, где остро ощущается нехватка учреждений стационарного типа. Осуществляется работа по цифровой гра-

Здоровье и общество

мотности и вовлечению пожилых в волонтерские проекты, однако эти программы пока охватывают ограниченное число участников.

Вместе с тем в стране наблюдаются отсутствие институциональной системы долговременного ухода, ограниченный бюджет на социальные нужды и нехватка кадров в гериатрии, цифровой разрыв и слабая информированность пожилых о своих правах, недостаточная политическая репрезентация интересов пожилых граждан.

Политика активного долголетия в странах СНГ развивается в условиях общего тренда демографического старения, но отражает различия в ресурсных, институциональных и социокультурных характеристиках. При этом можно выделить ряд сходств, формирующих региональную специфику, а также принципиальные различия, определяющие характер национальных моделей.

Общими чертами являются следующие:

- Признание старения как демографического вызова в стратегических документах. Во всех странах СНГ на уровне государственных программ и национальных стратегий зафиксировано понимание старения как долгосрочного вызова. Это отражено в национальных проектах России (например, «Демография»), в Национальном плане по вопросам старения Казахстана, в долгосрочных стратегиях развития Беларуси, Армении, Узбекистана. Таким образом, старение населения перестает восприниматься исключительно как объект социальной защиты и становится важным направлением демографического, экономического и социального планирования.
- Рост институциональной поддержки ухода и медицинских программ. Большинство государств СНГ реализуют программы диспансеризации пожилых, развития первичной медицинской помощи и гериатрии, создания элементов долговременного ухода. Так, в России и Казахстане уже функционируют модели патронажного обслуживания, в то время как в Таджикистане и Кыргызстане подобные механизмы формируются в партнерстве с международными организациями.
- Расширение образовательных и культурных программ для пожилых. Внедряются курсы цифровой грамотности, например проект «Цифровая Академия» в Республике Казахстан, профессиональной переподготовки, обучения в университетах третьего возраста, в том числе в России, Беларуси, Армении. Также поддерживаются формы «серебряного волонтерства» и досуговой активности (клубы активного долголетия, центры досуга).
- Использование международного опыта и партнерств. Во многих странах СНГ осуществляется адаптация стратегий и рекомендаций ВОЗ (концепция активного и здорового старения), UNFPA (поддержка пилотных проектов в Центральной Азии), HelpAge International (модель

возрасто-дружественных сообществ в Таджикистане, Молдове, Кыргызстане). Международные партнеры играют ключевую роль в экспертизе, финансировании пилотов и продвижении возрастной инклюзии.

Различия в национальных подходах проявляются:

- В степени включенности активного долголетия в государственную стратегию. Так, для России, Казахстана, Беларуси характерно наличие утвержденных стратегий и национальных планов, закрепленных в нормативных документах. В Армении, Таджикистане политика активного долголетия формируется преимущественно через межсекторальные программы и проекты при поддержке НПО и международных структур, но не всегда оформлена как отдельный политико-управленческий блок. В Узбекистане и Кыргызстане активное развитие получают отдельные направления (например, здравоохранение, пенсии), но пока нет единой стратегии активного долголетия.
- В уровне региональной и местной активности. В России и Казахстане наблюдается активное участие регионов: субъекты России и акиматы в Казахстане реализуют собственные программы, проекты и создают центры активного долголетия. В странах Центральной Азии и в российских регионах Кавказа региональная вовлеченность зависит от наличия международных проектов или активности местных НПО.
- В доле участия гражданского общества и негосударственных инициатив. В ряде стран (Армения, Таджикистан) именно неправительственные и некоммерческие организации становятся основными драйверами программ активного долголетия, в том числе в отдаленных и сельских районах. В странах с более централизованной системой (Россия, Беларусь) гражданское участие растет, но реализуется в партнерстве с государственными структурами и чаще всего через программы «серебряного волонтерства».
- В финансовых и кадровых ресурсах. Россия и Казахстан имеют более устойчивую финансовую базу для реализации широких программ (национальные и региональные бюджеты, цифровые платформы, развитая инфраструктура). В странах с ограниченными ресурсами (Киргизия, Таджикистан, Армения) возможности зависят от внешней поддержки, доступности грантов и локальной инициативы. Кадровый дефицит — общая проблема, во всех странах ощущается нехватка специалистов в области гериатрии, социальной работы, реабилитации.

Заключение

Страны СНГ, несмотря на различия в уровнях социально-экономического развития, институциональных ресурсах и культурно-демографических

особенностях, формируют общую возрастно-чувствительную повестку, в рамках которой пожилые граждане все активнее рассматриваются не как пассивные получатели помощи, а как полноценные участники общественных, экономических и политических процессов.

Объединяющим трендом является переход от патерналистской модели к инклюзивной парадигме активного долголетия, ориентированной на здоровье, участие, безопасность и обучение в пожилом возрасте. При этом сохраняется асинхронность внедрения концепта: одни государства уже закрепили принципы активного долголетия в нормативных стратегиях (Россия, Казахстан, Беларусь), другие опираются преимущественно на международную помощь и локальные инициативы (Таджикистан, Армения).

Развитие политики активного долголетия в регионе СНГ сопровождается расширением спектра инструментов — от центров активного долголетия и программ цифровой инклюзии до «серебряного волонтерства», пилотных моделей долговременного ухода и образовательных инициатив для лиц старшего возраста. Однако успешность этих инициатив в значительной степени зависит от наличия устойчивого межведомственного взаимодействия, координации между уровнями власти, участия гражданского общества и надежного финансирования.

Исследование не имело спонсорской поддержки.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА

- World Health Organization. Active ageing: A policy framework. Geneva: WHO; 2002. Режим доступа: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/67215> (дата обращения 20.01.2025).
- Holstein M. B., Minkler M. Self, society, and the “new gerontology”. *Gerontologist*. 2003;43(6):787–96.
- HelpAge International. Global AgeWatch Index 2015: Insight report summary. London: HelpAge; 2015.
- Walker A. A strategy for active ageing. *Int. Soc. Security Rev.* 2002;55(1):121–39.
- United Nations. Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World Population Prospects; 2022.
- Щербакова Е. Молодежь СНГ — демографические штрихи к статистическому портрету 2023 года. Режим доступа: <https://www.elib.hse.ru/weekly/2024/01037/barom05.php> (дата обращения 12.01.2025).
- Росстат. Демографический ежегодник России. 2023. Режим доступа: <https://rosstat.gov.ru> (дата обращения 22.12.2024).
- Указ Президента РФ № 204 от 7 мая 2018 г. «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года». Режим доступа: <http://www.kremlin.ru/acts/bank/43027> (дата обращения 12.01.2025).
- Стратегия действий в интересах граждан старшего поколения в Российской Федерации до 2025 года. Распоряжение Правительства РФ от 29 февраля 2016 г. № 332-р. Режим доступа: <http://static.government.ru/media/files/7PvwIE5X5KwzFPuYtNAZf3aBz61bY5i.pdf> (дата обращения 12.01.2025).
- Указ Президента РФ № 1351 от 9 октября 2007 г. «Об утверждении Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года» (с последующими изменениями). Режим доступа: <http://www.kremlin.ru/acts/bank/26299> (дата обращения 12.01.2025).
- Счетная палата оценила результаты пилотного проекта по созданию системы долговременного ухода за пожилыми и инвалидами. Режим доступа: https://ach.gov.ru/checks/rezultaty-pilotnogo-proekta-po-sozdaniyu-sistemy-dolgovremennogo-ukhoda?blind_mode=on (дата обращения 22.12.2024).
- Старшее поколение — ресурс будущего: комплексный подход к активному долголетию. Экспертный доклад. Режим доступа: https://национальныепроекты.рф/upload/starshee-pokolenie/doklad_starshee_pokolenie_new-3.pdf (дата обращения 12.01.2025).
- Росстат. Занятость и безработица в Российской Федерации в 2023 году: статистический бюллетень. М.; 2024.
- 165 тысяч россиян старшего возраста стали «серебряными» волонтерами. Режим доступа: <https://regnum.ru/news/3807926> (дата обращения 11.10.2024).
- Московское долголетие. Режим доступа: <https://dolgoletie-mos.ru/> (дата обращения 10.01.2025).
- Бюро национальной статистики Республики Казахстан. Демографические показатели. Режим доступа: <https://stat.gov.kz> (дата обращения 21.01.2025).
- Стратегия «Казахстан — 2050»: Новый политический курс состоявшегося государства. Астана; 2012.
- Об утверждении Национального плана действий по улучшению положения граждан старшего поколения «Активное долголетие» в Республике Казахстан до 2025 года. Режим доступа: <https://www.gov.kz/memleket/entities/kostanai-zhumys-aleumettik-korgau/documents/details/42869?lang=ru> (дата обращения 21.01.2025).
- Об утверждении Концепции социального развития Республики Казахстан до 2030 года. Режим доступа: <https://adilet.zan.kz/rus/docs/P1400000396> (дата обращения 21.01.2025).
- Центры активного долголетия откроются во всех регионах Казахстана до конца года. Режим доступа: <https://kz.kursiv.media/2021-07-01/centry-aktivnogo-dolgoletiya-otkroyutsya-vo-vsekh-regionakh-kazakhstana-do/> (дата обращения 21.01.2025).
- Министерство труда и социальной защиты населения РК. Доклад о социальном развитии за 2022 год. Нур-Султан; 2023.
- Почему пожилым казахстанцам часто отказывают в госпитализации и как обеспечивают старикам комфортную старость в мире. Режим доступа: <https://informburo.kz/stati/pocemu-pozilyim-kazakhstancam-casto-otkazyvayut-v-gospitalizacii-i-kak-obespечivayut-starikam-komfortnuyu-starost-v-mire> (дата обращения 21.01.2025).
- UNFPA Kazakhstan. Assessment of Active Ageing Policies and Digital Inclusion in Central Asia. Almaty; 2022.
- Современные проблемы и перспективы развития статистики труда. Режим доступа: <https://new.cisstat.org/documents/20143/903622/4-4+русСубхонов+А.И.pdf/b0a4e9b9-3c08-0563-dece-556e001883ad?t=1716878546688> (дата обращения 21.01.2025).
- Национальная стратегия развития на период до 2030 года. Режим доступа: https://khovar.tj/wp-content/uploads/2017/01/NSR-2030_russkij.pdf (дата обращения 21.01.2025).
- Постановление Правительства Республики Таджикистан «О Стратегии развития социальной защиты населения Республики Таджикистан на период до 2040 года». Режим доступа: <https://faolex.fao.org/docs/pdf/taj221490.pdf> (дата обращения 21.01.2025).

Поступила 05.08.2024
Принята в печать 30.10.2024

REFERENCES

- World Health Organization. Active ageing: A policy framework. — Geneva: WHO, 2002. Available at: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/67215> (accessed 20.01.2025).
- Holstein M. B., Minkler M. Self, society, and the “new gerontology”. *Gerontologist*. 2003;43(6):787–96.
- HelpAge International. Global AgeWatch Index 2015: Insight report summary. London: HelpAge; 2015.
- Walker A. A strategy for active ageing. *Int. Soc. Security Rev.* 2002;55(1):121–39.
- United Nations. Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World Population Prospects; 2022.
- Shcherbakova E. Youth of the CIS — demographic touches to the statistical portrait of 2023. Available at: <https://www.elib.hse.ru/weekly/2024/01037/barom05.php> (accessed 12.01.2025) (in Russian).
- Rosstat. Demographic Yearbook of Russia. 2023. Available at: <https://rosstat.gov.ru> (accessed 22.12.2024) (in Russian).
- Decree of the President of the Russian Federation No. 204 dated May 7, 2018 “On National Goals and Strategic Objectives for the Development of the Russian Federation for the period up to 2024”. Available at: <http://www.kremlin.ru/acts/bank/43027> (accessed 12.01.2025) (in Russian).

Здоровье и общество

9. Decree of the Government of the Russian Federation dated February 29, 2016 No. 332-R. Strategy of actions in the interests of older citizens in the Russian Federation until 2025. Available at: <http://static.government.ru/media/files/7PvwlIE5X5KwzFPuYtNAZf3aB-z61bY5i.pdf> (accessed 12.01.2025) (in Russian).
10. Decree of the President of the Russian Federation No. 1351 of October 9, 2007 "On Approval of the Concept of Demographic Policy of the Russian Federation for the period up to 2025" (with subsequent amendments). Available at: <http://www.kremlin.ru/acts/bank/26299> (accessed 12.01.2025) (in Russian).
11. The Accounting Chamber evaluated the results of a pilot project to create a system of long-term care for the elderly and disabled. Available at: https://ach.gov.ru/checks/rezultaty-pilotnogo-proekta-posozdaniyu-sistemy-dolgovremennogo-ukhoda?blind_mode=on (accessed 22.12.2024) (in Russian).
12. The older generation is a resource of the future: an integrated approach to active longevity. Expert report. Available at: https://национальныепроекты.rf/upload/starshee-pokolenie/doklad_starshee_pokolenie_new-3.pdf (accessed 12.01.2025) (in Russian).
13. Rosstat. Employment and unemployment in the Russian Federation in 2023: statistical bulletin. Moscow; 2024 (in Russian).
14. 165,000 older Russians became "silver" volunteers. Available at: <https://regnum.ru/news/3807926> (accessed 11.10.2024) (in Russian).
15. Moscow longevity. Available at: <https://dolgoletie-mos.ru/> (accessed 10.01.2025) (in Russian).
16. Bureau of National Statistics of the Republic of Kazakhstan. Demographic indicators. Available at: <https://stat.gov.kz> (accessed 21.01.2025) (in Russian).
17. Strategy "Kazakhstan — 2050": A new political course of the established state. Astana; 2012.
18. On the approval of the National Action Plan for improving the situation of older citizens "Active Longevity" in the Republic of Kazakhstan until 2025. Available at: <https://www.gov.kz/memleket/entities/kostanai-zhumys-aleumettik-korgau/documents/details/42869?lang=ru> (accessed 21.01.2025) (in Russian).
19. On the approval of the Concept of Social Development of the Republic of Kazakhstan until 2030. Available at: <https://adilet.zan.kz/rus/docs/P1400000396> (accessed 21.01.2025) (in Russian).
20. Active longevity centers will open in all regions of Kazakhstan by the end of the year. Available at: <https://kz.kursiv.media/2021-07-01/centry-aktivnogo-dolgoletiya-otkroyutsya-vo-vsekh-regionakh-kazakhstana-do/> (accessed 21.01.2025) (in Russian).
21. Ministry of Labor and Social Protection of the Population of the Republic of Kazakhstan. The Social Development Report for 2022. Nur Sultan; 2023.
22. Why elderly Kazakhstanis are often denied hospitalization and how they ensure a comfortable old age for the elderly in the world. Available at: <https://informburo.kz/stati/pocemu-pozilym-kazaxstan-cam-casto-otkazyvayut-v-gospitalizacii-i-kak-obespecivayut-starikam-komfortnuyu-starost-v-mire> (accessed 21.01.2025) (in Russian).
23. UNFPA Kazakhstan. Assessment of Active Ageing Policies and Digital Inclusion in Central Asia. Almaty; 2022.
24. Current problems and prospects for the development of labor statistics. Available at: <https://new.cisstat.org/documents/20143/903622/4-4+pycCy6xoнов+А.И.pdf/b0a4e9b9-3c08-0563-dece-556e001883ad?t=1716878546688> (accessed 21.01.2025) (in Russian).
25. National Development Strategy for the period up to 2030. Available at: https://khovar.tj/wp-content/uploads/2017/01/NSR-2030_russkij.pdf (accessed 21.01.2025) (in Russian).
26. Resolution of the Government of the Republic of Tajikistan "On the Strategy for the Development of social protection of the population of the Republic of Tajikistan for the period up to 2040". Available at: <https://faolex.fao.org/docs/pdf/taj221490.pdf> (accessed 21.01.2025) (in Russian).

Погарская А. С.

ОБЗОР САНКЦИОННЫХ МЕР НЕДРУЖЕСТВЕННЫХ СТРАН В ОТНОШЕНИИ ЭКСПОРТА И РЕЭКСПОРТА МЕДИЦИНСКИХ ИЗДЕЛИЙ В РОССИЮ

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

Постоянно нарастающие меры санкционного воздействия способствуют все большему развитию политического конфликта России с недружественными странами, что приводит к увеличению экономического давления на те области российского рынка потребления, которые являются наиболее импортозависимыми. В настоящее время странами Европейского союза, США, Японией и другими государствами, получившими статус недружественных, активно применяются вторичные санкции, которые изначально были разработаны как инструмент пресечения схем обхода существующих запретов против России, из которых к числу наиболее действенных была отнесена легализация параллельного импорта, введенная еще в 2022 г. По своему содержанию вторичные санкции подразумевают возможность наложения запретительных мер на иностранных контрагентов из дружественных стран для России, за счет чего возникают дополнительные сложности с оформлением и проведением платежей, а также увеличивается время выполнения поставки. Безусловно, все вышеописанные обстоятельства не могли не коснуться экспорта и реэкспорта медицинских изделий в Россию. Детальный анализ содержания введенных санкционных мер показал, что в настоящее время прямых запретов на экспорт и реэкспорт медицинского оборудования, а также комплектующих и расходных деталей, частей и принадлежностей нет. Исключение составляют лишь медицинские изделия, отнесенные к категории товаров двойного назначения, и достаточно большое количество сложного технологического оборудования, включая комплектующие к нему, которые попали под меры усиления экспортного контроля, введенные США. Несмотря на то что формально санкций в отношении медицинского оборудования и изделий не установлено, на практике они активно применяются, а с учетом отсутствия единой методологии вопрос их легализации становится еще более неоднозначным и проблематичным, что делает рассматриваемую тематику актуальной.

Подробно изучено основное содержание мер запретительного и ограничивающего характера, принятых в рамках санкционного воздействия недружественных государств, в отношении экспорта и реэкспорта специализированного медицинского оборудования и комплектующих к нему, детально рассмотрены перечни товаров, отнесенных к категории двойного назначения, в части медицинских изделий, а также приведен перечень товаров медицинского назначения, на которые распространяется требование США по оформлению экспортной лицензии при их вывозе, на основании чего были сформулированы практические рекомендации по решению основных проблемных вопросов.

Ключевые слова: медицинское оборудование и комплектующие детали; экспортное лицензирование; товары двойного назначения; экспорт и реэкспорт медицинских изделий; легализация параллельного импорта; недружественные страны.

Для цитирования: Погарская А. С. Обзор санкционных мер недружественных стран в отношении экспорта и реэкспорта медицинских изделий в Россию. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2025;33(3):414—423. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2025-33-3-414-423>

Для корреспонденции: Погарская Анастасия Сергеевна, канд. экон. наук, доцент, доцент кафедры таможенного права ФГБОУ ВО «Государственный морской университет имени адмирала Ф. Ф. Ушакова», e-mail: pogarsckaya.anastasia@yandex.ru

Pogarskaya A. S.

THE REVIEW OF SANCTION MEASURES OF UNFRIENDLY COUNTRIES RELATED TO EXPORTING AND RE-EXPORTING OF MEDICAL ITEMS TO RUSSIA

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

The constantly increasing measures of sanctions impact contribute to advancing development of political conflict of Russia with unfriendly countries, that results in increasing economic pressure on sectors of the Russian consumer market that are the most import-dependent ones. Currently, the European Union, the United States, Japan and other states that received status of unfriendly ones, are actively applying secondary sanctions originally developed as tool to curb schemes of circumventing existing bans against Russia, of which legalization of parallel imports, introduced in 2022, was among the most effective ones. By their content, secondary sanctions imply possibility of imposing prohibitive measures on foreign counter-agents from countries that are friendly for Russia, that cause additional difficulties with registration, making payments and increased delivery time. Of course, all the circumstances mentioned above could not help but affect export and re-export of medical devices to Russia. The detailed analysis of content of imposed sanctions measures established that currently there are no direct bans on export and re-export of medical equipment, as well as components and consumables, parts and accessories. The only exception are medical devices classified as dual-use goods and fairly large number of complex technological equipment, including its components, that fell under measures of strengthening export control imposed by the United States. Despite the fact that there are no formal sanctions against medical equipment and articles, in practice they are actively used, and given absence of unified methodology, issue of their implementation becomes even more ambiguous and problematic that makes the topic under consideration relevant. The article examines in detail main content of the prohibitive and restrictive measures taken within the framework of the sanctions impact from unfriendly states in relation to export and re-export of specialized medical equipment and components. Also are considered the listing of goods classified as of dual-use in terms of medical devices. The detailed list of medical products for which the US requirement to issue an export license for their export applies is presented. The practical recommendations are formulated to address main problematic issues.

Key words: medical equipment and components; export licensing; dual-use goods; export and re-export of medical products; legalization of parallel import; unfriendly countries.

For citation: Pogarskaya A. S. The review of sanction measures of unfriendly countries related to exporting and re-exporting of medical items to Russia. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhranenia i istorii meditsini*. 2025;33(3):414–423 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2025-33-3-414-423>

For correspondence: Pogarskaya A. S., 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: pogarsckaya.anastasia@yandex.ru

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support.

Received 18.06.2024

Accepted 30.10.2024

Введение

Начало военной операции на Украине запустило процесс всеобъемлющего нарастания санкционных мер в отношении России, который охватил многие сферы, связанные с внешнеторговой деятельностью. Обострение и напряжение политической ситуации коснулось взаимоотношений с теми странами, которые до последнего момента выступали надежными торговыми партнерами, что не могло не привести к появлению в работе многих секторов экономики и обслуживания негативных последствий. Постепенное нарастание санкционного давления повлекло за собой законодательное присвоение статуса недружественных государств тем странам, с которыми ранее было выстроено тесное сотрудничество по многим направлениям деятельности.

Все большая эскалация конфликта и отсутствие предпосылок к его прекращению привели к частым сбоям и задержкам поставок на российский рынок медицинского оборудования и комплектующих деталей. Вопрос является крайне важным, поскольку затрагивает качество и своевременность оказания медицинских услуг населению, что выступает приоритетным направлением государственного уровня [1].

В ответ на вводимые ограничения и запреты российской стороной принято решение о частичной легализации параллельного импорта в отношении отдельных видов медицинских изделий, что было законодательно закреплено отдельным документом, а перечень товаров, подлежащих импорту без разрешения правообладателя, за время применения данной схемы ввоза пересматривался три раза [2].

В ответ на такой обход мер санкционного воздействия недружественными государствами была выработана комплексная система вторичных санкций на третьи страны, контактирующие с российскими контрагентами, через которые реализовывался ввоз по технологии параллельного импорта. Реализация принципа экстерриториальности санкций получила широкое практическое применение, в связи с чем ограничительные меры в отношении иностранных контрагентов из дружественных для России стран затронули и сферу обеспечения российского рынка медицинскими изделиями.

Главной проблемой остается то, что формально прямых ограничительных мер на поставки медицинского оборудования и комплектующих деталей,

кроме США, ни одно недружественное государство не вводило, но фактически ситуация складывается таким образом, что многие иностранные компании не хотят контактировать с российскими контрагентами, боясь наступления негативных последствий в условиях введения вторичных санкций.

Следовательно, сложившаяся ситуация требует комплексного подхода к разрешению существующей проблемы, который должен как охватить этап оперативного обеспечения текущей потребности медицинских учреждений в необходимом объеме медицинских изделий и комплектующих, так и учитывать снабжение в данной сфере в перспективе будущих периодов.

В связи с этим обозначенная автором проблематика экспорта и реэкспорта в Россию медицинского оборудования и комплектующих в условиях нарастания санкционных мер представляется весьма актуальной и требует выработки практических рекомендаций.

В качестве объекта настоящего исследования выступает изучение основного содержания мер санкционного воздействия недружественных стран в отношении экспорта и реэкспорта медицинских изделий в Российскую Федерацию.

Цель данной работы заключается в рассмотрении основных положений санкционных мер, введенных недружественными государствами, применительно к поставкам медицинского оборудования и комплектующих при их экспорте и реэкспорте в Россию, а также в предложении практических рекомендаций по преодолению негативных последствий их применения.

В рамках постепенного введения мер санкционного воздействия на экономику Российской Федерации на государственном уровне был сформулирован список иностранных государств, получивших статус недружественных стран, который закреплен Распоряжением Правительства РФ от 05.03.2022 № 430-р (ред. от 29.10.2022) «Об утверждении перечня иностранных государств и территорий, совершающих недружественные действия в отношении Российской Федерации, российских юридических и физических лиц».

В условиях развития санкционной политики недружественными странами был разработан перечень медицинских изделий, относящихся к товарам двойного назначения, который содержится в Регламенте (ЕС) 2021/821 Европейского парламента и Совета от 20 мая 2021 г., устанавливающий режим со-

юза по контролю за экспортом, брокерскими услугами, технической помощью, транзитом и передачей товаров двойного назначения.

Наряду с этим со стороны США были ужесточены меры экспортного контроля, которые затронули значительную часть медицинского оборудования и комплектующих к нему, что нашло отражение в установлении требования обязательного экспортного лицензирования, закрепленного в своде федеральных Постановлений США. Список попадающих под лицензирование товаров вместе с классификационными кодами содержится в параграфе 746.8 «Санкции против России и Белоруссии» части 746 «Эмбарго и другие специальные меры контроля» раздела 15 «Коммерция и внешняя торговля».

Правовая основа практической реализации ввоза товаров с применением технологии параллельного импорта была законодательно легализована путем утверждения Правительством Российской Федерации Постановления от 29.03.2022 № 506 (ред. от 28.06.2023) «О товарах (группах товаров), в отношении которых не могут применяться отдельные положения Гражданского кодекса Российской Федерации о защите исключительных прав на результаты интеллектуальной деятельности, выраженные в таких товарах, и средства индивидуализации, которыми такие товары маркированы».

Необходимо уточнить, что легализация параллельного импорта распространяется только на отдельный перечень товаров, который подлежит постоянному пересмотру, чем было обусловлено последовательное издание нижеследующих документов:

1. Приказ Минпромторга от 19.04.2022 № 1532 «Об утверждении перечня товаров (групп товаров), в отношении которых не применяются положения подпункта 6 статьи 1359 и статьи 1487 Гражданского кодекса Российской Федерации при условии введения указанных товаров (групп товаров) в оборот за пределами территории Российской Федерации правообладателями (патентообладателями), а также с их согласия».
2. Приказ Минпромторга России от 21.07.2022 № 3042 «О внесении изменений в Перечень товаров (групп товаров), в отношении которых не применяются положения подпункта 6 статьи 1359 и статьи 1487 Гражданского кодекса Российской Федерации при условии введения указанных товаров (групп товаров) в оборот за пределами территории Российской Федерации

правообладателями (патентообладателями), а также с их согласия, утвержденный приказом Министерства промышленности и торговли Российской Федерации от 19 апреля 2022 г. № 1532».

3. Приказ Минпромторга России от 21.07.2023 № 2701 «Об утверждении перечня товаров (групп товаров), в отношении которых не применяются положения статей 1252, 1254, пункта 5 статьи 1286.1, статей 1301, 1311, 1406.1, подпункта 1 статьи 1446, статей 1472, 1515 и 1537 Гражданского кодекса Российской Федерации при условии введения указанных товаров (групп товаров) в оборот за пределами территории Российской Федерации правообладателями (патентообладателями), а также с их согласия».

Материалы и методы

В ходе проведения исследования автором выполнен анализ научных публикаций по рассматриваемой тематике, а также нормативно-правовых документов, затрагивающих данную сферу. Применялись методы изучения и систематизации.

Результаты исследования

В условиях санкционных ограничений экспорт и реэкспорт значительного количества медицинского оборудования и комплектующих к нему в Россию стали проблематичными. Возникшая ситуация является следствием установления санкционных запретов и ограничений недружественными странами, перечень которых регламентируется отдельным документом и охватывает 49 государств [3].

Поставщиками импортного медицинского оборудования как раз и являлись страны, попавшие в вышеуказанный список, что подтверждается статистическими данными, отраженными в обзорном сборнике по обороту медицинских изделий и комплектующих на рынке Евразийского экономического союза [4]. В официальных источниках сведения об обороте медицинского оборудования, а также деталей и принадлежностей отражены до начала 2022 г., что связано с закрытостью информации в отношении отдельных групп товаров с момента начала специальной военной операции [5, 6].

Если останавливаться на статистических данных, доступных на момент начала 2022 г., более подробно, то явно видно, что наибольшая доля импортируемого медицинского оборудования и медицинских изделий приходится на страны, которые вошли в список недружественных государств (рис. 1).

Помимо этого, на момент опубликования информации в первую десятку также вошли Мексика, Бельгия, Китай, Ирландия, Япония, Швейцария и Сингапур [4], что еще раз подтверждает большую роль импортных поставок из недружественных стран в Россию медицинского оборудования, а также

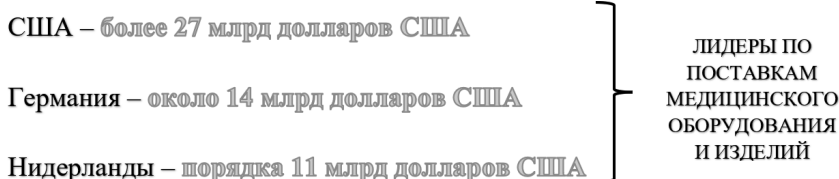


Рис. 1. Основные экспортеры медицинского оборудования и изделий в 2021 г. [4].

1. FULL NAME, PLACE OF REGISTRATION/NATIONALITY, SHAREHOLDING RATIO OF ALL SHAREHOLDERS WHO HOLDS 10 PCT OR MORE OF REMITTER.
2. IF THE REMITTER HAS ANY ACTUAL CONTROLLERS OR BENEFICIARY OWNERS OTHER THAN ITS SHAREHOLDERS, PLZ PROVIDE THEIR FULL NAME AND PLACE OF REGISTRATION/NATIONALITY.
3. WHETHER THE REMITTER AND PARTIES MENTIONED ABOVE HAVE ANY RELATION TO RUSSIA MILITARY, RUSSIA MILITARY END USER, RUSSIA MILITARY INDUSTRIAL COMPLEX, OR RUSSIA MILITARY INDUSTRIAL BASE.
4. MAIN BUSINESS SCOPE OF REMITTER, AND SECTOR/INDUSTRY IT BELONGS TO.
5. NAME AND 6-DIGIT HS CODE OF THE ITEMS IN THE TRANSACTION.
6. WHETHER THE ITEMS IN THE TRANSACTION ARE FOR OWN USE OF REMITTER, OR FOR RESELL TO A THIRD PARTY/ PURCHASED ON BEHALF OF A THIRD PARTY.

Рис. 2. Фрагмент запроса, направляемого в адрес российской компании из китайского банка [7].

комплектующих и деталей, используемых в ходе эксплуатации и ремонта медицинских изделий.

При этом на сбой в поставках различных медицинских изделий повлиял целый комплекс санкционных мер, не затрагивающих напрямую медицинский сектор. К ним, в частности, можно отнести санкции в сферах логистики и финансов.

Если рассматривать логистическую составляющую, то необходимо подчеркнуть, что выстроенные десятилетиями оптимальные по времени и денежным расходам маршруты поставок медицинских изделий были поломаны одновременно с разрывом политических и экономических отношений России с недружественными странами. Безусловно, процесс был не одномоментным, но в течение нескольких месяцев в результате санкционного воздействия из российских портов ушли основные международные контейнерные линии.

Наряду с этим организация международных поставок авиатранспортом стала практически недоступной, так как в настоящее время в Россию осуществляются перелеты из Турции, ОАЭ, Китая, а также из Сербии и Северной Африки. В отношении автоперевозчиков был наложен запрет въезда в страны Европейского союза, что привело к значительному сокращению доступной и удобной логистической цепи доставки грузов. Следовательно, каждая поставка медицинского оборудования и деталей в Россию стала непрогнозируемой по срокам и конечной стоимости, что в результате приводит к удорожанию оказываемых медицинских услуг для конечного потребителя.

Санкционные меры финансового характера не могли не затронуть область исполнения платежей за поставки медицинских изделий. Платежные поручения, отправляемые в качестве оплаты за поставку оборудования, в условиях экстерриториальности санкций стали приостанавливаться иностранными банками-корреспондентами на неопределенный срок до выяснения целого перечня сведений. Фраг-

мент запроса в адрес российской компании из китайского банка представлен на рис. 2.

Направляемый запрос представляет собой анкету, на вопросы которой должна ответить российская компания:

1. Полная информация о собственниках и акционерах, включая их имена, места регистрации и гражданство, а также доли всех акционеров, владеющих 10% и более.
2. Обязательно должна указываться исчерпывающая информация обо всех бенефициарах и владельцах, которые не являются держателями акций.
3. Сведения о наличии связи всех вышеперечисленных лиц с российскими военными и пользователями товаров военного сектора, с российским военно-промышленным комплексом или военно-промышленной базой.
4. Основная сфера деятельности отправителя и сектор экономики, к которому он принадлежит.
5. Полное наименование и классификационный код по Товарной номенклатуре внешнеэкономической деятельности товаров, по которым проходит оплата.
6. Предназначены ли товары в транзакции для продажи и использования отправителем или для перепродажи третьей стороне, либо приобретены от имени третьей стороны.

Помимо этого, ответ на полученный запрос должен быть составлен на английском языке, а содержание подаваемых сведений требует обязательного документального подтверждения. Безусловно, реализация такого жесткого контроля со стороны иностранных банков стран, которые не вошли в список недружественных, еще больше усложняет процесс ввоза импортируемого оборудования и необходимых деталей к нему.

Обсуждение

Если рассматривать санкционные меры, которые напрямую затронули ввоз импортного медицинского оборудования, то стоит выделить решение со стороны недружественных стран об отнесении отдельных видов медицинских изделий к категории товаров двойного назначения.

Под товарами двойного назначения понимаются сырье, материалы, оборудование, научно-техническая информация, работы, услуги и результаты интеллектуальной деятельности, которые могут быть использованы для создания оружия массового поражения, средств его доставки, иных видов вооружения и военной техники [8].

Следовательно, к данной категории относятся товары, которые могут одновременно иметь гражданское применение в целях бытового, медицинского и иного использования и обслуживания, а также использоваться при создании оружия и военной техники. Сущность понятия товаров двойного назначения наделяет данные категории изделий и оборудования возможностью применения в мирных и

Кодекс HTS-6	Описание HTS
901811	ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФЫ, ИХ ЧАСТИ И ПРИНАДЛЕЖНОСТИ.
901812	УЛЬТРАЗВУКОВОЕ СКАНИРУЮЩЕЕ УСТРОЙСТВО.
901813	АППАРАТ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ.
901814	СЦИНТИГРАФИЧЕСКИЙ АППАРАТ.
901819	ЭЛЕКТРОДИАГНОСТИЧЕСКИЙ АППАРАТ (И АППАРАТ ДЛЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ИЛИ ПРОВЕРКИ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ) НЕСОИ И ДЕТАЛИ И Т.Д.
901820	УЛЬТРАФИОЛЕТОВЫЙ ИЛИ ИНФРАКРАСНЫЙ ЛУЧЕВОЙ ПРИБОР, А ТАКЖЕ ЕГО ДЕТАЛИ И АКССЕССУАРЫ.
901831	ШПРИЦЫ С ИГЛАМИ ИЛИ БЕЗ НИХ; ИХ ДЕТАЛИ И АКССЕССУАРЫ.
901832	ТРУБЧАТЫЕ МЕТАЛЛИЧЕСКИЕ ИГОЛКИ И ИГОЛКИ ДЛЯ НАЛОЖЕНИЯ ШВОВ, А ТАКЖЕ ИХ ДЕТАЛИ И АКССЕССУАРЫ.
901839	МЕДИЦИНСКИЕ И ДРУГИЕ ИГОЛКИ, КАТЕТЕРИЗАТОРЫ, КАНАЛЬЦЫ И ПОДОБНЫЕ ИМ ПРЕДМЕТЫ; ИХ ЧАСТИ И АКССЕССУАРЫ.
901841	ДЕНТАЛЬНЫЕ БУРЫ, СОЕДИНЁННЫЕ ИЛИ НЕ СОЕДИНЁННЫЕ НА ОДНОЙ ОСНОВЕ С ДРУГИМ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИМ ОБОРУДОВАНИЕМ, А ТАКЖЕ ИХ ДЕТАЛИ И АКССЕССУАРЫ.
901849	ИНСТРУМЕНТЫ И ПРИБОРЫ, ИСПОЛЗУЕМЫЕ В СТОМАТОЛОГИИ, НЕСОИ, А ТАКЖЕ ИХ ДЕТАЛИ И АКССЕССУАРЫ.
901850	Офтальмологические инструменты и приборы, нестероидные противовоспалительные препараты, а также их детали и

Рис. 3. Фрагмент Раздела 746 — «Санкции в отношении российской и белорусской промышленности» [10].

военных целях. В свете развития политического обострения между Россией и недружественными странами данный вопрос стал особенно актуальным.

В список товаров двойного назначения были включены не все категории медицинских изделий, а отдельные виды, к которым относятся следующие [9]:

- аппараты, основанные на использовании рентгеновских лучей для стоматологического применения, включая радиографические или радиотерапевтические аппараты;
- аппараты, основанные на использовании альфа-, бета- или гамма-излучения, для медицинского, хирургического, стоматологического или ветеринарного применения;
- датчики газов, без которых не функционируют аппараты подачи наркоза, искусственной вентиляции легких;
- рентгеновские трубки — главная составляющая рентген-аппарата и компьютерного томографа;
- другие виды медицинских изделий.

Следовательно, производителям, работавшим ранее на регулярной основе с Россией, приходится обосновывать и доказывать государственным регуляторам стран Европейского сообщества, Великобритании, США и др., что вывозимые с их территории отдельные виды медицинских изделий и комплектующих будут использоваться только в гражданских целях. Необходимо отметить, что списки товаров двойного назначения пересматриваются, это приводит к постоянному дополнению и изменению раздела «медицинское оборудование под санкциями» [9], в связи с чем скорость согласования перечней товаров медицинского назначения на поставку в части деталей двойного назначения значительно замедляется.

По факту, кроме отнесения части медицинских изделий и комплектующих к категории товаров двойного назначения, других прямых санкционных мер, распространяемых на медицинский сектор, нет.

Наряду с этим, если рассматривать документальные первоисточники, то можно увидеть, что в Приложении № 4 к Разделу 746 — Санкции в отношении российской и белорусской промышленности в соответствии с § 746.8(a)(5) [10] перечислено большое количество медицинского оборудования и принадлежностей к нему, которые применяются в области электрокардиографии, ультразвуковой диагностики, магнитно-резонансной томографии, имплантации и стоматологии. В подтверждение вышесказанного на рис. 3 приведен фрагмент документа.

Важно отметить, что внесение товаров в данный перечень не устанавливает прямого запрета на вывоз перечисляемой продукции, а связано с необходимостью оформления лицензии на экспорт, реэкспорт и передачу в пределах России и Беларуси. Данное требование было связано с тем, что 19 мая 2023 г. Министерство торговли США ввело меры экспортного контроля в отношении медицинского оборудования и комплектующих изделий в рамках таможенной процедуры экспорта и реэкспорта, а также при передаче отгружаемых товаров в пределах России и Беларуси [11].

По факту товары, вошедшие в установленный список, не попали под прямой запрет, но теперь их вывоз или реэкспорт должен сопровождаться получением специальной лицензии от американского регулятора. Если рассматривать перечень товаров более подробно, то стоит подчеркнуть, что он включает в свой состав порядка 1250 позиций промышленных изделий.

Доля товаров медицинского назначения обширна и затрагивает нижеследующие категории това-

Страны в таблице: EU – ЕС, USA – США, UK – Великобритания, JPN – Япония, CHE – Швейцария, CAN – Канада, AUS – Австралия; KOR – Республика Корея.

Код	Наименование (англ.)	Наименование	Страна	Направление
901813 <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Коды, для которых требуется лицензия на экспорт, реэкспорт и передачу (внутри страны) в или в пределах России или Беларуси Дополнение № 4 к Части 746				
901813	MAGNETIC RESONANCE IMAGING APPARATUS.	АППАРАТ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ВИЗУАЛИЗАЦИИ.	USA	Экспорт в РФ

Рис. 4. Ограничительная мера на экспорт и реэкспорт в Россию медицинского оборудования на примере аппарата магнитно-резонансной визуализации [12].

ров, указанные вместе с классификационным кодом по Товарной номенклатуре внешнеэкономической деятельности на уровне субпозиции [11]:

1. Аппараты ультразвукового исследования — 9018 12.
2. Аппараты компьютерной и магнитно-резонансной томографии — 9018 13, 9022 12.
3. Сцинтиграфические аппараты — 9018 14.
4. Электрокардиографы, их части и принадлежности — 9018 11.
5. Электродиагностические аппараты и детали к ним — 9018 19.
6. Приборы ультрафиолетовые, инфракрасные лучевые, их детали и аксессуары — 9018 20.
7. Общехирургические расходные материалы, классифицируемые кодами субпозиций: 9018 31, 9018 32, 9018 39.
8. Инструменты и приборы, используемые в стоматологии, включая части, детали и аксессуары товарных субпозиций — 9018 41 и 9018 49.
9. Офтальмологические инструменты и приборы, детали и принадлежности — 9018 50.
10. Механотерапевтические приборы и массажные аппараты, детали и аксессуары — 9019 10.
11. Терапевтические дыхательные аппараты и детали к ним — 9020 00.
12. Ортопедические изделия и детали к ним — 9021 10.
13. Искусственные зубы, стоматологическая фурнитура и их части — 9021 21 и 9021 29.
14. Искусственные суставы, соединения и их части и принадлежности — 9021 31 и 9021 39.
15. Слуховые аппараты — 9021 40.
16. Кардиостимуляторы для стимулирования сердечной мышцы — 9021 50.
17. Искусственные части тела, а также их части и дополнения к ним — 9021 90.
18. Аппараты, основанные на использовании рентгеновских лучей для медицинских, стоматологических и хирургических целей, — 9022 13, 9022 14.
19. Аппараты, основанные на рентгеновских излучениях — альфа, гамма и бета, применяе-

мые в медицинских, стоматологических и хирургических целях, — 9022 29.

20. Рентгеновские трубки, генераторы рентген-излучений, экраны, столы для обследования и прочие детали и аксессуары — 9022 30 и 9022 90.

На основании приведенного выше перечня можно заключить, что меры экспортного контроля коснулись достаточно большого количества высокотехнологичного медицинского диагностического оборудования, изделий в области офтальмологии, имплантации и ортопедии. При этом детали, аксессуары, части и принадлежности также включены в санкционный перечень, попадающий под обязательное лицензирование.

Правом выдачи соответствующих лицензий на экспорт, реэкспорт и перемещение в пределах России медицинского оборудования и комплектующих к нему наделили Министерство промышленности и торговли США. Подобные меры усиления экспортного контроля, ссылаясь при этом на переход России на полномасштабную военную экономику, были разработаны Управлением по контролю за иностранными активами, Бюро промышленности и безопасности, а также Государственным департаментом США в целях создания всеобъемлющих рисков для компаний, контактирующих с российскими контрагентами или связанных с российской экономикой [11].

Если рассмотреть существующие санкционные меры недружественных стран в отношении экспортных поставок в Россию на примере аппарата магнитно-резонансной визуализации, то можно увидеть, что фактически на него распространяется только требование экспортного лицензирования со стороны США. (рис. 4).

Аналогично приведенному примеру меры санкционного воздействия распространяются и на другие группы товаров медицинского назначения. Следовательно, на законодательном уровне в настоящее время в отношении медицинского оборудования и комплектующих к нему закреплены два санкционных инструмента: лицензирование в отношении медицинских изделий, предъявляемых к экспорту и реэкспорту из США в Россию, а также отнесение ря-

да медицинских товаров к категории двойного назначения.

Безусловно, накладываемые ограничения не могут не сказываться на работе медицинских учреждений, так как проведенное исследование номенклатуры санкционного медицинского оборудования показало, что большая часть является высокотехнологичными приборами, которые требуют надлежащего обслуживания и снабжения расходными частями и принадлежностями, своевременного программного обновления и прочих операций, направленных на поддержание рабочего состояния.

Заключение

Исследованием установлено, что формально прямые санкции на осуществление экспорта и реэкспорта в Россию медицинского оборудования и их деталей отсутствуют, тем не менее выполнение обязательств внешнеторговых контрактов по поставке медицинских изделий становится на практике сложно реализуемой задачей.

В ходе детального изучения содержания существующих на данном этапе ограничительных мер стран Европейского сообщества, США, Великобритании, Швейцарии, Японии, Канады и Австралии в части осуществления экспорта, реэкспорта, а также передачи в пределах России медицинского оборудования и комплектующих выявлено, что юридически санкционные ограничения установлены только в виде экспортного лицензирования США и формирования списка товаров, относящихся к категории двойного назначения, но на практике сложности экспорта связаны и с другими странами недружественной коалиции.

Детальное изучение перечня товаров, попавших под обязательное лицензирование, показало, что данная ограничительная мера затрагивает большое количество медицинских приборов, аппаратов и оборудования, используемых при проведении диагностических исследований, применяемых в хирургических, стоматологических, офтальмологических сферах, имплантологии, включая комплектующие части и принадлежности. Отдельно стоит выделить группу общехирургических расходных материалов, состоящую из шприцев, канюль, катетеров и прочих изделий медицинского назначения, идентифицируемых по классификационным кодам, указанным в инвойсе или внешнеторговом контракте на поставку товаров.

Анализ списка товаров, отнесенных к категории двойного назначения, позволил установить, что в данный перечень вошли аппараты, основанные на использовании рентгеновских лучей, альфа-, бета- или гамма-излучения для медицинского, хирургического, стоматологического применения, а также ряд комплектующих, таких как датчики газов для подачи наркоза, искусственной вентиляции легких и рентгеновские трубки, являющиеся главной составляющей рентген-аппарата и компьютерного томографа.

Следовательно, в случае попадания товара под категорию двойного назначения иностранным производителям, осуществляющим поставки в Россию, приходится представлять аргументированное документальное обоснование в адрес государственных регуляторов Европейского сообщества, Великобритании, США и других стран, подтверждающее функции и прямое целевое использование медицинских изделий и комплектующих сугубо в гражданских целях.

Стоит учитывать, что списки товаров двойного назначения, попадающих под классификацию «медицинское оборудование под санкциями», подвергаются постоянному дополнению и изменению, что напрямую отражается на скорости согласования наименований товаров, указанных в экспортной декларации.

В рамках рассматриваемого вопроса установлен факт прямого воздействия на осуществляемые поставки медицинского оборудования и комплектующих в Россию санкций в банковской и логистической сферах, которые могут влиять как на скорость, так и на возможность выполнения финансовых обязательств по контракту.

В целом сложившаяся ситуация обусловлена рядом причин, основной из которых является активное применение мер в условиях введения принципа экстерриториальности санкций, которые выражаются в использовании вторичного воздействия на иностранные компании, связанные с российскими контрагентами по внешнеторговым сделкам.

На фоне отсутствия законодательно установленных положений по применению санкционных мер в отношении России сформировалась еще одна причина, осложняющая реализацию поставок медицинских изделий, — отсутствие единой методологии исполнения санкционных ограничений, в связи с чем каждое отдельно взятое государство и соответствующий государственный орган в этой стране интерпретирует сформулированные запреты и ограничения так, как считает приемлемым для своей экономики, и предъявляет свои требования в целях выработки безопасного подхода к оформлению сделки и проведению взаимных расчетов.

Следовательно, на практике российские компании могут сталкиваться с такой ситуацией, что один вид оборудования или комплектующих, имеющих аналогичный классификационный код с аналогичными характеристиками, из одного государства доступен к поставке с учетом выполнения обязательных дополнительных условий, а из другой страны экспорт вообще невозможен.

С целью разрешения сложившейся ситуации и смягчения последствий воздействия санкционных мер на организацию работы медицинских учреждений, связанную с применением медицинского оборудования и расходных материалов, попавших под ограничение, представляется целесообразным реализация ряда мероприятий.

В первую очередь стоит рассмотреть возможность организации поставок со стороны альтерна-

Здоровье и общество

тивных поставщиков, которые смогут обеспечить медицинскими комплектующими, сопоставимыми по уровню качества и иным идентификационным характеристикам, позволяющим бесперебойно функционировать уже имеющимся импортным приборам и аппаратам, применяемым в медицинских учреждениях.

Если останавливаться более подробно на географии осуществляемых поставок, то стоит учитывать, что поставщики из недружественных стран Европейского союза, США и Японии могут быть заменены такими государствами, производящими медицинское оборудование, как Китай, Индия и Бразилия. В условиях непрерывного интеграционного взаимодействия и сближения России с указанными дружественными партнерами для быстрого разрешения сложившейся ситуации считаем такое предложение актуальным и наиболее легко реализуемым.

Более трудоемким и сложным с точки зрения практического воплощения является поиск имеющихся возможностей и налаживание схем работы с прежними поставщиками. Такой подход требует детального изучения существующих положений внутреннего законодательства страны-экспортера, мониторинга вносимых изменений и дополнений. Необходимо отметить, что в связи с установленным в ходе исследования отсутствием единых методов применения санкционных правил и запретов считаем данное предложение подходящим в существующих реалиях, так как поставки такого рода могут реализовываться с применением технологии параллельного импорта [13].

Напомним, что параллельный импорт на территории Российской Федерации был легализован с марта 2022 г. [14] и активно применяется российскими импортерами, несмотря на введение вторичных санкций со стороны недружественных государств. Безусловно, осуществление такого подхода к решению вопроса требует непосредственного участия Министерства промышленности и торговли России, которое занимается формированием и регулярным пересмотром перечня товаров [15–17], подпадающих под данную схему ввоза.

Наиболее стратегически важным решением данного вопроса является развитие собственных научно-производственных мощностей по изготовлению высокотехнологичного медицинского оборудования, деталей и расходных комплектующих, применение которых обеспечит бесперебойность работы, что в итоге сможет минимизировать зависимость от импортных поставок данной сферы обслуживания населения.

Условия санкционного воздействия на область медицинского обеспечения должны послужить толчком для ускоренного развития импортозамещения в сфере производства специальных и технически сложных видов оборудования и изделий. Реализация такого подхода в качестве разрешения сложившейся проблемной ситуации представляется вполне логичной, но следует учитывать, что нала-

живание и расширение собственного массового производства требует длительного временного периода и не сможет оперативно справиться с задачами медицинского обеспечения.

Можно заключить, что реализация предлагаемых мероприятий позволит постепенно достичь независимости медицинского сектора от импортных поставок медицинского оборудования и комплектующих, что представляется возможным только при условии оперативного решения задач по текущей потребности в оборудовании и деталях медицинского назначения и одновременного запуска процесса активного наращивания собственных производственных мощностей, который должен непрерывно контролироваться со стороны государственных регуляторов.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. 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):778–84.
2. Тонконог В. В. Проблемы и перспективы импортозамещения в медицинской промышленности. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2024;32(3):339–45.
3. Распоряжение Правительства РФ от 05.03.2022 № 430-р (ред. от 29.10.2022) «Об утверждении перечня иностранных государств и территорий, совершающих недружественные действия в отношении Российской Федерации, российских юридических и физических лиц». Официальный сайт «Консультант-Плюс». Режим доступа: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_411064/e8730c96430f0f246299a0cb7e5b27193f98fdaa/ (дата обращения 26.09.2024).
4. Обзор рынка медоборудования. Рынок медицинских изделий и изделий, применяемых при оказании медицинской помощи ЕАЭС 2018–2021 гг. Официальный сайт Евразийской экономической Комиссии. Режим доступа: <https://eec.eaeunion.org/upload/iblock/0f6/Obzor-Rynka-medoborudovaniya.pdf> (дата обращения 29.09.2024).
5. Тонконог В. В., Ананченкова П. И., Шимановский Н. Л., Врубель М. Е. Актуальные вопросы функционирования и развития единого рынка лекарственных средств Евразийского экономического Союза. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2023;31(52):1268–74.
6. Погарская А. С. Проблемные аспекты реализации кохлеарной имплантации. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2023;31(3):423–7.
7. Банки КНР вводят новые условия для платежей из РФ. Официальный сайт «Альга-Софт». Режим доступа: https://www.alt.ru/external_news/109732/ (дата обращения 30.09.2024).
8. Товары двойного назначения. Официальный сайт «Энциклопедия IFCG». Режим доступа: https://cyclopedia.ifcg.ru/wiki/Товары_двойного_назначения (дата обращения 05.10.2024).
9. Регламент (ЕС) 2021/821 Европейского парламента и Совета от 20 мая 2021 года, устанавливающий режим Союза по контролю за экспортом, брокерскими услугами, технической помощью, транзитом и передачей товаров двойного назначения (в новой редакции). Официальный сайт Европейского союза. Режим доступа: <https://eur-lex.europa.eu/eli/reg/2021/821/oj> (дата обращения 06.10.2024).
10. «Коммерция и внешняя торговля». Раздел 15 Подзаголовок В «Правила, касающиеся коммерции и внешней торговли». Часть 746 «Эмбарго и другие специальные меры контроля». Параграф 746.8 «Санкции против России и Белоруссии». Офи-

REFERENCES

- циальный сайт «Свод федеральных постановлений США». Режим доступа: <https://www.ecfr.gov/current/title-15/subtitle-B/chapter-VII/subchapter-C/part-746/section-746.8> (дата обращения 07.10.2024).
- Соединенные Штаты вводят дополнительные санкции и меры экспортного контроля в отношении России в координации с международными партнерами. Официальный сайт «Посольство и консульства США в Российской Федерации». Режим доступа: <https://ru.usembassy.gov/ru/united-states-imposes-additional-sanctions-and-export-controls-on-russia-in-coordination-with-international-partners-ru/> (дата обращения 08.10.2024).
 - Ограничения ЕС, США, Великобритании, Японии, Швейцарии, Канады и Австралии на импортные и экспортные операции с Россией. Официальный сайт «Альта-Софт». Режим доступа: https://www.altar.ru/tmved/forbidden_codes/ (дата обращения 10.10.2024).
 - 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.
 - Постановление Правительства РФ от 29.03.2022 № 506 (ред. от 28.06.2023) «О товарах (группах товаров), в отношении которых не могут применяться отдельные положения Гражданского кодекса Российской Федерации о защите исключительных прав на результаты интеллектуальной деятельности, выраженные в таких товарах, и средства индивидуализации, которыми такие товары маркированы». Официальный сайт «Консультант-Плюс». Режим доступа: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_413173/?ysclid=lo07nz53gs17424589 (дата обращения 14.10.2024).
 - Приказ Минпромторга от 19.04.2022 № 1532 «Об утверждении перечня товаров (групп товаров), в отношении которых не применяются положения подпункта 6 статьи 1359 и статьи 1487 Гражданского кодекса Российской Федерации при условии введения указанных товаров (групп товаров) в оборот за пределами территории Российской Федерации правообладателями (патентообладателями), а также с их согласия». Официальный сайт «Консультант-Плюс». Режим доступа: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_416496/343227a0f7231f293415124c9c5b7237496b9008/ (дата обращения 17.10.2024).
 - Приказ Минпромторга России от 21.07.2022 № 3042 «О внесении изменений в Перечень товаров (групп товаров), в отношении которых не применяются положения подпункта 6 статьи 1359 и статьи 1487 Гражданского кодекса Российской Федерации при условии введения указанных товаров (групп товаров) в оборот за пределами территории Российской Федерации правообладателями (патентообладателями), а также с их согласия, утвержденный приказом Министерства промышленности и торговли Российской Федерации от 19 апреля 2022 г. № 1532». Официальный сайт «Консультант-Плюс». Режим доступа: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_416496/343227a0f7231f293415124c9c5b7237496b9008/ (дата обращения 17.10.2024).
 - Приказ Минпромторга России от 21.07.2023 № 2701 «Об утверждении перечня товаров (групп товаров), в отношении которых не применяются положения статей 1252, 1254, пункта 5 статьи 1286.1, статей 1301, 1311, 1406.1, подпункта 1 статьи 1446, статей 1472, 1515 и 1537 Гражданского кодекса Российской Федерации при условии введения указанных товаров (групп товаров) в оборот за пределами территории Российской Федерации правообладателями (патентообладателями), а также с их согласия». Официальный сайт «Альта-Софт». Режим доступа: <https://www.altar.ru/tamdoc/23a02701/> (дата обращения 17.10.2024).
 - 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: a legal aspect. *Problems of social hygiene, healthcare and the history of medicine*. 2024;32(4):778–84 (in Russian).
 - Tonkonog V. V. Problems and prospects of import substitution in the medical industry. *Problems of social hygiene, health care and the history of medicine*. 2024;32(3):339–45 (in Russian).
 - Decree of the Government of the Russian Federation of March 05, 2022 N 430-r (ed. of 10/29/2022) “On approval of the list of foreign states and territories committing unfriendly acts against the Russian Federation, Russian legal entities and individuals”. Official website of Consultant-Plus. Available at: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_411064/e8730c96430f0f246299a0cb7e5b27193f98fdaa/ (accessed 26.09.2024) (in Russian).
 - Medical equipment market overview. The market of medical devices and products used in the provision of medical care in the EAEU 2018–2021. Official website of the Eurasian Economic Commission. Available at: <https://eec.eaeunion.org/upload/iblock/0f6/Obzor-Rynka-medoborudovaniya.pdf> (accessed 29.09.2024) (in Russian).
 - Tonkonog V. V., Ananchenkova P. I., Shimanovsky N. L., Vrubel M. E. Topical issues of functioning and development of the single market of medicines of the Eurasian Economic Union. *Problems of social hygiene, health care and the history of medicine*. 2023;31(S2):1268–74 (in Russian).
 - Pogarskaya A. S. Problematic aspects of the implementation of cochlear implantation. *Problems of social hygiene, health care and the history of medicine*. 2023;31(3):423–7 (in Russian).
 - Chinese banks introduce new conditions for payments from the Russian Federation. The official website of Alta-Soft. Available at: https://www.altar.ru/external_news/109732/ (accessed 30.09.2024) (in Russian).
 - Dual-use goods. The official website of the IFCG Encyclopedia. Available at: https://cyclopedia.ifcg.ru/wiki/Dual-purpose_goods (accessed 05.10.2024) (in Russian).
 - Regulation (EU) 2021/821 of the European Parliament and of the Council of 20 May 2021 establishing the Union regime for the control of exports, brokerage services, technical assistance, transit and transfer of dual-use goods (as amended). Official website of the European Union. Available at: <https://eur-lex.europa.eu/eli/reg/2021/821/oj> (accessed 06.10.2024) (in Russian).
 - Section 15 “Commerce and foreign trade”. The subtitle is “Rules concerning Commerce and foreign trade”. Part 746 “Embargo and other special control measures”. Paragraph 746.8 “Sanctions against Russia and Belarus”. The official website of the “Code of Federal regulations of the USA”. Available at: <https://www.ecfr.gov/current/title-15/subtitle-B/chapter-VII/subchapter-C/part-746/section-746.8> (accessed 07.10.2024) (in Russian).
 - The United States is imposing additional sanctions and export control measures against Russia in coordination with international partners. Official website of the U. S. Embassy and Consulates in the Russian Federation. Available at: <https://ru.usembassy.gov/ru/united-states-imposes-additional-sanctions-and-export-controls-on-russia-in-coordination-with-international-partners-ru/> (accessed 08.10.2024) (in Russian).
 - Restrictions of the EU, USA, Great Britain, Japan, Switzerland, Canada and Australia on import and export operations with Russia. The official website of Alta-Soft. Available at: https://www.altar.ru/tmved/forbidden_codes/ (accessed 10.10.2024) (in Russian).
 - 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(1):43–51 (in Russian).
 - Decree of the Government of the Russian Federation of 29.03.2022 No. 506 (ed. of 28.06.2023) “On goods (groups of goods) in respect of which certain provisions of the Civil Code of the Russian Federation on the protection of exclusive rights to the results of intellectual activity expressed in such goods and means of individualization

Здоровье и общество

- with which such goods are marke". The official website of Consultant-Plus. Available at: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_413173/?ysclid=lo07nz53gs17424589 (accessed 14.10.2024) (in Russian).
15. Order of the Ministry of Industry and Trade dated 19.04.2022 No. 1532 "On Approval of the List of Goods (Groups of Goods) in Respect of which the Provisions of subparagraph 6 of Article 1359 and Article 1487 of the Civil Code of the Russian Federation do not Apply, subject to the Introduction of these Goods (Groups of Goods) into Circulation outside the Territory of the Russian Federation by Copyright holders (Patent Holders), as well as with their consent". The official website of Consultant-Plus. Available at: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_416496/343227a0f7231f293415124c9c5b7237496b9008/ (accessed 17.10.2024) (in Russian).
16. Order of the Ministry of Industry and Trade of the Russian Federation No. 3042 dated 21.07.2022 "On Amendments to the List of Goods (Groups of Goods) in Respect of which the Provisions of Subparagraph 6 of Article 1359 and Article 1487 of the Civil Code of the Russian Federation do not Apply, subject to the Introduction of these Goods (Groups of Goods) into Circulation outside the Territory of the Russian Federation by Copyright Holders (Patent Holders), and also with their consent, approved by the order of the Ministry of Industry and Trade of the Russian Federation dated April 19, 2022 No. 1532". The official website of Consultant-Plus. Available at: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_416496/343227a0f7231f293415124c9c5b7237496b9008/ (accessed 17.10.2024) (in Russian).
17. Order of the Ministry of Industry and Trade of the Russian Federation No. 2701 dated 21.07.2023 "On Approval of the List of Goods (Groups of Goods) in Respect of which the Provisions of Articles 1252, 1254, Paragraph 5 of Article 1286.1, Articles 1301, 1311, 1406.1, subparagraph 1 of Article 1446, Articles 1472, 1515 and 1537 of the Civil Code of the Russian Federation do not Apply, subject to the introduction of these goods (groups of goods) are put into circulation outside the territory of the Russian Federation by copyright holders (patent holders), as well as with their consent". Official website of "Alta-Soft". Available at: <https://www.alta.ru/tamdoc/23a02701/?ysclid=lnxqmnfqr708216187> (accessed 17.10.2024) (in Russian).

Бобровская О. Н., Тимофеева М. Ю., Неёлова Е. А.**ПРАВОВЫЕ СРЕДСТВА ЗАЩИТЫ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ОТ НЕОБОСНОВАННЫХ ОБВИНЕНИЙ (ПРИТЯЗАНИЙ) СО СТОРОНЫ ПАЦИЕНТОВ (ПРОЦЕССУАЛЬНЫЙ АСПЕКТ)**

ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный университет имени И. М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), 119048, г. Москва

Осуществляя лечебную деятельность, медицинские работники попадают в объектив значительного числа заинтересованных участников сложных социальных и публичных отношений. С одной стороны, лечебная деятельность составляет важный компонент сохранения жизни и здоровья общества, с другой — имеет сложную природу, подлежит различным оценкам качества, а также создает пространство для полемики и выражения субъективных мнений. Если такие оценки не образуют оскорбительного или клеветнического содержания, то, даже будучи не лояльными в своем послышании, они могут быть высказаны без каких-либо ограничений, с использованием всех разрешенных ресурсов, включая средства массовой информации или систему Интернет. В противном случае медицинские работники наделяются правом защиты чести, достоинства и деловой репутации с помощью различных способов и средств, предусмотренных законом.

Целью исследования является анализ практических аспектов защиты деловой репутации с разным составом участников и разноплановыми вариантами решений, принимаемых судебными инстанциями. Отражение в материалах судебной практики проблемных ситуаций, возникающих из факта обращения за медицинской помощью и последующей оценки действий врача как публичного субъекта социальной деятельности, позволил заключить: нематериальные блага, такие как доброе имя, деловая репутация, частная жизнь, составляют основу личности и подлежат охране и защите наравне с иными благами, признаваемыми обществом.

Ключевые слова: правовые средства защиты; факты; суждения; деловая репутация медицинского работника как субъекта социальных отношений.

Для цитирования: Бобровская О. Н., Тимофеева М. Ю., Неёлова Е. А. Правовые средства защиты медицинских работников от необоснованных обвинений (притязаний) со стороны пациентов (процессуальный аспект). Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2025;33(3):424—431. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2025-33-3-424-431>

Для корреспонденции: Бобровская Ольга Николаевна, канд. юр. наук, доцент, доцент кафедры медицинского права Института социальных наук ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный университет имени И. М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), e-mail: bobrovskaya_o_n@staff.sechenov.ru

Bobrovskaya O. N., Timofeeva M. Yu., Neelova E. A.**THE LEGAL MEANS OF PROTECTING MEDICAL WORKERS FROM UNFOUNDED ACCUSATIONS (CLAIMS) FROM PATIENTS (PROCEDURAL ASPECT)**

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

The medical workers carrying out medical activities come into focus of significant number of interested participants of complex social and public relations. The medical activity is an important component of preserving life and health of society and has complex nature, is subjected to various quality assessments and forms space for polemics and expression of subjective opinions. If such assessments do not form offensive or defamatory content, then even being not loyal in message, they can be expressed without any restrictions, using all permitted resources, including mass media or Internet system. Otherwise, medical workers are given the right to protect one's honor, dignity and business reputation through various methods and means provided for by law.

The purpose of the study is to analyze practical aspects of protection of business reputation with different composition of participants and diverse options for decisions taken by judicial authorities. The reflection in materials of judicial practice of problematic situations occurred from the fact of seeking medical care and subsequent assessment of physician's actions as public subject of social activity permitted to conclude that such intangible benefits as good name, business reputation and private life form basis of personality and are subjected to protection and defense on equal basis with other benefits recognized by society.

Key words: legal means of defense; facts; judgments; business reputation; medical professional; subject; social relations; benefit.

For citation: Bobrovskaya O. N., Timofeeva M. Yu., Neelova E. A. The legal means of protecting medical workers from unfounded accusations (claims) from patients (procedural aspect). *Problemy socialnoi gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2025;33(3):424—431 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2025-33-3-424-431>

For correspondence: Bobrovskaya O. N., candidate of juridical sciences, associate professor, associate professor of the Chair of Medical Law of the Institute of Social Sciences of the Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education The I. M. Sechenov First Moscow State Medical University of Minzdrav of Russia (Sechenov University). e-mail: bobrovskaya_o_n@staff.sechenov.ru

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support.

Введение

Деловая репутация, как и доброе имя, составляют наиболее важные элементы характеристики личных качеств медицинского работника в его практической деятельности. Это те нематериальные блага, которые нарабатываются годами, требуют высокой самоотдачи и подлежат особым способам правовой защиты в случае нарушения.

Представляется, что оценка различных аспектов профессиональной подготовки врачей включает и такие качества личности, как пунктуальность, внимательность, приятное обращение, тактичность и успехи в достижении запланированного лечебного результата. В настоящее время такая оценка происходит не только на уровне профессионального сообщества, но и среди пациентов, обращающихся за медицинской помощью, и, что не менее важно, с использованием современных цифровых технологий. Отзывы со стороны довольных или разочарованных пациентов становятся доступны каждому, обратившемуся на ресурс в системе Интернет или на сайт медицинской организации. Вопросы совершенствования кадровой политики, направленной на улучшение качества оказываемой медицинской помощи, затрагивались в ряде исследований. Так, Е. Ф. Усманова и О. О. Томилин обращали внимание на необходимость обеспечения защиты прав медицинских работников при оказании медицинской помощи [1]. Г. В. Артамонова и коллектив авторов акцентировали внимание на проблеме связанности обеспечения безопасности медицинской деятельности с высокими компетенциями кадрового состава медицинской организации [2].

При отсутствии выраженного результата в лечении или в иных частных случаях явного или мнимого невнимательного отношения врача к пациенту чрезмерные эмоциональные реакции со стороны пациентов могут иметь серьезные негативные последствия. Конфликтные ситуации между врачами и пациентами редко проявляются в открытой форме, но все чаще становятся предметом судебных разбирательств или вариантов привлечения к юридической ответственности.

Можно ли определенно утверждать, что в каждом негативном отзыве пациента содержится информация порочащего характера, не соответствующая действительности, с намерением запятнать доброе имя и деловую репутацию врача? Этот вопрос в доктрине российского права имеет довольно четкие критерии: для признания негативного отзыва порочащим текст сообщения должен состоять исключительно из ложной информации о фактах, не имевших места, которые должны быть опровергнуты и удалены.

Материалы и методы

Исследование проведено на базе обширных материалов судебной практики, касающейся основных аспектов защиты деловой репутации при выполнении профессиональных обязанностей в медицин-

ской сфере. Обращение к решениям Конституционного суда Российской Федерации, а также обзорам решений по гражданским делам Верховного Суда Российской Федерации демонстрирует чрезвычайную важность обеспечения надлежащей защиты медицинского сообщества в спорных отношениях по защите чести, достоинства и деловой репутации.

В основу работы положен формально-юридический метод исследования, позволяющий провести анализ понятий, принципов, сложившейся практики и процессуальных особенностей защиты чести, достоинства и деловой репутации медицинских работников. Исследование опирается на практические выводы судов различных инстанций, содержит основные понятия и термины, применяемые в вопросах защиты доброго имени и деловой репутации.

Результаты исследования

На основе представленных данных показаны наиболее вероятные исходы в конфликтных ситуациях, возникающих из факта обращения пациентов за медицинской помощью. Представляется, что в настоящем исследовании продемонстрированы законные способы защиты медицинских работников от необоснованных обвинений (притязаний) со стороны пациентов, позволяющие цивилизованно и в пределах уместного использования правовых инструментов обеспечить надлежащий уровень защиты чести, достоинства и деловой репутации медицинских работников, разрешая возникающие разногласия в корректной форме.

Обсуждение

В целях восстановления нарушенных прав потерпевшие вправе применять общие и специальные способы правовой защиты. Специальные способы защиты чести, достоинства и деловой репутации связаны с правом досудебного урегулирования спора с применением особых средств: опровержения распространенных порочащих сведений, опубликования своего ответа, удаления соответствующей информации. Общими средствами гражданско-правовой защиты следует считать обращения в государственные органы и к должностным лицам с запросами, ходатайствами, заявлениями, на которые они обязаны давать письменные ответы. Обращение в суд как способ защиты деловой репутации нередко включает требования о компенсации морального вреда или возмещении убытков, которые причинены распространением порочащих сведений, а в качестве средств защиты выступают иски.

Опровержение ложной информации как средство защиты имеет целью восстановление положения, существовавшего до нарушения права, и пресечения действий, нарушающих право или создающих угрозу его нарушения. При кажущейся простоте применения понуждение к опровержению сведений, а также принесение публичных извинений за распространение ложных и порочащих деловую репутацию сведений со стороны как пациента, так и сетевых изданий, размещающих отзывы о медицин-

ских работников, довольно затруднительно. Отзывы могут быть анонимными, иносказательными, содержать описание реплик и действий на приеме или при исполнении вмешательств без идентификации врача или же, напротив, подробно характеризовать имярек в этапах лечебного процесса, в пренебрежительном тоне оценивать компетенцию врача, которая вместе с тем подтверждена международными сертификатами. К тому же во всех перечисленных случаях требуется соблюдение особого порядка, установленного рядом законов [3], например соблюдение врачебной тайны, исключительно судебной процедуры рассмотрения спора в порядке особого производства для анонимных пользователей сетевых ресурсов. Все это существенно подрывает авторитет врача среди коллег и других пациентов.

Опубликование ответа на размещенный отзыв должно быть увязано на технической возможности его обеспечения сетевым средством массовой информации (СМИ). Но должностные лица СМИ не часто допускают врача в сеть без подтверждающих фактов о ложности сообщенного пациентом.

Относительно удаления записей или отзывов пациентов, содержащих критику действий медицинского работника, также проводится равноценный подход: удалению подлежит только та информация, которая не соответствует действительности. Медицинский работник не обязан предъявлять доказательства своей невиновности сетевому изданию и предварительно соблюдать досудебный порядок урегулирования спора [4].

В таких случаях судебная защита остается самым надежным способом защиты медицинских работников от обвинений (притязаний) со стороны пациентов, а гражданские иски — универсальным средством восстановления доброго имени и деловой репутации и компенсации убытков, включая моральный вред.

Таким образом, в целях защиты об необоснованных обвинений (притязаний) со стороны пациентов применяются иски, содержащие требования:

- 1) опровержения сведений, порочащих деловую репутацию медицинского работника в сочетании с взысканием убытков;
- 2) о прекращении обработки и распространения персональных данных и удалении учетной записи или профиля медицинского работника из СМИ (сетевого издания), сопряженные с компенсацией морального вреда.

В мировой практике иски о защите чести, достоинства и деловой репутации называются диффамационными. Применяются они только тогда, когда действиями виновной стороны причинен значительный ущерб деловой репутации потерпевшего и на досудебном этапе паритета достичь не удалось. При этом заведомая ложность сообщения состава диффамационного деликта не составляет. Термин «диффамация» понимается как разглашение или распространение порочащих сведений достоверного и недостоверного характера, направленное на причинение вреда чести, достоинству или деловой

репутации физического или юридического лица. Вместе с тем такой термин не включен в законодательство РФ и доктринально используется в значении распространения недостоверной (ложной) информации с намерением причинения вреда деловой репутации.

Обстоятельствами, подлежащими установлению судом на этапах принятия иска и подготовки дела к разбирательству, в силу ст. 152 Гражданского кодекса РФ (ГК РФ) являются: *факт распространения ответчиком сведений об истце, порочащий характер этих сведений и несоответствие их действительности*. При этом на момент подачи иска отсутствует возможность установления заведомой неправомерности содержащихся в сообщении фактов и сведений, изложенных ответчиком о действиях истца, т. е. действует правило «мое слово против твоего». В силу п. 1 ст. 152 ГК РФ обязанность доказывать соответствие действительности распространенных сведений лежит на ответчике. Истец доказывает факт распространения сведений лицом, к которому предъявлен иск, а также порочащий характер этих сведений.

Поскольку же не соответствующими действительности сведениями признаются утверждения о фактах или событиях, которые не имели места в реальности во время, к которому относятся оспариваемые события, ответчик вправе предъявить доказательства истинности и достоверности сделанных им утверждений и сообщений только в момент рассмотрения иска. Такой контекст следует из содержания п. 2 ст. 67 Гражданско-процессуального кодекса РФ (ГПК РФ) о том, что никакие доказательства не имеют для суда заранее установленной силы.

Из сказанного следует, что и медицинский работник, доказывая тот или другой факт распространения сведений, порочащих его деловую репутацию, может использовать любые доказательства, отвечающие требованиям относимости и допустимости. Оценка оспариваемых истцом порочащих сведений должна включать компетентное мнение специалиста (эксперта) по различным аспектам лингвистического содержания публикации или заявления. Представляется, что экспертиза необходима также во всех случаях, когда виновное лицо использовало особые элементы высказывания о действиях медицинского работника (неуместный юмор, иносказание).

При рассмотрении дел о защите чести, достоинства и деловой репутации суд выявляет, содержит ли распространенная спорная информация утверждения о фактах либо оценочные суждения, мнения, убеждения. Оценочные суждения, мнения, убеждения не являются предметом судебной защиты в порядке ст. 152 ГК РФ, если только они не носят оскорбительный характер, подпадающий под действие ст. 5.61 Кодекса об административных правонарушениях РФ (КоАП РФ) «Оскорбление». При этом оскорбительной по отношению к личности считается такая отрицательная оценка, которая выражена в неприличной, имеющей признаки циниз-

ма форме, противоречащей требованиям морали при общении и взаимодействии между людьми. Привлечение лица к административной ответственности за оскорбление (ст. 5.61 КоАП РФ) не является основанием для его освобождения от обязанности денежной компенсации причиненного потерпевшему морального вреда в соответствии со ст. 151 ГК РФ.

Как было отмечено в обзоре судебной практики по делам о защите чести, достоинства и деловой репутации [5], подготовленном Президиумом Верховного Суда РФ, истцам достаточно сложно зафиксировать доказательства порочности сведений, размещенных в сети Интернет. Потерпевшие от информации диффамационного характера, размещенной в сети Интернет, обращаются к нотариусу за удостоверением ее содержания на соответствующем интернет-портале на основании ст. 102 Основ законодательства Российской Федерации о нотариате [6].

Если в момент рассмотрения иска суд выявит признаки уголовного преступления, предусмотренного ст. 29 Уголовного кодекса РФ (УК РФ) «Клевета», то по заявлению потерпевшего виновное лицо будет привлечено к уголовной ответственности. Отказ уполномоченного органа в возбуждении уголовного дела не препятствует в рассмотрении гражданского иска судом.

Иски с требованием опровержения сведений, порочащих деловую репутацию медицинского работника, в сочетании с взысканием убытков

В практике исков о защите чести, достоинства и деловой репутации встречаются различные комбинации участников на стороне истца и ответчика. Во многом такой состав зависит от того, имело ли место распространение порочащих сведений в СМИ, в сети Интернет или такие сведения выявлены в жалобах пациента на действия медицинского работника, которые он подает по инстанциям должностным лицам.

1. Например, при размещении недостоверной информации, порочащей деловую репутацию медицинского работника в СМИ, на стороне ответчика выступает автор диффамационного сообщения, в качестве третьего лица — сетевое СМИ, разместившее анонимное сообщение без предварительной проверки.

В случае, когда установить лицо, распространившее порочащие сведения, невозможно, заявление о признании таких сведений не соответствующими действительности рассматривается в порядке особого производства. Такие случаи могут иметь место при размещении анонимных отзывов пациентов о действиях медицинских работников, в сети Интернет без модерации. Однако решением Пленума Верховного Суда РФ от 24.02.2005 № 3 определено, что администратор сайта не несет ответственность за передаваемую информацию, если он не инициирует ее передачу, не выбирает получателя информации и не влияет на ее целостность. Только если обращение медицинского работника в суд с иском об

оспаривании порочащих его деловую репутацию сведений будет удовлетворено, он вправе требовать их удаления, а на администратора сайта возлагается ответственность за отказ удалить соответствующую информацию.

Судебный пример [7]. Интернет-портал, являющийся электронным СМИ, разместил анонимный негативный отзыв о враче-хирурге детского отделения. Получив отказ от СМИ об удалении отзыва как несоответствующего действительности, врач обратился в правоохранительные органы для установления личности виновного и возбуждения уголовного дела по ст. 29 УК РФ «Клевета». Расследование показало, что автором текста стал пациент, эмоционально затронутый поведением врача во время приема его ребенка. После отказа в возбуждении уголовного дела по запросу врач обратился с гражданским иском в суд.

В гражданском иске, обращенном к установленному автору негативного отзыва, истец не заявлял отдельных требований к СМИ, привлекая его в качестве третьего лица. Врач требовал признания сведений, содержащихся в отзыве, не соответствующими действительности и порочащими его достоинство и деловую репутацию пред пациентами.

Суд установил, что ряд высказываний пациента имеют оценочный характер: «врач пренебрежительный и по-хамски общается и осматривает ребенка».

Но также имеются утверждения о якобы имевших место фактах: «постановка неверного диагноза некомпетентным врачом, занимающим должность заведующего отделением».

Удовлетворяя требования истца, суд обязал автора негативного отзыва написать опровержение на том же сайте.

В данном примере СМИ выступает третьим лицом на стороне ответчика, не заявлявшего самостоятельных требований. Поскольку истец обратил свои требования только к лицу, составившему отзыв на действия медицинского работника, он утратил возможность требования размещения опровержения порочащих сведений от СМИ. Такое требование могло бы иметь место, если бы сетевой ресурс определялся истцом в качестве ответчика или соответчика по делу.

2. Другой случай обращения медицинского работника за судебной защитой деловой репутации связан с выбором ненадлежащего ответчика. Ситуация может иметь место, когда истец заблуждается в своем представлении о фигуре виновного и при разбирательстве дела это становится очевидным. В таком случае суд разъясняет истцу, что надлежащий ответчик может быть привлечен в качестве третьего лица, не заявляющего самостоятельных требований по предмету иска на стороне ответчика по ходатайству самого истца или инициативному решению суда. Истец также наделяется правом произвести замену ответчика после того как его личность и пределы ответственности были точно определены судом (ст. 41 ГПК РФ). Во всех случаях, когда истец заявляет отказ от замены ответчика в процессе, суд вы-

носит решение об отказе удовлетворения заявленных требований по данному иску.

Судебный пример [8]. Врач оспаривал опубликованное СМИ (в газете) письмо матери умершего пациента, содержащее порочащие его деловую репутацию и не соответствующие действительности сведения о его медицинской практике. Первоначальный иск заявлен к автору публикации, затем ответчик заменен на СМИ, а автор привлекался в качестве третьего лица без самостоятельных требований на стороне ответчика. Иск был удовлетворен. Решение суда было направлено на опубликование опровержения сведений публикации, признанной порочащей деловую репутацию врача, и компенсацию морального вреда.

3. Обращение медицинского работника за судебной защитой деловой репутации на стороне истца сопровождается вступлением в процесс третьих лиц, заявляющих самостоятельные требования. Как правило, третье лицо вступает в процесс, когда при рассмотрении дела становится очевидным, что порочащие сведения публично высказаны в отношении иного субъекта (другого медицинского работника), имеющего те же идентифицирующие личностные признаки (инициалы или фамилию), либо когда в тексте сообщения указаны только описательные характеристики врача по внешним данным или действиям, без его идентификации (косвенные признаки) [9]. В указанном случае требования первоначального истца переходят на третье лицо, заявившее самостоятельные требования по предмету иска. Однако, как представляется, таким третьим лицом, заявляющим самостоятельные требования, может стать и медицинская организация, если в результате действий виновного лица пострадает ее деловая репутация и это отразится на снижении посещения клиники пациентами. В таком случае спор подлежит рассмотрению судом общей юрисдикции.

4. В ряде случаев в судебных процессах ставится вопрос конкурентного соотношения права на свободу слова СМИ и защиты доброго имени и деловой репутации публичного лица, деятельность которого сопряжена с социально значимой специальностью. С одной стороны, СМИ действует в интересах общества с целью освещения наиболее важных аспектов их жизни и здоровья, с другой — медицинский работник становится объектом пристального внимания и необоснованного хейта (некорректных выражений с элементами враждебности или глумления).

Судебная практика [10]. Сетевое издание, являющееся СМИ, цель которого состоит в содействии пациентам в информированном выборе медицинской организации и врача, опубликовало анонимный негативный отзыв о враче. В отзыве, в частности, пациент утверждал, что врач отказывалась осуществлять прием, ссылаясь на конец рабочей смены, впоследствии ошибочно указала дату закрытия больничного листа, а также назначила пациенту лекарственный препарат, вопреки информации о наличии у пациента аллергии, нарушала деловую этику (повышала голос, была невнимательна).

Врач обратилась с иском о защите чести, достоинства и деловой репутации в суд с намерением признать отзыв пациента содержащим порочащие сведения и удалить его.

Суд первой инстанции отказал в иске, пояснив свою позицию тем, что содержащиеся в тексте отзыва высказывания представляют собой субъективное мнение пациента, которое сформировалось под влиянием несогласия с осуществляемой врачом деятельностью и качеством оказанных медицинских услуг. Данное решение было обжаловано истцом на всех возможных уровнях судебной защиты, по которым судами было вынесено однозначное отрицательное решение.

При рассмотрении данного дела судом было отмечено, что, поскольку владелец интернет-сайта или уполномоченное им лицо объективно ограничены в возможности определять достоверность информации, размещаемой на сайте третьими лицами, возложение на них такой проверки означало бы отступление от конституционных гарантий свободы слова. В этой связи на них не возлагается безусловной обязанности по удалению порочащих гражданина сведений, если их недостоверность не установлена судебным решением [11].

Вместе с тем редакция сетевого издания обязана предоставлять медицинскому работнику и/или медицинской организации организационно-техническую возможность реализовать гарантированное законом право на ответ на критический отзыв пациента, что обеспечит защиту прав медицинского работника и общественный интерес в получении объективной информации о медицинских услугах и медицинских работника [3].

В ответе на отзыв врач не вправе нарушать положения ч. 1 ст. 13 Закона об основах охраны здоровья граждан в РФ, о сохранении врачебной тайны в отношении пациента, обратившегося за медицинской помощью, если сам пациент в своем отзыве не называл диагноза и причин обращения.

Судом было отмечено, что редакции СМИ обязаны в разумные сроки после поступления соответствующего обращения предпринять меры, необходимые для подтверждения недостоверности такой информации [12], с целью ее последующего удаления (изменения) или опубликования опровержения в установленном законом порядке. На время проведения проверки редакция СМИ вправе как временно ограничить доступ к профилю врача, по которому размещен комментарий, так и обратить внимание интернет-пользователей на его спорный характер.

Конституционным судом РФ выражена позиция о том, что в Российской Федерации гарантируется защита достоинства граждан и уважение человека труда, право на неприкосновенность частной жизни, личную и семейную тайну, защиту своей чести и доброго имени, в связи с чем никто не должен подвергаться унижающему человеческое достоинство обращению, а сбор, хранение, использование и рас-

Здоровье и общество

пространение информации о частной жизни лица без его согласия не допускаются [12].

Реализация гражданином права на свободу слова, свободу выражения мнений и свободу массовой информации не должна нарушать права других граждан на защиту чести, достоинства, доброго имени и деловой репутации. В то же время право на неприкосновенность частной жизни не может ограничивать обсуждение в СМИ вопросов профессиональной деятельности отдельных граждан, представляющей общественный интерес.

Отменяя решения судов первой и апелляционной инстанций и направляя дело на новое рассмотрение, Верховный Суд РФ определил, что перечисленные в отзыве негативные отзывы пациентов являются эмоциональным выражением субъективного мнения и взглядов о враче и оказанной им медицинской помощи. При этом в решениях судов не нашла отражения ситуация, описанная пациентами в отзывах на предмет их достоверности, т. е. *наличие в каком-либо высказывании субъективной оценки само по себе не исключает присутствие в нем утверждений о факте* [10]. Отказавшись от проведения лингвистической экспертизы на предмет установления характера спорных сведений, а также оценки их восприятия, врач не смогла доказать содержащийся в отзыве порочащий ее деловую репутацию элемент.

Конфликт между пациентом и медицинским работником может иметь различные формы. Рассмотрим пример, в котором обращение пациента содержит прямые обвинения в отношении медицинского работника в поданной жалобе на имя главного врача.

Подаявая иск о защите деловой репутации [13], фельдшер утверждала о преднамеренности сообщения о ложной информации пациентом о грубых высказываниях и вымогательстве денежных средств за госпитализацию, составленного на имя главного врача больницы. Служебная проверка, проведенная по факту обращения пациента на действия фельдшера скорой помощи, выявила нарушения принципов медицинской этики и деонтологии, а также дефекты оформления медицинской документации. Однако в представленном фрагменте аудиозаписи вызова упоминания о деньгах за госпитализацию пациента не установлено.

Приобщив в качестве доказательства по делу указанный фрагмент аудиозаписи и исследовав его, суд счел, что, несмотря на отсутствие сговора о деньгах за госпитализацию, данная запись не может быть расценена в качестве бесспорного факта подтверждения доводов истца, как не отражающая полной картины произошедших событий.

Вместе с тем медицинский работник не мог не сознавать, что о факте вымогательства денежных средств свидетельствуют члены семьи пациента, присутствовавшие на вызове скорой. Ответственность свидетелей установлена ст. 70 ГПК РФ за дачу заведомо ложного показания. Всякое утверждение медицинского работника о неправомерных намере-

ниях родственников пациента поддержать его утверждение о вымогательстве может быть расценено судом как порочащее, поскольку содержит обвинения о совершении нечестного поступка, с подачей встречного иска, также бесперспективного за отсутствием иных доказательств.

Такая ситуация соответствует разъяснению, содержащемуся в п. 10 Пленума Верховного Суда РФ № 3 [4], согласно которому обращение гражданина с личным заявлением к должностным лицам государственных органов подлежит рассмотрению и не имеет перспектив привлечения к ответственности по фактам, не нашедшим подтверждения в момент проверки. В указанном случае имеет место реализация гражданином конституционного права на обращение в органы, которые в силу закона обязаны проверять поступившую информацию. Исключением является случай злоупотребления правом, т. е. установленного намерения причинить вред другому лицу.

Разногласия между истцом (фельдшером) и ответчиком (пациентом) относительно грубого поведения истца во время посещения пациента, а также качества оказанных услуг носят субъективный оценочный характер, не подлежащий проверке. Доказательства, свидетельствующие, что обращение ответчика продиктовано намерением распространить сведения порочащего характера об истце, материалы дела не содержат, обращение пациента имело под собой фактические основания, доказательств злоупотребления правом пациентом не установлено.

Выслушав объяснения сторон, исследовав материалы дела, суд в удовлетворении иска отказал.

6. Другим примером конфликта между пациентом и клиникой является случай обращения пациента после завершения лечебного процесса с письменным запросом, который был проигнорирован.

Рассматривая дело по иску о компенсации морального вреда бывшего пациента к медицинской организации, завершившей лечебное воздействие, пациент доказал неправомерность отказа клиники отвечать на его письменные запросы. Однако в процессе рассмотрения спора суды разошлись во мнении и апелляционная инстанция сочла, что клиника не является ни органом власти, ни должностным лицом, обязанным реагировать на обращения пациентов.

Данные обстоятельства нашли отражение в определении Верховного Суда РФ [14]. Обязанность рассмотрения заявлений граждан государственными учреждениями в рамках их публично значимых функций является одной из гарантий реализации гражданами права не только на обращение, но и на охрану здоровья и медицинскую помощь. Право гражданина на обращение предполагает необходимость взаимодействия с государственными и муниципальными учреждениями и потому не может рассматриваться как их чрезмерное обременение [15].

Обращения граждан по изложенным в них фактам рассматриваются должностными лицами орга-

низаций, которые публично осуществляют значимые функции в сфере охраны здоровья и медицинской помощи с предоставлением ответа в соответствии с требованиями Закона о порядке рассмотрения обращений граждан [16].

Заключение

В настоящее время для решения вопросов защиты чести, достоинства и деловой репутации медицинского работника существует широкий арсенал правовых средств. Вместе с тем для того чтобы достичь желаемого правомерного результата, состоящего в опровержении и/или удалении порочащих сведений, необходимо уяснить основные моменты. Несмотря на то что субъективное мнение пациента может не соответствовать действительности, оно, пока не содержит конкретных фактов о природе спорного правоотношения, не может быть признано порочащим деловую репутацию. Такая установка базируется на свободе слова и СМИ, где каждый вправе выразить свою позицию о событии или явлении. Медицинский работник по общему правилу должен иметь право на комментарий публично размещенного негативного отзыва пациента, а всякое обвинение или притязание пациента в отношении медицинского работника должно проходить тщательную проверку на соответствие со стороны администрации ресурса.

В отношении лиц, допустивших публичные реплики оскорбительного или клеветнического содержания, могут возбуждаться дела об установлении административной или уголовной ответственности.

В отличие от общепринятого в мировом сообществе определения диффамационных исков, в России они рассматриваются только с позиции неправомерного сообщения ложной информации с намерением причинения вреда деловой репутации лица. В этой связи суд устанавливает факт распространения ответчиком сведений об истце, порочащий характер этих сведений и несоответствие их действительности.

Исследование не имело спонсорской поддержки
Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА

1. Усманова Е. Ф., Томилин О. О. Обеспечение прав медицинских работников в рамках модернизации законодательства в сфере здравоохранения. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2023;31(5):951—9. doi: 10.32687/0869-866X-2023-31-5-951-959
2. Артамонова Г. В., Попсуйко А. Н., Данильченко Я. В., Бацина Е. А. Кадровая политика учреждений здравоохранения в свете задач обеспечения качества медицинской помощи и безопасности медицинской деятельности. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2023;31(2):270—7. doi: 10.32687/0869-866X-2023-31-2-270-277
3. Закон РФ от 27.12.1991 № 2124-1 «О средствах массовой информации» (в ред. от 23.11.2024). Режим доступа: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_1511 (ст. 43—45, 46); Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ст. 13) (в ред. от 26.09.2024 № 41-П). Режим доступа: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/
4. Постановление Пленума Верховного Суда РФ от 24.02.2005 № 3 «О судебной практике по делам о защите чести и достоинства

- граждан, а также деловой репутации граждан и юридических лиц». *Бюллетень Верховного Суда Российской Федерации*. 2005;апрель(4):п. 4.
5. Обзор практики рассмотрения судами дел по спорам о защите чести, достоинства и деловой репутации (утв. Президиумом Верховного Суда РФ 16.03.2016). Режим доступа: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_195322/
6. Основы законодательства Российской Федерации «О нотариате» (ред. от 28.12.2024). Режим доступа: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_1581/
7. Решение Октябрьского районного суда г. Новороссийска от 27 мая 2020 г. № 2-2756/2019 2-40/2020. Режим доступа: <https://sudact.ru/regular/doc/XpWBdVcNikgV/>
8. Решение Федерального суда Советского района г. Махачкалы от 13 ноября 2006 г. по делу 191/13-П21. Режим доступа: <https://media-pravo.info/case-resolution/199>
9. Кобзаренко Е. М. Привлечение к рассмотрению спора о защите от диффамации третьих лиц как элемент реализации права на справедливое судебное разбирательство. *Вестник Саратовской государственной юридической академии*. 2021;3(140):170—8.
10. Определение СК по гражданским делам Верховного Суда РФ от 28 марта 2023 г. № 5-КГ22-147-К2. Режим доступа: <https://base.garant.ru/406809431/>
11. Постановление Конституционного Суда Российской Федерации от 9 июля 2013 г. № 18-П по делу о проверке конституционности положений пунктов 1, 5 и 6 статьи 152 Гражданского кодекса Российской Федерации в связи с жалобой гражданина Е. В. Крылова. Режим доступа: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_149168/?ysclid=mak7bm0wyt698440460
12. Постановление Конституционного Суда Российской Федерации от 25 мая 2021 г. № 22-П по делу по делу «О проверке конституционности пункта 8 части 1 статьи 6 Федерального закона «О персональных данных» в связи с жалобой ООО «Медрейтинг». Режим доступа: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_385041/
13. Решение Сальского городского суда Ростовской области по делу № 2-387/2020 от 28.02.2020 г. Режим доступа: <https://sudact.ru/regular/doc/wDxQg2Me6Zgv/#top>
14. Определение СК по гражданским делам Верховного Суда РФ от 28 марта 2023 г. № 4-КГ23-2-К1. Режим доступа: <https://base.garant.ru/406735631/>
15. Постановление Конституционного Суда РФ от 18 июля 2012 г. № 19-П По делу «О проверке конституционности части 1 статьи 1, части 1 статьи 2 и статьи 3 Федерального закона О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации в связи с запросом Законодательного Собрания Ростовской области». Режим доступа: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_133199/
16. Федеральный закон от 2 мая 2006 г. № 59-ФЗ «О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации». Режим доступа: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_59999/

Поступила 13.06.2024
Принята в печать 30.10.2024

REFERENCES

1. Usmanova E. F., Tomilin O. O. Ensuring the rights of medical workers in the framework of the modernization of legislation in the field of healthcare. *Problems of Social Hygiene, Public Health and the History of Medicine*. 2023;31(5):951—9. doi: 10.32687/0869-866X-2023-31-5-951-959 (in Russian).
2. Artamonova G. V., Popsuiko A. N., Danilchenko Ya. V., Batsina E. A. Personnel policy of healthcare institutions in the light of the tasks of ensuring the quality of medical care and the safety of medical activities. *Problems of Social Hygiene, Public Health and the History of Medicine*. 2023;31(2):270—7. DOI: 10.32687/0869-866X-2023-31-2-270-277 (in Russian).
3. The Law of the Russian Federation dated December 27, 1991 No. 2124-1 “On Mass Media” (as amended dated 11/23/2024). Available at: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_1511 (Articles 43—45, 46); Federal Law “On the Basics of Public Health Protection in the Russian Federation” dated 11/21/2011 No. 323-FZ (Article 13) (as amended dated 09/26/2024 No. 41-P). Available at: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/ (in Russian).

Здоровье и общество

4. Resolution of the Plenum of the Supreme Court of the Russian Federation dated 24.02.2005 No. 3 "On judicial practice in cases of protection of the honor and dignity of citizens, as well as the business reputation of citizens and legal entities". *Bulletin of the Supreme Court of the Russian Federation*. Apr 2005, No. 4 (item 4) (in Russian).
5. Review of the practice of court review of cases on disputes on the protection of honor, dignity and business reputation (approved by the Presidium of the Supreme Court of the Russian Federation on 16.03.2016). Available at: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_195322/ (in Russian).
6. Fundamentals of the legislation of the Russian Federation "On Notaries" (as amended on 12/28/2024). Available at: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_1581/ (in Russian).
7. The decision of the Oktyabrsky District Court of Novorossiysk dated May 27, 2020 No. 2-2756/2019 2-40/2020. Available at: <https://sudact.ru/regular/doc/XpWBdVcNikgV/> (in Russian).
8. The decision of the Federal Court of the Sovetsky District of Makhachkala dated November 13, 2006 in the case 191/13-P21. Available at: <https://media-pravo.info/case-resolution/199> (in Russian).
9. Kobzarenko E. M. Involvement of third parties in the consideration of a dispute on protection from defamation as an element of the realization of the right to a fair trial. *Bulletin of the Saratov State Law Academy*. 2021;3(140):170–8 (in Russian).
10. The ruling of the IC on Civil Cases of the Supreme Court of the Russian Federation dated March 28, 2023, No. 5-KG22-147-K2. Available at: <https://base.garant.ru/406809431/> (in Russian).
11. Resolution No. 18-P of the Constitutional Court of the Russian Federation dated July 9, 2013 in the case of checking the constitutionality of the provisions of paragraphs 1, 5 and 6 of Article 152 of the Civil Code of the Russian Federation on the complaint of citizen E. V. Krylov. Available at: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_149168/?ysclid=mak7bm0wyt698440460 (in Russian).
12. Resolution of the Constitutional Court of the Russian Federation dated May 25, 2021, No. 22-P in the case "On the review of the Constitutionality of Paragraph 8 of Part 1 of Article 6 of the Federal Law on Personal Data in connection with the complaint of Medrating LLC". Available at: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_385041/ (in Russian).
13. The decision of the Salsky City Court of the Rostov region in case No. 2-387/2020 dated 02/28/2020. Available at: <https://sudact.ru/regular/doc/wDxQg2Me6Zgv/#top> (in Russian).
14. Definition of the IC on civil cases of the Supreme Court of the Russian Federation dated March 28, 2023 No. 4-KG23-2-K1. Available at: <https://base.garant.ru/406735631/> (in Russian).
15. Resolution of the Constitutional Court of the Russian Federation No. 19-P dated July 18, 2012 In the case "On Checking the Constitutionality of Part 1 of Article 1, Part 1 of Article 2 and Article 3 of the Federal Law On the Procedure for Considering Appeals from Citizens of the Russian Federation in Connection with a Request from the Legislative Assembly of the Rostov Region". Available at: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_133199/ (in Russian).
16. Federal Law No. 59-FZ of May 2, 2006 "On the Procedure for Considering Appeals from Citizens of the Russian Federation". Available at: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_59999/ (in Russian).

Хайлова Ж. В.^{1,3}, Омеляновский В. В.^{2,3,4,5}, Михайлов И. А.^{2,3,4,5}, Комаров Ю. И.^{6,7}, Томилина Т. А.², Ольков И. Г.⁸,
Иванов С. А.¹, Каприн А. Д.^{1,9}

АНАЛИЗ МЕРОПРИЯТИЙ ПО ПОВЫШЕНИЮ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОТИВООПУХОЛЕВОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ТЕРАПИИ, ХИРУРГИЧЕСКОГО И ЛУЧЕВОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

¹ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр радиологии» Минздрава России, 249031, г. Обнинск;

²ФГБУ «Центр экспертизы и контроля качества медицинской помощи» Минздрава России, 109028, г. Москва;

³ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, 125993, г. Москва;

⁴ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н. А. Семашко» Минобрнауки России, 105064, г. Москва;

⁵ФГБУ «Научно-исследовательский финансовый институт» Министерства финансов Российской Федерации, 127006, г. Москва;

⁶ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии имени Н. Н. Петрова» Минздрава России, 197758, г. Санкт-Петербург;

⁷ФГАОУ ВО «Национальный исследовательский университет ИТМО», 197101, г. Санкт-Петербург;

⁸Благотворительный Фонд развития социальных программ, 119049, г. Москва;

⁹ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы», 117198, г. Москва

Цель исследования — проанализировать систему мероприятий по повышению эффективности противоопухолевой лекарственной терапии, хирургического и лучевого лечения пациентов с онкологическими заболеваниями и разработать предложения по их совершенствованию.

В экспертном опросе (анкетировании) приняли участие 485 экспертов, практикующих врачей-онкологов. Исследование проводили путем экспертного опроса с использованием экспертной анкеты для формирования предложений по совершенствованию организации оказания медицинской помощи пациентам с онкологическими заболеваниями. Для количественной оценки степени совпадения ответов экспертов рассчитывался коэффициент конкордации Кендалла (W). Значимость различий оценивали с использованием непараметрического критерия Фридмана. Анализ надежности и валидности измерительной шкалы анкетного опроса проведен с помощью вычисления коэффициента альфа Кронбаха.

Исследование показало, что для формирования предложений по совершенствованию организации оказания медицинской помощи пациентам с онкологическими заболеваниями следует учитывать текущие показатели и реализуемые мероприятия по организации медицинской помощи, такие как доля лиц с онкологическими заболеваниями, прошедших обследование и/или лечение в текущем году из числа состоящих под диспансерным наблюдением, доля злокачественных новообразований, выявленных на I–II стадиях и создание и функционирование референс-центров иммуногистохимических, патоморфологических и лучевых методов исследования. Целесообразно добавление новых результатов и мероприятий, направленных на увеличение количества проведенных молекулярно-генетических исследований при назначении таргетных противоопухолевых лекарственных препаратов, контроль соответствия лекарственной терапии клиническим рекомендациям, повышение доступности оперативных вмешательств за счет увеличения объемов медицинской помощи, централизацию онкологической службы субъекта РФ в рамках одной медицинской организации, а также увеличение хирургической активности в отношении пациентов со злокачественными новообразованиями.

В ходе исследования отобраны показатели, которые могут быть использованы и для формирования предложений по совершенствованию организации оказания медицинской помощи пациентам с онкологическими заболеваниями, и при формировании федеральных проектов или ведомственных целевых программ. Результаты исследования также могут быть использованы для организации системы мониторинга эффективности реализации данных проектов и программ.

Ключевые слова: управление здравоохранением; онкологические заболевания; федеральные проекты; противоопухолевая лекарственная терапия; экспертная оценка.

Для цитирования: Хайлова Ж. В., Омеляновский В. В., Михайлов И. А., Комаров Ю. И., Томилина Т. А., Ольков И. Г., Иванов С. А., Каприн А. Д. Анализ мероприятий по повышению эффективности противоопухолевой лекарственной терапии, хирургического и лучевого лечения пациентов с онкологическими заболеваниями. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2025;33(3):432–439. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2025-33-3-432-439>

Для корреспонденции: Хайлова Жанна Владимировна, заместитель директора по организационно-методической работе МРНЦ им. А. Ф. Цыба (филиала ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России), руководитель Центра координации деятельности учреждений регионов Российской Федерации в области радиологии и онкологии, e-mail: 1977zhanna@mail.ru.

Khailova Zh. V.^{1,3}, Omelyanovsky V. V.^{2,3,4,5}, Mikhailov I. A.^{2,3,4,5}, Komarov Yu. I.^{6,7}, Tomilina T. A.², Olkov I. G.⁸,
Ivanov S. A.¹, Kaprin A. D.^{1,9}

THE ANALYSIS OF ACTIVITIES ON INCREASING EFFICIENCY OF ANTITUMORAL MEDICINAL THERAPY, SURGICAL AND RADIATION TREATMENT OF PATIENTS WITH ONCOLOGICAL DISEASES

¹The Federal State Budget Institution "The National Medical Research Center of Radiology" of Minzdrav of Russia, 249031, Obninsk, Russia;

²The Federal State Budget Institution "The Center of Expertise and Control of Quality of Medical Care" of Minzdrav of Russia, 109028, Moscow, Russia;

³The Federal State Budget Educational Institution of Additional Professional Education "The Russian Medical Academy of Continuous Professional Education" of Minzdrav of Russia, 125445, Moscow, Russia;

⁴N. A. Semashko National Research Institute of Public Health, 105064, Moscow, Russia;

⁵The Federal State Budget Institution "The Research Financial Institute of the Ministry of Finances of Russia", 127006, Moscow, Russia;

⁶The Federal State Budget Institution "The N. N. Petrov National Medical Research Center of Oncology of Minzdrav of Russia", 197758, St. Petersburg, Russia;

⁷The Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education "ITMO University", 197101, St. Petersburg, Russia;

⁸The Charitable Foundation for the Development of Social Programs, 119049, Moscow, Russia;

⁹The Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education "The Patrice Lumumba Peoples' Friendship University of Russia" of the Minobrnauka of Russia (RUDN University), 117198, Moscow, Russia

The article considers system of measures improving efficiency of anti-tumor medicinal therapy, surgical and radiation treatment of patients with oncological diseases, including development of proposals for their improvement.

The sampling included 485 experts (practicing oncologists). The expert survey was carried out using expert questionnaire to develop proposals improving organization of medical care of patients with oncological diseases. The Kendall's concordance coefficient (W) was calculated to quantify degree of concordance of answers of experts. The significance of differences was assessed by non-parametric Friedman criterion. The reliability and validity of questionnaire scale was carried out by calculating the Cronbach's alpha coefficient.

The results demonstrated that in order to formulate proposals improving organization of oncological medical care management, current indicators and implemented measures of organization of medical care of oncological patients are taken into account, including percentage of patients with oncological diseases, who underwent examination and/or treatment during current year out of those under dispensary observation, the percentage of malignant neoplasms detected at stages I-II and organization of reference centers that use histological, immunohistochemical, pathomorphological and X-ray methods of research. The following indicators are recommended to apply for improving organization of cancer medical care: control compliance of drug therapy with clinical recommendations; increasing surgical activity and availability of surgical interventions by increasing volume of medical care; adding new results and outputs targeted to increase the number of molecular researches when prescribing targeted anticancer drugs; centralization of the cancer medical service. The indicators, that can be used to formulate and prioritize proposals for improving organization of cancer medical care, and to form Federal projects or departmental special-purpose program, were selected. The results of the study can be used in development of system to monitor efficiency of implementation of these projects and programs.

Key words: health care management; oncological disease; Federal project; anti-tumor medicinal therapy; expert assessment.

For citation: Khailova Zh.V., Omelyanovsky V. V., Mikhailov I. A., Komarov Yu. I., Tomilina T. A., Olkov I. G., Ivanov S. A., Kaprin A. D. The analysis of activities on increasing efficiency of antitumoral medicinal therapy, surgical and radiation treatment of patients with oncological diseases. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2025;33(3):432–439 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2025-33-3-432-439>

For correspondence: Khailova Zh.V., the Federal State Budget Institution "The National Medical Research Center of Radiology" of Minzdrav of Russia. e-mail: 1977zhanna@mail.ru

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support.

Received 16.07.2024

Accepted 30.10.2024

Введение

В России в настоящее время насчитывается около 4 млн граждан с онкологическими заболеваниями, число новых случаев составляет около 600 тыс. ежегодно [1]. Высокие уровни заболеваемости и смертности от онкологических заболеваний остаются актуальной проблемой российского здравоохранения, что определяет приоритетность организации эффективной онкологической помощи населению [2, 3].

В течение нескольких лет произошел существенный сдвиг в области диагностики и лечения онкологических заболеваний. Активно внедряется применение ядерной медицины, создаются референс-центры иммуногистохимических, патоморфологиче-

ских и лучевых методов исследования, используется протонно-лучевая терапия. Инновации коснулись и самих подходов к организации работы службы [4].

Однако несмотря на все принимаемые меры, распространенность злокачественных новообразований (ЗНО) продолжает расти [5]. Повышается финансовая нагрузка на внебюджетные фонды (обязательного медицинского страхования — ОМС) в связи с увеличивающимися объемами специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи и растущими потребностями в лекарственном обеспечении больных с онкологическими заболеваниями [6].

В этой связи мнение практикующих врачей-онкологов, особенно в вопросах противоопухолевой лекарственной терапии, хирургического лечения,

радионуклидных и лучевых методов лечения, представляет существенный интерес для формирования предложений по обеспечению качества и доступности специализированной онкологической помощи.

Все вышеизложенное определяет необходимость разработки и предоставления экспертных предложений по оценке эффективности, а также совершенствованию оказания медицинской помощи пациентам с онкологическими заболеваниями.

Целью данного исследования стали анализ системы мероприятий по повышению эффективности противоопухолевой лекарственной терапии, хирургического и лучевого лечения пациентов с онкологическими заболеваниями и разработка предложений по их совершенствованию.

Материалы и методы

Исследование проведено путем экспертного опроса с использованием экспертной анкеты для формирования предложений по совершенствованию организации оказания медицинской помощи пациентам с онкологическими заболеваниями (далее — экспертная анкета). Методология разработки и подробное описание экспертной анкеты представлено в статье Ж. В. Хайловой и соавт. [7, 8].

Отбор экспертов, практикующих врачей-онкологов (врачи-онкологи, специализирующиеся на противоопухолевой лекарственной терапии, врачи-онкологи, специализирующиеся на хирургическом лечении, врачи-онкологи, специализирующиеся на радионуклидных и лучевых методах лечения) проводили на основании следующих критериев:

- наличие высшего медицинского образования;
- наличие аккредитации по специальности «онкология»;
- общая продолжительность медицинского стажа по профилю «онкология» не менее 10 лет;
- наличие стажа по текущему направлению (противоопухолевая лекарственная терапия, хирургическое лечение, радионуклидные и лучевые методы лечения) не менее 5 лет;
- самооценка компетентности эксперта — не ниже среднего уровня.

Разработанная экспертная анкета состоит из 5 частей, каждая из которых подразумевает многокритериальную оценку уже существующих и реализуемых мероприятий, включая оценку перспективных предложений по совершенствованию организации оказания медицинской помощи пациентам с онкологическими заболеваниями [8]. Эксперты оценивали каждый из показателей по шкале от 1 до 5 баллов по определенным критериям.

Опросы всех экспертов проводили исключительно индивидуально и в очном формате. После проведения экспертного опроса (анкетирования) оценивали согласованность экспертных мнений. Для количественной оценки степени совпадения ответов экспертов применяется коэффициент конкордации Кендалла (W). Значимость различий оценивали с использованием непараметрического критерия

Фридмана. Статистическая обработка производилась в программе Statistica 10.

Анализ надежности и валидности измерительной шкалы при проведении анкетного опроса проводили с помощью вычисления коэффициента альфа Кронбаха.

Результаты исследования

Всего в экспертном опросе (анкетировании) приняли участие 485 экспертов, каждый из которых соответствовал всем критериям включения, изложенным выше.

Результаты оценки внутренней согласованности анкеты по коэффициенту альфа Кронбаха составили 0,81—0,95, что говорит об очень хорошем уровне надежности экспертной анкеты.

Показатели ранжировали по двум индикаторам: итоговому рейтингу показателя, который представляет собой сумму средних значений оценок экспертов по критериям 1—5, и коэффициенту конкордации Кендалла.

Показатели, характеризующие организацию оказания медицинской помощи пациентам с онкологическими заболеваниями

Сводные результаты экспертного опроса по оценке показателей, характеризующих организацию оказания медицинской помощи пациентам с онкологическими заболеваниями, представлены в табл. 1 и на рисунке.

Показатели ранжировали по итоговому рейтингу, который представляет собой сумму средних значений оценок экспертов по критериям:

- реалистичность показателя;
- степень достоверности данного показателя;
- важность показателя.

Исследованием установлено, что наибольшим итоговым рейтингом характеризуется показатель «доля лиц с онкологическими заболеваниями, прошедших обследование и/или лечение в текущем году из числа состоящих под диспансерным наблюдением» — 10,86.

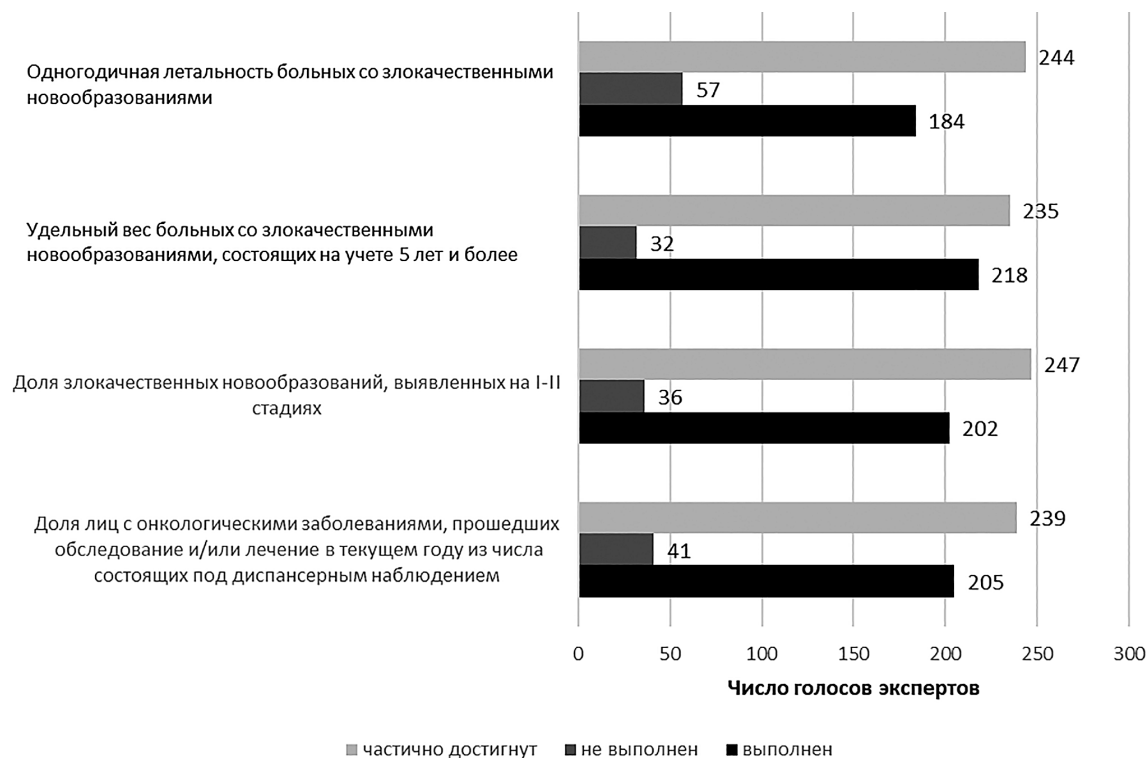
Показатель «доля злокачественных новообразований, выявленных на I—II стадиях» характеризуется итоговым рейтингом 10,79.

Показатель «удельный вес больных со ЗНО, состоящих на учете 5 лет и более», характеризуется итоговым рейтингом 10,57.

Показатель «одногодичная летальность больных с ЗНО» — 10,34.

По критерию «выполнение показателей» установлено, что все вышеупомянутые показатели занимают сходные позиции и в среднем выполнены на 42%, частично выполнены на 50%, не выполнены на 8%.

Как уже упоминалось, значение коэффициента конкордации Кендалла W было меньше минимально допустимого ($W < 0,3$) для всех показателей, что говорит о чрезвычайно низкой согласованности мнений экспертов. Однако можно отметить, что для показателя «доля злокачественных новообразова-



Линейная диаграмма выполнения показателей организации оказания медицинской помощи пациентам с ЗНО.

ний, выявленных на I—II стадиях» зафиксировано наибольшее значение коэффициента конкордации Кендалла W (0,11).

Показатели, характеризующие оценку текущих результатов и мероприятий по совершенствованию организации оказания медицинской помощи пациентам с онкологическими заболеваниями

Сводные результаты экспертной оценки предложений по добавлению новых показателей в целях мониторинга реализуемых мероприятий по совершенствованию организации медицинской помощи пациентам с онкологическими заболеваниями представлены в табл. 2.

Показатели ранжировались по итоговому рейтингу показателя, который представляет собой сумму средних значений оценок экспертов по критериям (от 1 до 5 баллов):

- целесообразность поддержки предложения;
- реализация предложения позволит повысить точность и достоверность мониторинга эффективности реализации федеральных проектов;
- наличие ограничений для реализации предложения, в том числе доступность данных.

По результатам исследования установлено, что в поиске расширения перечня целевых показателей наибольшим итоговым рейтингом характеризуются показатели «осуществление мониторинга показате-

Таблица 1
Результаты экспертного опроса (анкетирования) по отбору показателей, характеризующих оценку текущих показателей организации оказания медицинской помощи пациентам с ЗНО

Показатель	Итоговый рейтинг показателя	W — коэффициент конкордации Кендалла	p (критерий Фридмана)	Коэффициент альфа Кронбаха	Реальность показателя (от 1 до 5 баллов)	Степень достоверности данного показателя, (от 1 до 5 баллов)	Выполнение показателя, выполнен/не выполнен/частично выполнен	Важность показателя (от 1 до 5 баллов)
Доля лиц с онкологическими заболеваниями, прошедших обследование и/или лечение в текущем году из числа состоящих под диспансерным наблюдением, %	10,86	0,06045	0,000001	0,951462	3,56	3,56	205/41/239	3,74
Доля ЗНО, выявленных на I—II стадиях, %	10,79	0,95146	0,000001	0,931811	3,48	3,53	202/36/247	3,79
Удельный вес больных со ЗНО, состоящих на учете 5 лет и более из общего числа больных с ЗНО, состоящих под диспансерным наблюдением, %	10,57	0,03018	0,000001	0,939271691	3,44	3,53	218/32/235	3,61
Одногодичная летальность больных со ЗНО (умерли в течении первого года с момента установления диагноза из числа больных, впервые взятых под диспансерное наблюдение в предыдущем году), %	10,34	0,0686	0,000001	0,936233	3,31	3,42	184/57/244	3,6

Таблица 2

Результаты экспертной оценки предложений по добавлению новых показателей в целях мониторинга реализуемых мероприятий по совершенствованию организации медицинской помощи пациентам с онкологическими заболеваниями

Предложения по добавлению новых показателей	Итоговый рейтинг показателя, баллы	W — коэффициент корреляции Кендалла	p (критерий Фридмана)	Коэффициент альфа Кронбаха	Целесообразность поддержки предложения (от 1 до 5 баллов)	Реализация предложения позволит повысить точность и достоверность мониторинга эффективности реализации федерального проекта (от 1 до 5 баллов)	Наличие ограничений для реализации предложения, в том числе доступность данных (от 1 до 5 баллов)	Оценка возможной динамики предлагаемых новых показателей, 2025—2030 гг. (среднее)
Осуществление мониторинга показателей, характеризующих ресурсную базу медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по профилю «онкология» (оборудование, расходные материалы, состояние зданий)	11,31	0,03766	0,000001	0,93034	3,87	3,77	3,66	2025
Осуществление мониторинга показателей, характеризующих эффективность проведения диагностических исследований (инструментальных, лабораторных, в том числе молекулярно-генетических, патолого-анатомических и иных)	11,35	0,10259	0,000001	0,92713	3,90	3,85	3,60	2025
Осуществление мониторинга показателей, характеризующих кадровое обеспечение медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по профилю «онкология»	11,52	0,03682	0,000001	0,93184	3,92	3,87	3,73	2025
Осуществление мониторинга показателей, характеризующих лекарственное обеспечение пациентов с онкологическими заболеваниями	11,62	0,10001	0,000001	0,9397	3,97	3,93	3,71	2025
Необходимость показателей, отражающих эффективность расходования финансовых средств в системе ОМС по профилю «онкология»	11,16	0,01252	0,00239	0,949182	3,76	3,74	3,67	2025
Выделение показателей, характеризующих эффективность противоопухолевой лекарственной терапии, хирургического лечения и лучевой терапии	11,62	0,03672	0,000001	0,94435	3,94	3,93	3,76	2025
Необходимость проведения исследований, обосновывающих клинико-экономическую эффективность реализации мероприятий	10,88	0,01084	0,00521	0,96094	3,66	3,64	3,58	2025
Осуществление мониторинга «результатирующих» показателей (например, смертность, инвалидность, качество жизни)	11,14	0,02397	0,00001	0,95381	3,76	3,73	3,64	2025
Осуществление совместного мониторинга «результатирующих» показателей (например, смертность, инвалидность, качество жизни) и «процессных» показателей (например, показатели ресурсной базы, диагностических исследований, кадрового обеспечения, лекарственного обеспечения)	10,84	0,01319	0,00166	0,95105	3,65	3,63	3,55	2026

лей, характеризующих лекарственное обеспечение пациентов с онкологическими заболеваниями» и «выделение показателей, характеризующих эффективность противоопухолевой лекарственной терапии, хирургического лечения и лучевой терапии» — 11,62.

На втором месте итогового рейтинга находится показатель «осуществление мониторинга показателей, характеризующих кадровое обеспечение медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по профилю „онкология“» — 11,52.

Показатель «осуществление мониторинга показателей, характеризующих эффективность проведения диагностических исследований (инструментальных, лабораторных (в том числе молекулярно-генетических), патолого-анатомических и иных исследований)» занял третье место — 11,35.

Итоговый рейтинг завершают результирующие показатели (например, смертность, инвалидность, качество жизни и др.) и «процессные» показатели (например, показатели ресурсной базы, диагностических исследований, кадрового обеспечения, лекарственного обеспечения и др.)» — 411,4 и 10,84.

Относительно сроков начала мониторингирования предлагаемых новых показателей (экспертам предлагалось выбрать год в период с 2025 по 2030 г.). Исходя из рассчитанных средних значений можно проследить ярко выраженную тенденцию в отношении позиции подавляющего большинства опрошенных — к мониторингу следует приступать с 2025 г. Оценка динамики изменения предлагаемых новых групп показателей особенно важна для адекватного планирования достижений целевых значений показателей при разработке государственных проектов и программ

Мероприятия по совершенствованию организации онкологической помощи

Далее анализировали реализуемые мероприятия по совершенствованию организации онкологической службы, в том числе проводили оценку степени достижения запланированных результатов.

Сводные результаты экспертного опроса по оценке показателей реализуемых мероприятий в целях совершенствования медицинской помощи пациентам с онкологическими заболеваниями представлены в табл. 3. Показатели ранжировали по двум индикаторам: текущей степени выполнения и важности реализации мероприятия.

Наиболее важным мероприятием, по мнению экспертов, является создание и функционирование референс-центров иммуногистохимических, патоморфологических и лучевых методов исследований (4,06).

Следующими по важности мероприятиями эксперты назвали оснащение современным медицинским оборудованием федеральных и региональных медицинских организаций (диспансеров/больниц), оказывающих помощь больным онкологического профиля, а также финансовое обеспечение оказания медицинской помощи больным с онкологическими заболеваниями в соответствии с клиническими рекомендациями (3,99 и 3,98). Интересно, что мероприятие, характеризующее работу с населением через СМИ, коммуникационный проект, направленный на профилактику, раннее выявление и повыше-

ние приверженности лечению онкологических заболеваний, эксперты посчитали наименее важным (3,88).

Риски при реализации вышеперечисленных мероприятий оценивали в совокупности финансовых, кадровых, комплексных (сложность организации) и инфраструктурных ограничений. По результатам ранжирования первую позицию занял показатель «созданы и функционируют референс-центры иммуногистохимических, патоморфологических и лучевых методов исследований» (14,38), именно этот показатель был оценен и как наиболее важный. Вторую позицию занял показатель «дооснащены (переоснащены) современным медицинским оборудованием федеральные медицинские организации, оказывающие помощь больным онкологического профиля» (14,32). Показатель «реализован коммуникационный проект, направленный на профилактику, раннее выявление и повышение приверженности к лечению онкологических заболеваний (работа с населением через СМИ)» (14,25) замыкает тройку лидеров. Примечательно, что этот показатель был определен как наименее важный при оценке текущих результатов и мероприятий.

Менее значительному риску подвергаются показатели «завершено оснащение (переоснащение) медицинским оборудованием региональных медицинских организаций, оказывающих помощь пациентам с онкологическими заболеваниями (диспансеров/больниц)» (14,06), а также «финансовое обеспечение оказания медицинской помощи больным с

Таблица 3
Оценка текущих результатов и мероприятий по совершенствованию организации онкологической помощи

Формулировка мероприятия	W — коэффициент координации Кендалла	p (критерий Фридмана)	Коэффициент альфа Кронбаха	Важность реализации мероприятия (от 1 до 5 баллов)	Риски при реализации мероприятия				
					итоговый рейтинг показателя риска	финансовые	кадровые	комплексность (сложность организации)	инфраструктурные (медицинские организации)
Введены в эксплуатацию и функционируют центры протонно-лучевой терапии	0,08927	0,00001	0,94184	3,91	13,64	3,44	3,42	3,43	3,45
Завершено оснащение (переоснащение) медицинским оборудованием региональных медицинских организаций, оказывающих помощь больным онкологическими заболеваниями (диспансеров/больниц)	0,09465	0,000001	0,95322	3,97	14,06	3,49	3,56	3,49	3,52
Дооснащены (переоснащены) современным медицинским оборудованием федеральные медицинские организации, оказывающие помощь больным онкологического профиля	0,09531	0,00001	0,95322	4,99	14,32	3,55	3,63	3,54	3,61
Финансовое обеспечение оказания медицинской помощи больным с онкологическими заболеваниями в соответствии с клиническими рекомендациями	0,11026	0,000001	0,948598	3,98	13,99	3,48	3,45	3,52	3,54
Организованы центры амбулаторной онкологической помощи	0,10139	0,000001	0,940222	3,96	13,85	3,48	3,39	3,49	3,49
Реализован коммуникационный проект, направленный на профилактику, раннее выявление и повышение приверженности лечению онкологических заболеваний (работа с населением через СМИ)	0,03892	0,01651	0,955013	3,88	14,25	3,55	3,57	3,54	3,59
Созданы и функционируют референс-центры иммуногистохимических, патоморфологических и лучевых методов исследования	0,10442	0,000001	0,951312	4,06	14,38	3,55	3,54	3,65	3,64

онкологическими заболеваниями в соответствии с клиническими рекомендациями» (13,99). «Введение в эксплуатацию и функционирование центров протонно-лучевой терапии» отнесено к мероприятиям с минимальным риском. В части ранжирования рисков по выбранным категориям финансовые риски имеют максимальный итоговый рейтинг (21).

Наиболее актуальными направлениями развития медицинской помощи из предложенных в анкете, по мнению экспертов, является показатель «развитие взаимодействия онкологического и терапевтического звена на этапе диспансерного наблюдения пациентов с хроническими формами заболевания». Наряду с этим важнейшими направлениями для совершенствования медицинской помощи эксперты назвали показатели «расширение применения молекулярно-генетических исследований» и «увеличение доступа таргетной терапии в амбулаторных условиях».

Далее по рейтингу следуют показатели «создание координационных центров управления маршрутизацией, контроля высокорисковых пациентов и организации совместного оказания медицинской помощи (врач-специалист — терапевт — пациент) и «внедрение цифровых систем поддержки принятия врачебных решений».

Обсуждение

В ходе апробации разработанной экспертной анкеты специалисты оценивали текущие результаты и мероприятия, направленные на совершенствования онкологической помощи населению, в том числе ряд новых результатов и мероприятий, нацеленных на более конкретный и целостный анализ деятельности онкологической службы.

Кроме того, эксперты отобрали наиболее оптимальные, с их точки зрения, параметры доступности и эффективности противоопухолевой терапии и немедикаментозного лечения (лучевой терапии, радионуклидных и хирургических методов лечения).

Все показатели, в том числе получившие наибольший итоговый рейтинг, одновременно характеризовались низким коэффициентом конкордации, наличием статистической значимости и имели высокие результаты оценки внутренней согласованности анкеты по коэффициенту альфа Кронбаха.

Таким образом, разработанная экспертная анкета обеспечена очень хорошим уровнем надежности, а предложенные показатели имеют перспективу для рейтингования и комплексной оценки результативности и эффективности организации оказания медицинской помощи пациентам с онкологическими заболеваниями.

В то же время крайне низкий коэффициент конкордации результатов опроса подразумевает дополнительное изучение предложенных показателей в качестве оценки деятельности онкологической службы.

Примечательно, что при оценке текущих показателей организации оказания медицинской помощи

пациентам с ЗНО наибольшим итоговым рейтингом характеризовались показатели «доля лиц с онкологическими заболеваниями, прошедших обследование и/или лечение в текущем году из числа состоящих под диспансерным наблюдением» и «доля злокачественных новообразований, выявленных на I—II стадиях».

Среди реализуемых мероприятий по совершенствованию организации онкологической помощи наиболее важными эксперты считают создание и функционирование референс-центров иммуногистохимических, патоморфологических и лучевых методов исследования.

Примечательно, что риски при реализации вышеперечисленных мероприятий, которые оценивались в совокупности финансовых, кадровых, комплексных (сложность организации) и инфраструктурных ограничений вышеперечисленных мероприятий, по результатам ранжирования также заняли первую позицию.

Заключение

Проведена апробация разработанной экспертной анкеты, содержащей сформированные предложения по совершенствованию организации оказания медицинской помощи пациентам с онкологическими заболеваниями.

Результаты исследования проиллюстрировали мнения практикующих врачей-онкологов по оценке текущих показателей организации оказания медицинской помощи пациентам с ЗНО, а также результатов и мероприятий, направленных на снижение онкологической заболеваемости.

Исследование не имело спонсорской поддержки.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Каприн А. Д., Старинский В. В., Шахзадова А. О. Состояние онкологической помощи населению России в 2022 году. М.: МНИОИ им. П. А. Герцена; 2023. 239 с.
2. Хайлова Ж. В., Каприн А. Д., Омеляновский В. В., Пустовалов Д. Н., Агафонова Ю. А., Кусакина В. О. Анализ потерянных лет жизни в результате преждевременной смертности от злокачественных новообразований в Российской Федерации. *Сибирский онкологический журнал*. 2023;22(5):14—27.
3. Самойлова А. В., Дзеранова Н. Г. Контроль за реализацией федерального проекта «Борьба с онкологическими заболеваниями». *Вестник Росздравнадзора*. 2019;(4):28—34.
4. Куприн С. А., Белова Е. А. Организационные подходы к борьбе с онкологическими заболеваниями в системе охраны здоровья граждан. *Известия Российской военно-медицинской академии*. 2020;39(S4):247—50.
5. Астахов В. Л., Довбуш В. П., Гуров А. Н., Юкляева Т. Г., Дьяков А. Ю. Анализ заболеваемости, смертности от злокачественных новообразований и организация специализированной медицинской помощи населению с онкологической патологией в Московской области. *Менеджер здравоохранения*. 2018;(10):40—53.
6. Авксентьев Н. А., Алексеев Б. Я., Андреяшкина И. И., Макарова Ю. В. Влияние применения современных противоопухолевых препаратов у взрослых пациентов с местно-распространенной или метастатической уротелиальной карциномой на снижение смертности от злокачественных новообразований в России. *Онкоурология*. 2023;19(3):80—93.

Здоровье и общество

7. Стилиди И. С., Геворкян Т. Г., Шпак А. Г. Совершенствование показателей федерального проекта «Борьба с онкологическими заболеваниями». *Вестник Росздравнадзора*. 2021;(1):46–53.
8. Хайлова Ж. В., Каприн А. Д., Михайлов И. А., Омеляновский В. В., Комаров Ю. И., Иванов С. А. Разработка экспертной анкеты для формирования предложений по совершенствованию организации оказания медицинской помощи пациентам с онкологическими заболеваниями. *Медицинские технологии. Оценка и выбор*. 2024;(3):33–42. doi: 10.17116/medtech20244603133
3. Samoilova A. V., Dzeranova N. G. Monitoring the implementation of the federal project “Fight against cancer”. *Bulletin of Roszdravnadzor*. 2019;(4):28–34 (in Russian).
4. Kuprin S. A., Belova E. A. Organizational approaches to combating oncological diseases in the public health care system. *Bulletin of the Russian Military Medical Academy*. 2020;39(S4):247–50 (in Russian).
5. Astashov V. L., Dovbush V. P., Gurov A. N., Yuklyaeva T. G., Dyakov A. Yu. Analysis of morbidity, mortality from malignant neoplasms and organization of specialized medical care for the population with oncological pathology in the Moscow region. *Healthcare Manager*. 2018;(10):40–53 (in Russian).
6. Avksentyev N. A., Alekseev B. Ya., Andreyashkina I. I., Makarova Yu. V. The impact of the use of modern antitumor drugs in adult patients with locally advanced or metastatic urothelial carcinoma on reducing mortality from malignant neoplasms in Russia. *Oncourology*. 2023;19(3):80–93 (in Russian).
7. Stilidi I. S., Gevorkyan T. G., Shpak A. G. Improving the indicators of the federal project “Fight against cancer”. *Bulletin of Roszdravnadzor*. 2021;(1):46–53 (in Russian).
8. Khailova Zh. V., Kaprin A. D., Mikhailov I. A., Omelyanovsky V. V., Komarov Yu. I., Ivanov S. A. Development of an expert questionnaire for the formation of proposals for improving the organization of medical care for patients with cancer. *Medical Technologies. Assessment and Choice*. 2024;(3):33–42. doi: 10.17116/medtech20244603133 (in Russian).

Поступила 16.07.2024
Принята в печать 30.10.2024

REFERENCES

Гребенщикова Л. Ю.^{1,2}, Радьков О. В.^{1,2}**УПРАВЛЕНЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ ДЛЯ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОРГАНИЗАЦИЙ
РОДОВСПОМОЖЕНИЯ ТВЕРСКОЙ ОБЛАСТИ ПО СНИЖЕНИЮ МАТЕРИНСКОЙ И МЛАДЕНЧЕСКОЙ СМЕРТНОСТИ**¹ГБУЗ ТО «Областной клинический перинатальный центр имени Е. М. Бакуниной», 170036, г. Тверь;
²ФГБОУ ВО «Тверской государственный медицинский университет» Минздрава России, 170100, г. Тверь

Представлена управленческая модель, факторы которой — оценка потенциалов устойчивого развития медицинских организаций. Модель может быть использована для оценки эффективности деятельности организаций родовспоможения Тверской области по снижению материнской и младенческой смертности. Основанием для внедрения модели является анализ данных отчетной документации работы учреждений родовспоможения в Тверской области. Установлено, что с внедрением управленческой модели руководитель сможет задействовать лидерский потенциал и оценивать эффективность нововведений еще до того, как они начнут работать в учреждении. Отмечено снижение материнской и младенческой смертности за счет введения новых техник, для дальнейшего снижения младенческой смертности обоснован ввод педиатрической составляющей.

Ключевые слова: управленческая модель; материнская и младенческая смертность; потенциал устойчивого развития; профилактика.

Для цитирования: Гребенщикова Л. Ю., Радьков О. В. Управленческая модель для оценки эффективности деятельности организаций родовспоможения Тверской области по снижению материнской и младенческой смертности. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2025;33(3):440—444. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2025-33-3-440-444>

Для корреспонденции: Гребенщикова Людмила Юрьевна; канд. мед. наук, главный врач ГБУЗ ТО «Областной клинический перинатальный центр имени Е. М. Бакуниной», заведующий кафедрой репродуктивной медицины и перинатологии ФГБОУ ВО «Тверской государственный медицинский университет» Минздрава России; e-mail: ludmilazdrav@mail.ru

Grebenshchikova L. Yu.^{1,2}, Rad'kov O. V.^{1,2}**THE MANAGEMENT MODEL FOR EVALUATING EFFICIENCY OF ACTIVITIES OF MATERNITY
OBSTETRIC ORGANIZATIONS OF THE TVER OBLAST IN DECREASING MATERNAL AND INFANT
MORTALITY**¹The State Budget Institution of the Tver Oblast “The E. M. Bakunina Oblast Clinical Perinatal Center”, 170036, Tver, Russia;²The Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The Tver State Medical University” of Minzdrav of Russia, 170100, Tver, Russia

The article presents management model to assess potential of sustainable development of medical organizations. The model can be used in assessing efficiency of activities of maternity organizations in the Tver Oblast to reduce maternal and infant mortality. The basis for implementation of the model is analysis of data from reporting documentation on functioning of maternity institutions in the Tver Oblast. It was established that with implementation of the management model, the manager can set in motion the leadership potential and to evaluate efficiency of innovations even before they start working in the institution. The decreasing of maternal and infant mortality was noted at the expense of introduction of new techniques. The introduction of pediatric component is justified for further decrease of infant mortality.

Keywords: management model; maternal and infant mortality; sustainable development; leadership potential; prevention

For citation: Grebenshchikova L. Yu., Rad'kov O. V. The management model for evaluating efficiency of activities of maternity obstetric organizations of the Tver Oblast in decreasing maternal and infant mortality. *Problemi socialnoi gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2025;33(3):440—444 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2025-33-3-440-444>

For correspondence: Grebenshchikova L. Yu., candidate of medical sciences, the Chief Physician of the State Budget Institution of the Tver Oblast “The E. M. Bakunina Oblast Clinical Perinatal Center”, the Head of the Chair of Reproductive Medicine and Perinatology of the Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The Tver State Medical University” of Minzdrav of Russia. e-mail: ludmilazdrav@mail.ru

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support.

Received 05.08.2024

Accepted 30.10.2024

Введение

Профилактика материнской и младенческой смертности — важнейшая цель государственной политики Российской Федерации и определяющий критерий в оценке деятельности системы здравоохранения. Предупреждение и профилактика случаев неблагоприятных исходов беременности основаны на реализации положений Приказа Минздрава Рос-

сии от 20.10.2020 № 1 130н¹, клинических рекомендаций Минздрава России, приоритетных направлений развития, обозначенных нормативными документами, прежде всего Стратегией развития здраво-

¹Приказ Минздрава России от 20.10.2020 № 1130н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю „акушерство и гинекология“». Режим доступа: <https://base.garant.ru/74840123/> (дата обращения 02.08.2024).

охранения в Российской Федерации на период до 2025 года², Государственной программой Российской Федерации «Развитие здравоохранения»³, национальными проектами «Здравоохранение» и «Демография»⁴.

Материнская смерть определена как «смерть женщины во время беременности или в течение 42 дней после прерывания беременности, независимо от срока, по любой причине, связанной с беременностью или ее ведением, или усугубленной ею, но не по случайным причинам» [1]. Ведущими причинами материнской смерти являются кровотечения, сепсис, гипертонические расстройства и затрудненные роды, чья доля составляет до 60% фатальных исходов гестации для матери [2]. Младенческая смертность — это смертность детей от рождения до 1 года жизни [3]. Основными причинами смерти новорожденных являются осложнения, связанные с недоношенностью, асфиксией и тяжелыми инфекциями, на долю которых приходится 74% всех случаев [4—6]. Уровень социально-экономического развития страны влияет, но не является определяющим для коэффициента материнской смертности — количества смертей женщин, связанных с беременностью или ее последствиями, на 100 тыс. живорожденных [3, 7—9]. В России коэффициент материнской смертности вырос с 11,3 в 2013 г. до 34,5 в 2022 г., а наиболее высокие его показатели отмечены в Дальневосточном, Северо-Западном, Приволжском и Северо-Кавказском федеральных округах [3]. Коэффициент материнской смертности в Тверской области с 2010 по 2023 г. колебался от снижения в 2016 г. по сравнению с 2010 г. (6,9 против 27,6) до взлета в 2022 г. (68,8). В 2023 г. этот показатель оставался высоким (24,1), что почти в 1,5 раза превышало целевые значения, которые для Тверской области планировались как 15,4 и 13,5 в 2024 и 2023 гг. соответственно. По уровню младен-

ческой смертности среди стран с высоким уровнем дохода лидируют США (5,4‰), а в Европе самые высокие ее показатели зарегистрированы на Мальте, в Румынии и Болгарии (5,6—6,7‰) [10, 11]. В 2020 г. в России младенческая смертность составила 4,5‰, что на 8,5% меньше, чем прогнозировали ранее. Наиболее высокие показатели младенческой смертности были в Сибирском, Северо-Кавказском и Дальневосточном федеральных округах (5,1—5,9‰) [3].

Цель настоящей работы — анализ управленческой модели для оценки эффективности деятельности организаций родовспоможения Тверской области по снижению материнской и младенческой смертности.

Материалы и методы

Изучены фактические данные из отчетной документации о младенческой смертности «Медицинское свидетельство о смерти» (ф. № 106/у-98) и «Медицинское свидетельство о перинатальной смерти» (ф. № 106-2/у-98), учетной формы № 003-2/у-МС «Карта донесения о случае материнской смерти» по результатам работы медицинских учреждений Тверской области в 2017—2023 гг. Для определения эффективности работы медицинских организаций использована управленческая модель, факторами которой являются потенциалы устойчивого развития и их оценка [12, 13].

Результаты исследования

Данные по младенческой смертности (включая новорожденных с экстремально низкой массой тела — ЭНМТ) в Тверской области представлены в табл. 1.

Поскольку младенческая смертность новорожденных с ЭНМТ существенно не влияет на общий ее показатель в регионе, нужно выявить другие резервы в педиатрическом кластере, но мы рассмотрим и акушерскую, и неонатологическую составляющую, а также управленческий резерв в снижении данного показателя (в разрезе младенческой смертности у новорожденных с ЭНМТ). Для стабилизации показателя младенческой смертности с тенденцией к ее стойкому снижению необходимо учитывать, что «с медико-организационных позиций поздние неонатальные (7—27 дней) и постнеонатальные (27—35 дней) потери — компоненты младенческой смертности — обусловлены в большей степени экзогенными причинами... могут быть снижены суще-

² Указ Президента России от 06.06.2019 № 254 «О Стратегии развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2025 года» (с изменениями и дополнениями). Режим доступа: <https://base.garant.ru/72264534/> (дата обращения 02.08.2024).

³ Постановление Правительства России от 26.12.2017 № 1640 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» (с изменениями и дополнениями). Режим доступа: <https://base.garant.ru/71848440/> (дата обращения 02.08.2024).

⁴ Национальный проект «Демография» федеральный проект «Укрепление общественного здоровья». Рекомендации по созданию региональных и муниципальных программ укрепления здоровья. Режим доступа: <https://med-prof.ru/upload/iblock/d1e/rekomenregionproek19.pdf>

Таблица 1

Младенческая смертность в Тверской области в 2017—2023 гг.

Показатель	2017 г.		2018 г.		2019 г.		2020 г.		2021 г.		2022 г.		2023 г.	
	ПЦ	ТО	ПЦ	ТО	ПЦ	ТО	ПЦ	ТО	ПЦ	ТО	ПЦ	ТО	ПЦ	ТО
Младенческая смертность всего, ‰	3,2	4,5	5,3	4,7	4,1	4,0	4,7	4,3	5,8	4,4	6,6	6,5	7,3	5,6
Младенческая смертность без умерших с ЭНМТ, ‰	2,4	4,3	3,9	4,4	2,3	3,6	1,4	3,7	3,3	1,8	4,7	4,4	4,5	4,5
Разница между категориями, ‰		-0,2		-0,3		-0,4		-0,6		-1,1		-1,8		-1,1

Примечание. ПЦ — перинатальный центр; ТО — Тверская область.

Т а б л и ц а 2
Количество медицинских учреждений Тверской области
за 2021—2023 гг. (в абс. ед.)

Год	Всего родов	Организации родовспоможения и число родов в них					
		I уровня		II уровня		III уровня	
		количество учреждений	число родов	количество учреждений	число родов	количество учреждений	число родов
2021	9207	15	329 (4)	10	5503 (59)	1	3375 (37)
2022	8599	14	107 (1)	10	5235 (60)	1	3257 (39)
2023	8207	21	214 (2)	5	4358 (53)	1	3635 (45)

Примечание. В скобках — проценты.

ственно быстрее, чем мертворождаемость (компонент перинатальной смертности, т. е. акушерский), как известно, менее предотвратимая...» [14]. Таким образом, в снижении как материнской, так и младенческой смертности управление и анализ стоят на первом месте. Одним из значимых показателей является оказание квалифицированной и качественной помощи на всех этапах [3, 7]. При быстром и надлежащем лечении квалифицированными медицинскими работниками удается избежать смертельных исходов. Значительное число случаев смерти имеет место из-за неэффективного использования имеющегося оборудования, когда просто нет сотрудника соответствующей квалификации [15]. Именно задача повышения эффективности деятельности медицинских учреждений с рациональным использованием имеющихся ресурсов и внедрением информационно-технических новшеств стоит перед руководителями медицинских организаций. Эти задачи решает управленческая модель.

Потенциал устойчивого развития — достижение долгосрочных целей с учетом сбалансированности процессов, предупреждение рисков, внедрение инноваций в обследование и лечение, внедрение оптимизации ресурсного обеспечения, эффективное объединение ресурсов, лечебного процесса, цифровых технологий, формирование профессиональной команды, которая обеспечит качество оказания медицинской помощи. Потенциал менеджмента качества — использование стандартов оказания медицинской помощи, создание устойчивого развития стандартов медицинской организации с учетом базового уровня организации в нашем регионе с использованием нормативно-правовых актов, которые дают оценку среднего уровня развития медицинских организаций родовспоможения. На основании данных факторов мы можем правильно оценить деятельность медицинских учреждений региона. Прежде всего посмотрим загруженность учреждений родовспоможения Тверской области. В табл. 2 представлено количество организаций родовспоможения Тверской области и число родов в них.

Количество учреждений I уровня увеличилось за 3 года почти в 1,5 раза, а число родов в них снизилось в 2 раза. Количество учреждений II уровня со-

кратилось в 2 раза в результате регионализации перинатальной помощи в Тверской области. Доля родов в них осталась на прежнем уровне. Для эффективного использования учреждений I и II уровней необходимо усилить работу по профилактике на амбулаторном этапе, более тесному взаимодействию и маршрутизации. В перинатальном центре (III уровень) число принятых проведенных родов увеличится.

Согласно управленческой модели только в перинатальном центре эффективность высокая (0,58). Введены концепция бережливого производства и менеджмента качества (табл. 3). При внедрении различных мероприятий необходимо правильно просчитывать риски и находить причины, приведшие к наблюдаемым результатам. Не проводится аналитическое обоснование каждой цифры, а ведь за каждой цифрой должен стоять комплекс управленческих решений и должно быть правильное стратегическое обоснование ее годовым изменениям не только в сторону уменьшения, но и в сторону увеличения.

Для повышения качества оказания медицинской помощи в Тверском регионе на базе Областного клинического перинатального центра (ОКПЦ) имени Е. М. Бакуниной были утверждены приоритетные направления: разработаны образовательные модули теоретических и практических навыков с тестированием знаний и чек-листы для urgentных родильных залов районов Тверской области, разработаны локальные алгоритмы маршрутизации пациентов в акушерские стационары Тверской области и федеральные клиники при возникновении критических акушерских ситуаций. При этом используется так называемый «мобильный перекрест знаний» между специалистами I, II и III уровней, создан локальный симуляционный центр, предназначенный для отработки навыков командного взаимодействия при оказании медицинской помощи в неотложных ситуациях в акушерском и неонатологическом кластерах. Внедрено использование телемедицинских технологий, в том числе для улучшения качества транспортировки пациентов, внедрены система проведения современного микробиологического

Т а б л и ц а 3
Сравнительная оценка медицинских учреждений родовспоможения I, II, III уровней Тверской области (безразмерные интегральные показатели)

Оценка потенциала устойчивого развития	Состояние устойчивого развития медицинской организации	I уровень	II уровень	III уровень
0,00—0,20	Абсолютно неудовлетворительное	—	—	—
0,20—0,37	Неудовлетворительное	0,27	0,32	—
0,37—0,63	Удовлетворительное	—	—	0,58
0,63—0,80	Хорошее	—	—	—
0,80—1,0	Очень хорошее	—	—	—

Примечание. Проверка — данные не предусмотрены, поскольку медицинские учреждения каждого уровня могут иметь только одну оценку, в одном диапазоне интегральных показателей.

Таблица 4
Работа койки учреждений родовспоможения по I, II, III уровням
в днях за 2021—2023 гг. (в абс. ед.)

Показатель	2021 г.			2022 г.			2023 г.		
	I	II	III	I	II	III	I	II	III
Койки для беременных и рожениц	29,8	128,9	320,1	38,1	155,1	216,9	11,6	136,1	341,3
Койки патологии беременных	169,7	206,6	281,4	187,9	194,0	333,9	208,0	238,1	373,1
Койки гинекологические для взрослых	138,9	195,9	352,2	160,9	210,2	304,0	313,7	170,2	377,0

мониторинга, системы активного выявления, учета, регистрации, анализа инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи.

Управленческая модель позволяет провести правильную оценку эффективности медицинского учреждения. Руководитель может видеть, какой потенциал развития необходимо усилить. В неонатологии, где критерием эффективности является коэффициент младенческой смертности, также необходимо взглянуть на проблему его роста и понять, что привело к этому росту: медицинские, управленческие или финансовые факторы? Умение учитывать источники ухудшения показателей материнской смертности и младенческой смертности позволит вовремя проводить коррекцию. Именно комплекс управленческой модели и мониторинга изменений в показателях материнской смертности позволит вовремя корректировать стратегию развития и решать задачи. Работа койки в учреждениях родовспоможения Тверской области в днях представлена в табл. 4.

Парадоксы отчетной работы службы родовспоможения: при отсутствии ресурсов и достаточного кадрового потенциала на I уровне койка патологии беременности работает 208 дней, и гинекологическая койка работает 313 дней, какую патологию лечат на I уровне и к чему это привело? Таким образом, недостаточная управленческая аналитика приводит к нарушению качества оказания медицинской помощи и влечет за собой угрозу здоровью пациента. Роль ОКПЦ имени Е. М. Бакуниной в качестве «якорного» учреждения позволила не только в абсолютных числах уменьшить материнскую смертность непосредственно от акушерской патологии, но и перевести ее в основные причины экстрагенитальной патологии. А это значит, что в Тверском регионе за этот промежуток времени, медленнее, чем хотелось, но выстроена уровневая система оказания качественной медицинской акушерской помощи с концентрацией беременных пациенток с группой высокого риска в учреждении III уровня — ОКПЦ имени Е. М. Бакуниной. Величину материнской смертности формирует также и амбулаторное звено оказания медицинской помощи, их взаимодействие со стационарным этапом, нарушение правил логистики [3]. Необходима преемственность в оказании ме-

дицинской помощи между акушерским стационаром и женской консультацией (амбулаторным этапом) и между одним и другим стационаром, т. е. между всеми уровнями. В амбулаторном звене должна проводиться оценка факторов риска, диагностика беременных с соблюдением всех алгоритмов. Это подразумевает постоянное обучение персонала. В ведении стационарного звена находится маршрутизация на более высокий уровень, привлечение смежных специалистов, проведение телемедицинских консультаций. Принимаемые меры позволяют существенно сократить младенческую смертность в Тверской области. Снижению материнской смертности от акушерских причин способствует применение современных информационных технологий, таких как вертикально интегрированная медицинская информационная система по профилям «Акушерство и гинекология» и «Неонатология» (ВМИС). Введение информационных технологий требует оснащения учреждения необходимым оборудованием. Его модернизация находится в процессе выполнения (в учреждениях III уровня) и нуждается в переоснащении всех учреждений медицинским оборудованием, входящим в стандарт оснащения.

Заключение

Управленческая модель — необходимый инструмент для оценки эффективности деятельности учреждений. Эффективность работы медицинского учреждения значительно повышается с внедрением в процесс деятельности менеджмента качества, концепции бережливого производства, что необходимо распространить и на амбулаторную службу родовспоможения (женские консультации, кабинеты охраны репродуктивного здоровья), учитывая при этом уровневую градацию медицинских учреждений. Если руководитель организации уделяет внимание анализу долгосрочного планирования — это гарантирует устойчивый рост. Потенциал эффективности значительно повышается с внедрением современных технологий диагностики и лечения. Важную роль играет подготовка кадров на базе учреждения, повышение квалификации персонала, закупка оборудования. Также большое значение имеет тесное взаимодействие с ведомственными руководящими структурами, от которых и зависит адресная материально-техническая оснащенность учреждения.

Исследование не имело спонсорской поддержки
Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА

1. International statistical classification of diseases and related health problems, World Health Organization. 10th revision (ICD-10); 2008 ed. Geneva: Switzerland; 2009.
2. Say L., Chou D., Gemmill A., Tuncalp O., Moller A. B., Daniels J. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. *Lancet Glob. Health.* 2014;2:e323—33. doi: 10.1016/S2214-109X(14)70227-X
3. Пестрикова Т. Ю. Аналитический обзор показателей материнской, перинатальной и младенческой смертности — как индикатора организационных возможностей здравоохранения в со-

- временных условиях. *Вестник общественного здоровья и здравоохранения Дальнего Востока России*. 2023;2(51):81–97.
4. Global Health Observatory Data. Maternal Mortality. Geneva: World Health Organization; 2015.
 5. Liu L., Oza S., Hogan D., Perin J., Rudan I., Lawn J. E. Global, regional, and national causes of child mortality in 2000–13, with projections to inform post-2015 priorities: an updated systematic analysis. *Lancet*. 2015;385:430–40. doi: 10.1016/S0140-6736(14)61698-6
 6. Bhutta Z. A. Global child survival: beyond numbers. *Lancet*. 2012;379:2126–8. doi: 10.1016/S0140-6736(12)60686-2
 7. Hoyert D. L. Maternal mortality rates in the United States, 2020. NCHS Health E-Stats. 2022.
 8. Maternal Mortality Rates in the United States (2021). Режим доступа: <https://www.cdc.gov/nchs/data/hestat/maternal-mortality/2021/maternal-mortality-rates-2021.htm> (дата обращения 02.08.2024).
 9. Diguisto C., Saucedo M., Kallianidis A., Bloemenkamp K., BÅdker B., Buoncristiano M. Maternal mortality in eight European countries with enhanced surveillance systems: descriptive population-based study. *BMJ*. 2022;379:e070621. doi: 10.1136/bmj-2022-070621
 10. AJMC. Режим доступа: <https://www.ajmc.com/view/us-has-highest-infant-maternal-mortality-rates-despite-the-most-health-care-spending> (дата обращения 02.08.2024).
 11. Eurostat (2021). Режим доступа: <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/ddn-20210604-1> (дата обращения 02.08.2024).
 12. Латуха О. А., Сон И. М., Бравве Ю. И., Толстова К. С. Анализ управленческих моделей, способствующих устойчивому развитию медицинских организаций. *Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики*. 2023;(2):719–39.
 13. Латуха О. А. Оценка потенциала устойчивости развития организации. *Science for Education Today*. 2021;(6):142–59.
 14. Иванов Д. О. (ред.). Руководство по перинатологии: в 2 томах. СПб.; 2019.
 15. Lamesgen A., Minihihun A., Amare T. Evaluating the technical efficiency of neonatal health service among primary hospitals of north-west Ethiopia: Using two-stage data envelopment analysis and Tobit regression model. *PLoS One*. 2022;17(11):e0277826. doi: 10.1371/journal.pone.0277826
 2. Say L., Chou D., Gemmill A., Tuncalp O., Moller A. B., Daniels J. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. *Lancet Glob. Health*. 2014;2:e323–33. doi: 10.1016/S2214-109X(14)70227-X
 3. Pestrikova T. Yu. Analytical review of indicators of maternal, perinatal and infant mortality - as an indicator of the organizational capabilities of health care in modern conditions. *Vestnik obshchestvennogo zdorov'ja i zdavoohranenija Dal'nego Vostoka Rossii*. 2023;2(51):81–97.
 4. Global Health Observatory Data. Maternal Mortality. Geneva: World Health Organization; 2015.
 5. Liu L., Oza S., Hogan D., Perin J., Rudan I., Lawn J. E. Global, regional, and national causes of child mortality in 2000–13, with projections to inform post-2015 priorities: an updated systematic analysis. *Lancet*. 2015;385:430–40. doi: 10.1016/S0140-6736(14)61698-6
 6. Bhutta Z. A. Global child survival: beyond numbers. *Lancet*. 2012;379:2126–8. doi: 10.1016/S0140-6736(12)60686-2
 7. Hoyert D. L. Maternal mortality rates in the United States, 2020. NCHS Health E-Stats. 2022.
 8. Maternal Mortality Rates in the United States (2021). Available at: <https://www.cdc.gov/nchs/data/hestat/maternal-mortality/2021/maternal-mortality-rates-2021.htm> (accessed 02.08.2024).
 9. Diguisto C., Saucedo M., Kallianidis A., Bloemenkamp K., BÅdker B., Buoncristiano M. Maternal mortality in eight European countries with enhanced surveillance systems: descriptive population-based study. *BMJ*. 2022;379:e070621. doi: 10.1136/bmj-2022-070621
 10. AJMC. Available at: <https://www.ajmc.com/view/us-has-highest-infant-maternal-mortality-rates-despite-the-most-health-care-spending> (accessed 02.08.2024).
 11. Eurostat (2021). Available at: <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/ddn-20210604-1> (accessed 02.08.2024).
 12. Latukha O. A., Son I. M., Bravve Y. I., Tolstova K. S. Analysis of management modes promoting sustainable development of health-care organizations. *Sovremennye problemy zdavoohranenija i medicinskoj statistiki*. 2023;(2):719–39.
 13. Latukha O. A. Assessing the sustainability development of an organization. *Science for Education Today*. 2021;(6):142–59.
 14. Ivanov D. O. (ed.). Guide to perinatology: in 2 volumes. Saint Petersburg; 2019 (in Russian).
 15. Lamesgen A., Minihihun A., Amare T. Evaluating the technical efficiency of neonatal health service among primary hospitals of north-west Ethiopia: Using two-stage data envelopment analysis and Tobit regression model. *PLoS One*. 2022;17(11):e0277826. doi: 10.1371/journal.pone.0277826

Поступила 05.08.2024
Принята в печать 30.10.2024

REFERENCES

Amlaev K. R.¹, Abdullah Alnizami²

THE RISK AND PROTECTIVE FACTORS FOR NONCOMMUNICABLE DISEASES

¹The Abu Ali ibn Sino Bukhara State Medical Institute, Ministry of Health of Uzbekistan, Bukhara, Uzbekistan;

²The Sana Klinikum Berlin, Board Certified in Preventive Medicine, 10711 Berlin, Germany

The article presents modern data on non-communicable diseases (NCDs) and their risk factors. The tendency of increasing mortality from NCDs due to increase in the number and aging of the population is noted. The data is presented testifying that, in addition to biological risk factors, influence of environmental factors is increasing, including atmospheric and household air pollution, the levels of which are high in a significant number of countries. It is emphasized that "green spaces" (e.g., trees, grass, forests and parks) and "blue spaces" (e.g., lakes, rivers, ponds, etc.) provide beneficial effect on human health, being in fact protective factors for NCDs. The NCD risk factors are found to interact closely with each other: air pollution, depression, tobacco smoking, high blood pressure and obesity have been linked to all NCDs. The evidence is provided that presence of behavioral risk factors for NCDs exacerbates severity of infectious pathology, particularly COVID-19 and other infectious diseases (influenza, HIV, tuberculosis, hepatitis, etc.). Given that NCD risk factors can occur in early childhood, promoting healthy lifestyles among expectant mothers and adolescents should be a priority to reduce NCD risks, especially in low- and middle-income countries.

Key words: non-communicable diseases; NCD risk factors; behavioral factors; infectious diseases.

For citation: Amlaev K. R., Abdullah Alnizami. The risk and protective factors for noncommunicable diseases. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2025;33(3):445–447 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2025-33-3-445-447>

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

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support.

Received 05.08.2024

Accepted 30.10.2024

WHO data show that 71% of all deaths worldwide were caused by chronic noncommunicable diseases (CNCDS) [1]. CVDs are associated with several risk factors: overweight and obesity, smoking, alcohol consumption, unhealthy diet and physical inactivity, causing significant economic damage to the economy and society [2–4].

Currently, cardiovascular diseases (CVD) remain the leading cause of mortality and health care expenditure items. At the same time, mortality rates due to stroke, the second most important cause of death, have significantly decreased due to the effectiveness of preventive measures [5]. At the same time, the prevalence of hypertensive heart disease and the total number of deaths due to this disease have been increasing over the last three decades.

The list of modifiable risk factors for NCDs also includes high fasting plasma glucose levels (above 4.8 to 5.4 mmol/l) and high low-density lipoprotein cholesterol (LDL-C), the prevalence of which is also steadily increasing worldwide. A significant public health problem worldwide is the increasing number of overweight and obesity. Obesity exacerbates other risk factors such as hypertension, hyperglycemia, hypercholesterolemia and hypertriglyceridemia, which negatively affects the myocardium [6].

Lifestyle factors contribute to the prevalence of NCDs. Among them, nutritional quality is a risk factor for NCDs. The commercial interests of companies, which encourage the sale of unhealthy foods, hinder the implementation of healthy eating policies. Strategies aimed at reducing the use of sugar, salt and animal fats have not had the expected effect. Only the introduction

of taxes on carbonated drinks, banning the use of artificial trans-fats in food products have partially demonstrated their effectiveness [7].

Hypodynamia, which has now become an epidemic, is a significant risk factor for a large number of cardiovascular, metabolic and cancer diseases. In recent years, a high mortality rate has been registered, caused by the effects of the COVID-19 pandemic. Respiratory and cardiovascular pathology along with social distancing, decreased accessibility of medical care have become additional factors that led to the growth of excess mortality [8].

In addition to biological risk factors, the incidence of NCDs is also influenced by environmental factors, including atmospheric and domestic air pollution, the levels of which are high in a significant number of countries. These factors can be classified as urban risk factors for NCDs, which have an enormous impact on the health of residents. Correlations between urban risk factors and human health have been identified [9].

According to the World Bank, in 2019, the world's urban population exceeded 55% of the total world population, and the impact of the urban environment on human health is a growing concern [7]. It is proved that residents of socially and economically disadvantaged areas have worse health indicators than residents of more prosperous areas, they show higher rates of cardiovascular morbidity [10], respiratory diseases [11], onychopathology [12], as well as a high mortality rate due to the lack of quality urban infrastructure, low accessibility of quality medical care [13].

Green spaces (e.g. trees, grass, forests and parks) and blue spaces (e.g. lakes, rivers, ponds, etc.) are important

for human health. In turn, proximity to major roads, industrial plants and landfills can pose a serious threat to human health [14]. Fast food stores and cafes selling high-calorie junk food can also be attributed to urban risk factors that have a negative impact on the cardiovascular system.

The risk of dementia, diabetes mellitus, stroke, and cancer also increases with tobacco use [15]. Increased risk of these diseases plus Alzheimer's disease is also noted with obesity and excessive alcohol consumption. Arterial hypertension is associated with a high risk of diabetes mellitus, stroke, CHD and breast cancer [16].

In turn, some factors play a protective role against NCDs. The strongest protective factors were a healthy diet and adequate physical activity. For example, strict adherence to the Mediterranean diet reduces the risk of NCDs by 4-36%. Having a consistent and high physical activity also reduces the risk of NCDs by 13% to 45% [16]. Strong evidence has been presented for the protective effect of green and blue spaces on NCD outcomes, including atopic diseases, respiratory diseases, type 2 diabetes mellitus, stroke [17]. Their positive impacts are realized through their ability to regulate urban temperatures, reduce noise, improve air quality, mitigate climate extremes and other [18]. Green spaces and favorable walking environments also promote physical activity, social interaction, and psychological well-being, thereby improving the overall health of urban residents [19, 20]. Risk factors for NCDs interact closely with each other, for example, air pollution, depression, tobacco smoking, high blood pressure and obesity have been linked to all NCDs [17].

It was found that the presence of behavioral risk factors for NCDs exacerbates the severity of infectious pathology, in particular COVID-19, and increases the frequency of hospitalization of patients with this infection. Due to the prevalence of risk factors in vulnerable populations, the negative impact of COVID-19 was maximized in these communities, further exacerbating health inequalities. Although the risk factors for NCDs are ubiquitous, they are more prevalent in middle- and low-income countries [21]. Morbidity and mortality from NCDs have been found to correlate with those from COVID-19 [22].

A number of scientific studies have demonstrated associations between NCDs and other infectious diseases. Alcohol use has been shown to increase the chances of contracting tuberculosis, HIV, hepatitis C and pneumonia and exacerbate the course of these diseases, while injecting drug use also increases the risk of contracting tuberculosis and HIV, exacerbating their severity [23].

Obesity increases the risk of influenza infection and the severity of its outcomes and pneumonia [24]. Smoking is associated with a high risk of HIV infection, pneumonia and influenza, tuberculosis complications and COVID-19 [24].

Passive smoking also increases the risk of contracting infectious diseases, including tuberculosis, as well as the complicated course of acute lower respiratory tract infections by affecting immunity [25].

Behavioral risk factors for NCDs can themselves reduce risk awareness and patient compliance [25]. The combination of biological, social and behavioral risk factors increases the likelihood of infection and exacerbates the course of infectious disease [26].

Based on the above, it can be assumed that the elimination of behavioral risk factors should be included in the set of measures to prevent infectious diseases. It is worth noting that behavioral risk factors and related NCDs are more likely to affect vulnerable populations, which exacerbates social and economic inequalities in health. For example, in the UK, people in these groups are more than twice as likely to die from COVID-19 than those living in more affluent areas [27].

It is worth noting that increased risk factors for mortality from NCDs are formed not only during pregnancy, but also in the first years of life due to child nutrition and associated epigenetic factors [28]. Maternal risks such as over- or under-nutrition and gestational diabetes mellitus increase the risk of obesity and hypertension later in life. At the same time, nearly 35% of the global burden of disease occurs during adolescence, and more than 3000 adolescents die every day, mostly due to NCDs, injuries, and other preventable causes. Currently, more than 80% of the world's adolescent population is not physically active enough. However, measures to reduce hypodynamia are implemented in only 56% of WHO member states [29]. Risk factors for hypodynamia include: lack of access to recreational facilities, lack of open spaces (e.g. parks), inconvenient public transportation, and hindering social and cultural norms in the region. Meanwhile, the higher prevalence of overweight among women is likely related to their lower physical activity compared to men [30].

REFERENCES

1. Bennett J. E., et al. NCD Countdown 2030: worldwide trends in non-communicable disease mortality and progress towards Sustainable Development Goal target 3.4. *Lancet*. 2018;392(10152):1072–88. doi: 10.1016/S0140-6736(18)31992-5
2. Stanaway J. D., Afshin A., Gakidou E., Lim S. S., Abate D., Abate K. H., et al. Global, regional, and national comparative risk assessment of 84 behavioral, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks for 195 countries and territories, 1990–2017: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet*. 2018;392(10159):1923–94.
3. Vos T., Lim S. S., Abbafati C. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet*. 2020;396:1204–22.
4. Mensah G. A., Roth G. A., Fuster V. The global burden of cardiovascular diseases and risk factors: 2020 and beyond. *J. Am. Coll. Cardiol*. 2019;74:2529–32.
5. Roth G. A., Mensah G. A., Johnson C. O., et al Global Burden of Cardiovascular Diseases Writing Group. Global Burden of Cardiovascular Diseases and Risk Factors, 1990–2019: Update from the GBD 2019 Study. *J. Am. Coll. Cardiol*. 2020 Dec 22;76(25):2982–3021. doi: 10.1016/j.jacc.2020.11.010. Erratum in: *J. Am. Coll. Cardiol*. 2021 Apr 20;77(15):1958–9.
6. Lavie C. J., Laddu D., Arena R., Ortega F. B., Alpert M. A., Kushner R. F. Healthy weight and obesity prevention: the JACC health promotion series. *J. Am. Coll. Cardiol*. 2018;72:1506–31.
7. Zhang Y., Liu N., Li Y., Long Y., Baumgartner J., Adamkiewicz G., Bhalla K., Rodriguez J., Gemmell E. Neighborhood infrastructure-related risk factors and non-communicable diseases: a systematic meta-review. *Environ. Health*. 2023 Jan 5;22(1):2. doi: 10.1186/s12940-022-00955-8.

Здоровье и общество

8. Vestergaard L. S., Nielsen J., Richter L. Excess all-cause mortality during the COVID-19 pandemic in Europe-preliminary pooled estimates from the EuroMOMO network, March to April 2020. *Euro Surveill.* 2020; 25:2001214.
9. Hartley K., et al. Effect of greenness on asthma in children: a systematic review. *Public Health Nurs.* 2020;37(3):453-60. doi: 10.1111/phn.1270161:310-324
10. Elo I. T. Social class differentials in health and mortality: patterns and explanations in comparative perspective. *Annu. Rev. Sociol.* 2009;35:553-72. doi: 10.1146/annurev-soc-070308-115929
11. Holmen J. E., et al. Relationship between neighborhood census-tract level socioeconomic status and respiratory syncytial virus-associated hospitalizations in US adults, 2015-2017. *BMC Infect. Dis.* 2021;21(1):1-9. doi: 10.1186/s12879-021-05989-w
12. Ellis L., et al. Racial and ethnic disparities in cancer survival: the contribution of tumor, sociodemographic, institutional, and neighborhood characteristics. *J. Clin. Oncol.* 2018;36(1):25. doi: 10.1200/JCO.2017.74.2049
13. Pickett K. E., Pearl M. Multilevel analyses of neighborhood socioeconomic context and health outcomes: a critical review. *J. Epidemiol. Commun. Health.* 2001;55(2):111-22. doi: 10.1136/jech.55.2.111
14. Jephcote C., et al. A systematic review and meta-analysis of haematological malignancies in residents living near petrochemical facilities. *Environ. Health.* 2020;19(1):1-18. doi: 10.1186/s12940-020-00582-1
15. Peters S. A., Huxley R. R., Woodward M. Smoking as a risk factor for stroke in women compared with men: a systematic review and meta-analysis of 81 cohorts, including 3,980,359 individuals and 42,401 strokes. *Stroke.* 2013;44:2821-8.
16. Wang K., Li F., Zhang X., et al. Smoking increases risks of all-cause and breast cancer-specific mortality in breast cancer individuals: a dose-response meta-analysis of prospective cohort studies involving 39725 breast cancer cases. *Oncotarget.* 2016;7:83134-47.
17. Bellou V., Belbasis L., Tzoulaki I., et al. Risk factors for type 2 diabetes mellitus: an exposure-wide umbrella review of meta-analyses. *PLoS ONE.* 2018;13:e0194127.
18. Dendup T., et al. Environmental risk factors for developing type 2 diabetes mellitus: a systematic review. *Int. J. Environ. Res. Public Health.* 2018;15(1):78. doi: 10.3390/ijerph15010078
19. Salmond J. A., et al. Health and climate related ecosystem services provided by street trees in the urban environment. *Environ. Health.* 2016;15(1):95-111.
20. Twohig-Bennett C., Jones A. The health benefits of the great outdoors: a systematic review and meta-analysis of greenspace exposure and health outcomes. *Environ. Res.* 2018 Oct;166:628-37. doi: 10.1016/j.envres.2018.06.030
21. Uddin R., Lee E.-Y., Khan S. R., Tremblay M. S., Khan A. Clustering of lifestyle risk factors for non-communicable diseases in 304,779 adolescents from 89 countries: a global perspective. *Prev. Med. Int. J. Devot. Pract. Theory.* 2020;131:8. doi: 10.1016/j.ypmed.2019.105955
22. Azarpazhooh M. R., Morovatdar N., Avan A., Phan T. G., Divani A. A., Yassi N., Stranges S., Silver B., Biller J., Tokazebani Belasi M., Kazemi Neya S., Khorram B., Frydman A., Nilanont Y., Onorati E., di Napoli M. COVID-19 pandemic and burden of non-communicable diseases: an ecological study on data from 185 countries. *J. Stroke Cerebrovasc. Dis.* 2020;29(9):1-9. doi: 10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2020.105089
23. Peacock A., Tran L. T., Larney S., Stockings E., Santo T., Jones H., et al. All-cause and cause-specific mortality among people with regular or problematic cocaine use: a systematic review and meta-analysis. *Addiction.* 2021;116(4):725-42. doi: 10.1111/add.15239
24. Coleman B. L., Fadel S. A., Fitzpatrick T., Thomas S. Risk factors for serious outcomes associated with influenza illness in high- versus low- and middle-income countries: systematic literature review and meta-analysis. *Influenza Other Respir. Viruses.* 2018;12(1):22-9. doi: 10.1111/irv.12504
25. Andreasson S., Chikritzhs T., Dangardt F., et al. Alcohol and society 2021: alcohol and the coronavirus pandemic: individual, societal and policy perspectives. Stockholm: Medicine, SIGHT, Movendi International & IOGT-NTO; 2021.
26. Wood S., Harrison S. E., Judd N., Bellis M. A., Hughes K., Jones A. The impact of behavioral risk factors on communicable diseases: a systematic review of reviews. *BMC Public Health.* 2021 Nov 17;21(1):2110. doi: 10.1186/s12889-021-12148-y
27. Caul S. Deaths involving COVID-19 by local area and socioeconomic deprivation: deaths occurring between March 1 and July 31, 2020. UK Office for National Statistics. Deaths involving COVID-19 by local area and socioeconomic deprivation — Office for National Statistics (ons.gov.uk) between 1 March and 31 July 2020.
28. Marmot M., Bell R. Social determinants and non-communicable diseases: time for integrated action. *BMJ.* 2019;364:10-2. doi: 10.1136/bmj.l251
29. World Health Organization. Noncommunicable Disease Prevention and Adolescents. 2017. Accessed 30 Aug 2021.
30. Abdalmaleki E., Abdi Z., Isfahani S. R., et al. Global school-based student health survey: country profiles and survey results in the eastern Mediterranean region countries. *BMC Public Health.* 2022 Jan 19;22(1):130. doi: 10.1186/s12889-022-12502-8

Аликова З. Р.¹, Калининская А. А.², Джанаева А. Б.¹, Джиева И. А.¹, Снатенкова П. А.³**МЕДИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СЕЛА В РЕСПУБЛИКЕ СЕВЕРНАЯ ОСЕТИЯ — АЛАНИЯ**¹ФГБОУ ВО «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Минздрава России, 362025, г. Владикавказ;²ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н. А. Семашко» Минобрнауки России, 105064, г. Москва;³ГБУЗ г. Москвы «Городская клиническая больница № 29 имени Н. Э. Баумана Департамента здравоохранения города Москвы», 111020, г. Москва

Коэффициент смертности сельского населения Республики Северная Осетия — Алания за последние 10 лет (2013—2022) ежегодно снижался и в 2022 г. составил 10,0‰. В Российской Федерации показатель выше — 13,8‰. Рождаемость в Республике Северная Осетия — Алания также ежегодно снижалась и в 2022 г. составила 8,7‰ (в РФ — 8,8‰). Заболеваемость (общая) сельского населения в Республике Северная Осетия — Алания в 2022 г. составила 85 994,7 на 100 тыс. сельского населения (в РФ — 129 761,8‰). Анализ показателей общей заболеваемости сельского населения в Республике Северная Осетия — Алания по классам болезней демонстрирует, что на первом месте стоят болезни органов дыхания, на втором — болезни системы кровообращения, на третьем — болезни органов пищеварения, на четвертом — травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин. На COVID-19 приходится 4,9% в структуре общей заболеваемости. Показатель впервые выявленной заболеваемости сельского населения в Республике Северная Осетия — Алания в 2022 г. составил 48 083,6‰. Сравнительный анализ показал, что у сельского населения показатель ниже, чем у всего населения, на 24%, что можно связать с более низкой доступностью медицинской помощи жителям села. Заболеваемость COVID-19 у сельского населения в 2022 г. была незначительно ниже, чем у всего населения, показатели составили 4190,2 и 4289,4‰ соответственно. Анализ свидетельствует о необходимости повышения доступности медицинской помощи жителям села, в первую очередь первичной медико-санитарной помощи, активизации диспансерной и профилактической работы на селе. Необходимо разрабатывать программы реабилитации пациентов с заболеваниями, вызванными или осложненными пандемией COVID-19.

Результаты исследования следует использовать с целью углубленного анализа заболеваемости населения сельских территорий и разработки управленческих решений на региональном и муниципальном уровнях.

Ключевые слова: здравоохранение села; медико-демографическая ситуация; заболеваемость; сельское население; рождаемость; смертность; классы болезней; пандемия COVID-19.

Для цитирования: Аликова З. Р., Калининская А. А., Джанаева А. Б., Джиева И. А., Снатенкова П. А. Медико-демографические показатели здравоохранения села в Республике Северная Осетия — Алания. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2025;33(3):448—452. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2025-33-3-448-452>

Для корреспонденции: Калининская Алефтина Александровна, д-р мед. наук, профессор, главный научный сотрудник ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н. А. Семашко», e-mail: akalininskaya@yandex.ru

Alikova Z. R.¹, Kalininskaya A. A.², Dzhanayeva A. B.¹, Dzhiyeva I. A.¹, Snatenkova P. A.³**THE MEDICAL DEMOGRAPHIC INDICATORS OF RURAL HEALTH CARE IN THE REPUBLIC OF NORTH OSSETIA-ALANIA**¹The Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The North Ossetia State Medical Academy” of Minzdrav of Russia, 362025, Vladikavkaz, Russia;²N. A. Semashko National Research Institute of Public Health, 105064, Moscow, Russia;³The State Budget Institution of Moscow “The N. E. Bauman Municipal Clinical Hospital № 29 of the Moscow Health Care Department”, 111020, Moscow, Russia

The mortality rate of rural population of the Republic of North Ossetia-Alania over the past 10 years (2013–2022) decreased annually and in 2022 made up to 10.0‰. In the Russian Federation this indicator is higher — 13.8‰. The natality in the Republic of North Ossetia-Alania also decreased annually and in 2022 made up to 8.7‰ (in the Russian Federation 8.8‰). The morbidity (total) of rural population in the Republic of North Ossetia-Alania (2022) was 85994.7 per 100 thousand rural population (in the Russian Federation — 129761.8‰). The analysis of the general morbidity indicators of rural population in the Republic of North Ossetia-Alania according to classes of diseases demonstrated that the first place is taken by diseases of respiratory system, the second place — diseases of the circulatory system, the third place — diseases of the digestive system, the fourth place — injuries, poisonings and other consequences of external causes, etc. The COVID-19 accounts for 4.9% of total morbidity. The indicator of newly identified morbidity of rural population in the Republic of North Ossetia-Alania (2022) made up to 48083.6‰. The comparative analysis demonstrated that rural population has lower rate than the general population by 24%, that can be associated with lower availability of medical care for rural residents. The COVID-19 morbidity in rural population (2022) was slightly lower than in general population and indicators made up to 4190.2 and 4289.4‰, correspondingly. The analysis testifies the necessity to increase accessibility of medical care for rural residents, first of all of primary health care and to intensify dispensary and preventive activity in rural areas. It is necessary to develop rehabilitation programs for patients with diseases caused or complicated by the COVID-19 pandemic.

The results of the study are to be used for the in-depth analysis of morbidity of the population of rural areas and for development of management decisions at regional and municipal levels.

Keywords: rural health care; medical demographic situation; morbidity; rural population; natality; mortality; classes of diseases; COVID-19 pandemic.

For citation: Alikova Z. R., Kalininskaya A. A., Dzhanayeva A. B., Dzhiyeva I. A., Snatenkova P. A. The medical demographic indicators of rural health care in the Republic of North Ossetia-Alania. *Problemy socialnoi gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2025;33(3):448–452 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2025-33-3-448-452>

For correspondence: Kalininskaya A. A., 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: akalininskaya@yandex.ru

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support.

Received 08.08.2024
Accepted 30.10.2024

Введение

В. В. Путиным в обращении к Федеральному Собранию были обозначены основные стратегические задачи государственной политики в здравоохранении, в числе которых здоровьесбережение населения и повышение доступности первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) в первую очередь для отдельных сельских территорий¹.

Медико-демографическая ситуация на селе характеризуется снижением численности сельского населения, миграцией населения из села, старением населения села, требует структурных изменений медико-санитарной помощи населению [4—3].

Исследовательские работы ряда авторов указывают на низкий уровень здоровья селян, что в определенной мере связано с плохой доступностью медицинской помощи жителям села [4—6].

Пандемия COVID-19 затронула и обострила проблемы каждого государства и населения в целом: повысила смертность населения, усугубила проблемы здоровья, вызвала и обострила неинфекционные заболевания, определила необходимость усиления профилактической, диспансерной работы и реабилитации пациентов. При этом исследователи отмечают, что в период пандемии здравоохранение села оказалось в более тяжелом положении, чем население городов, в связи с плохой доступностью медицинской помощи на селе, недостаточным ресурсным обеспечением, несовершенством организационных форм работы [7—9].

В Федеральном проекте РФ (2018) «Укрепление общественного здоровья» и в Национальном проекте «Демография»² определены задачи разработки и реализации региональных и муниципальных программ здоровьесбережения населения, в том числе сельского. В исследовательских работах ряда авторов определена необходимость разработки концептуальных решений организации медицинской помощи населению села на основе региональных особенностей и с учетом социально-экономического, географического, медико-демографического положения территории [10—12].

Одна из проблем здравоохранения села — это кадровый дефицит в условиях низкой доступности медицинской помощи, что определяет необходи-

мость привлечения к работе на селе молодых специалистов [13, 14].

В исследовательских работах ряда авторов даны предложения по реформированию системы здравоохранения села в период и после завершения пандемии [15, 16].

Цель исследования — разработать предложения по совершенствованию медицинской помощи жителям села в Республике Северная Осетия — Алания с учетом медико-демографической ситуации в условиях пандемии.

Материалы и методы

Использованы аналитический, статистический методы исследования, статистические материалы ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» (ЦНИИОИЗ) Минздрава России и Управления Федеральной службы государственной статистики по Северо-Кавказскому округу (Северо-Кавказстат).

Результаты исследования

В Республике Северная Осетия — Алания на 01.01.2023 проживало 680,7 тыс. человек, в том числе 36,8% сельского населения, в г. Владикавказе проживает 43% общей численности населения Республики.

Ожидаемая продолжительность жизни сельского населения в Республике Северная Осетия — Алания на 2025 г. составила 77,5 года (для мужчин — 72,9, для женщин — 82,4 года). Для городского населения эти показатели составили соответственно 77,9; 73,2; 81,9 года [17].

Коэффициент смертности сельского населения Республики Северная Осетия — Алания за последние 10 лет (2013—2022) ежегодно снижался и в 2022 г. составил 10,0‰ (рис. 1). В Российской Федерации показатель выше — 13,8‰.

Рождаемость сельского населения в Республике Северная Осетия — Алания за те же 10 лет также ежегодно снижалась и в 2022 г. составила 8,7‰, в РФ показатель составил 8,8‰.

Заболеваемость (общая) сельского населения в Республике Северная Осетия — Алания в 2022 г. составила 85 994,7 на 100 тыс. сельского населения, в РФ этот показатель выше (129 761,8‰). Анализ показателей общей заболеваемости сельского населения в по классам болезней показал, что на первом месте стоят болезни органов дыхания (31%), на втором — болезни системы кровообращения (16,8%), на третьем — болезни органов пищеварения (6,4%), на четвертом — травмы, отравления и некоторые

¹Послание В. В. Путина Федеральному Собранию 29 февраля 2024 г. Режим доступа: <http://www.kremlin.ru/events/president/transcripts/73585>

²Национальная программа «Демография». Паспорт национального проекта «Демография» (утв. президиумом Совета при Президенте Российской Федерации по стратегическому развитию и национальным проектам, протокол от 24.12.2018 N 16). Режим доступа: <http://government.ru/info/35559/>

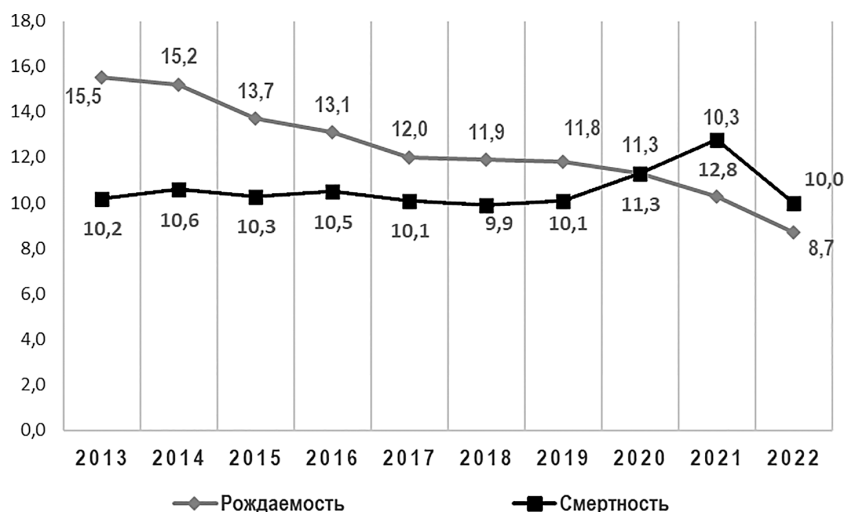


Рис. 1. Рождаемость и смертность сельского населения в Республике Северная Осетия — Алания в динамике за 2013—2022 гг. (на 1 тыс. населения) [17].

другие последствия воздействия внешних причин (6,1%) и др., на COVID-19 приходится 4,9% в структуре общей заболеваемости (рис. 2).

Показатель впервые выявленной заболеваемости сельского населения в Республике Северная Осетия — Алания в 2022 г. составил 48 083,6‰ (в РФ — 64 755,2‰), сравнительный анализ заболеваемости (первичной) сельского и всего населения показал, что среди сельчан показатель ниже на 24%, чем у всего населения, что можно связать с более низкой доступностью медицинской помощи жителям села (см. таблицу).

Показатели впервые выявленной заболеваемости сельского населения были ниже, чем всего населения в Республике Северная Осетия — Алания, по классам: болезни нервной системы (на 64,6%), болезни кожи и подкожной клетчатки (на 60,8%), болезни системы кровообращения (на 45,5%), болезни глаза и его придаточного аппарата (на 41,9%), болезни уха и сосцевидного отростка (на 39,5%).

Заболеваемость сельского населения COVID-19 (2022) была незначительно ниже, чем всего населения, показатели составили 4190,2 и 4289,4‰ соответственно.

В Республике Северная Осетия — Алания показатели заболеваемости сельского населения COVID-19 за 3 года анализа снижались и составили в 2020 г. 5863,0‰, в 2021 г. — 4311,4‰, в 2022 г. — 4190,2‰; В Российской Федерации этот показатель выше и в 2022 г. составил 6144,2‰, что связано в определенной мере с разными медико-географическими особенностями сельских территорий, организацией транспортной и организационной доступности медицинской помощи на селе, а также с неоднозначностью кодирования COVID-19 в субъектах РФ.

Заключение

Проведенный анализ свидетельствует о необходимости повышения доступности медицинской по-



Рис. 2. Заболеваемость (общая) сельского населения в Республике Северная Осетия — Алания по классам болезней МКБ-10 (на 100 тыс. населения) в 2022 г. [18].

Сравнительная заболеваемость (первичной) всего и сельского населения в Республике Северная Осетия — Алания в 2022 г. по классам болезней МКБ-10 (на 100 тыс. населения) [17, 18]

Классификация болезней	Код МКБ-10	Все население	Сельское население	Отклонение
Всего болезней	A01—T98	63255,2	48083,6	−24,0%
В том числе:				
I. Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	A00—B99	1773,9	1091,0	−38,5%
II. Новообразования	C00—D48	561,7	372,0	−33,8%
III. Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм	D50—D89	174,8	178,5	+2,1%
IV. Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	E00—E90	729,8	479,5	−34,3%
V. Психические расстройства и расстройства поведения	F00—F99	164,6	105,1	−36,1%
VI. Болезни нервной системы	G00—G99	1184,1	418,7	−64,6%
VI. Болезни глаза и его придаточного аппарата	H00—H59	3771,4	2193,0	−41,9%
VII. Болезни уха и сосцевидного отростка	H60—H95	3398,8	2055,8	−39,5%
IX. Болезни системы кровообращения	I00—I99	2622,9	1428,5	−45,5%
X. Болезни органов дыхания	J00—J99	30104,9	24727,5	−17,9%
XI. Болезни органов пищеварения	K00—K93	1190,4	830,8	−30,2%
XII. Болезни кожи и подкожной клетчатки	L00—L99	3663,3	1435,6	−60,8%
XIII. Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	M00—M99	1559,8	1066,8	−31,6%
XIV. Болезни мочеполовой системы	N00—N99	2241,9	1598,2	−28,7%
XVII. Врожденные аномалии [пороки развития], деформации и хромосомные нарушения	Q00—Q99	136,7	99,9	−26,9%
XIX. Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	S00—T98	3989,7	5223,3	+30,9%
COVID-19		4289,4	4190,2	−2,3%

мощи жителям села, в первую очередь ПМСП, активизации диспансерной и профилактической работы на селе.

Необходимо разрабатывать программы реабилитации пациентов с заболеваниями, вызванными или осложненными пандемией COVID-19.

Результаты исследования следует использовать с целью углубленного анализа заболеваемости населения сельских территорий и разработки управленческих решений на региональном и муниципальном уровнях.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Калининская А. А., Васильев М. Д., Лазарев А. В., Кизеев М. В., Смирнов А. А. Анализ заболеваемости населения старше трудоспособного возраста в Российской Федерации и ее региональные особенности. *Менеджер здравоохранения*. 2023;(2):59—67. doi: 10.21045/1811-0185-2023-2-59-67

2. Калининская А. А., Баянова Н. А., Кизеев М. В., Бальзамова Л. А. Оценка предотвратимых потерь здоровья сельского населения. *Менеджер здравоохранения*. 2022;(3):30—5. doi: 10.21045/1811-0185-2022-3-30-36

3. Хабриев Р. У., Калининская А. А., Щепин В. О., Лазарев А. В., Шляфер С. И. Медико-демографические показатели и здоровьесбережение сельского населения Российской Федерации. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2023;31(6):1307—12. doi: 10.32687/0869-866X-2023-31-6-1307-1312

4. Калининская А. А., Баянова Н. А. Научное обоснование оценки территориальной доступности первичной врачебной медико-санитарной помощи сельскому населению. *Казанский медицинский журнал*. 2020;101(6):890—6. doi: 10.17816/KMJ2020-890

5. Есипов А. В., Алехнович А. В., Абушинов В. В. COVID-19: первый опыт оказания медицинской помощи и возможные решения проблемных вопросов (обзор). *Госпитальная медицина: наука и практика*. 2020;1(1):5—8.

6. Кизеев М. В., Лазарев А. В., Валеев В. В., Калининская А. А., Мингазов Р. Н., Стоич А. А., Мингазова Э. Н. Возрастные особенности заболеваемости населения в условиях пандемии COVID-19. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2022;30(s1). doi: 10.32687/0869-866X-2022-30-s1-1023-1026

7. Хабриев Р. У., Щепин В. О., Калининская А. А., Лазарев А. В., Кизеев М. В., Васильева Т. П. Результаты анализа заболеваемости и смертности населения в условиях пандемии COVID-19. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2023;31(3):315—8. doi: 10.32687/0869-866X-2023-31-3-315-318

8. Калининская А. А., Щепин В. О., Лазарев А. В., Кизеев М. В., Шляфер С. И. Медико-демографическая ситуация в Москве и в Российской Федерации в условиях пандемии COVID-19. *Комплексные проблемы сердечно-сосудистых заболеваний*. 2023;12(3):181—91. doi: 10.17802/2306-1278-2023-12-3-181-191

9. Хабриев Р. У., Калининская А. А., Щепин В. О., Лазарев А. В., Шляфер С. И. Медико-демографические показатели и здоровьесбережение сельского населения Российской Федерации. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2023;31(6):1307—12. doi: 10.32687/0869-866X-2023-31-6-1307-1312

10. Аликова З. Р., Тотикова И. Т., Джигоева И. А. Территориальные особенности оказания экстренной хирургической помощи сельскому населению (на примере Республики Северная Осетия-Алания). *Менеджер здравоохранения*. 2024;(3):47—53.

11. Калининская А. А., Бакирова Э. А., Лазарев А. В., Шляфер С. И., Кизеев М. В. Анализ заболеваемости и кадровое обеспечение населения сельских территорий в Российской Федерации. *Менеджер здравоохранения*. 2022;(7):42—51. doi: 10.21045/1811-0185-2022-7-42-51

12. Улумбекова Г. Э. Предложения по реформе здравоохранения РФ после завершения пика пандемии COVID-19. *ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучения. Вестник ВШОУЗ*. 2020;6(2):9—26. doi: 10.24411/2411-8621-2020-12001

13. Калининская А. А., Бакирова Э. А., Кизеев М. В. Проблемы здравоохранения села, состояние и перспективы развития. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2022;30(6):1224—9.

14. Стародубов В. И. Калининская А. А., Дзугаев К. Г., Стрючков В. В. Проблемы здравоохранения села: Монография. М.; 2012. 207 с.

15. Калининская А. А., Бакирова Э. А., Кизеев М. В., Лазарев А. В., Шляфер С. И., Бальзамова Л. А. Научное обоснование предложений по совершенствованию медицинской помощи жителям села. *Менеджер здравоохранения*. 2023;(3):13—24. doi: 10.21045/1811-0185-2023-3-13-24

16. Управление Федеральной службы государственной статистики по Северо-Кавказскому федеральному округу (Северо-Кавказстат). Режим доступа: <https://26.rosstat.gov.ru/folder/29899> (дата обращения 05.05.2024).

17. Сельское здравоохранение России в 2022 году: статистические материалы ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России. М.; 2023.

18. Заболеваемость всего населения России в 2022 году с диагнозом, установленным впервые в жизни: статистические материалы ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России. М.; 2023.

Поступила 08.08.2024
Принята в печать 30.10.2024

REFERENCES

- Kalininskaya A. A., Vasiliev M. D., Lazarev A. V., Kizeev M. V., Smirnov A. A. Analysis of morbidity among the population older than working age in the Russian Federation and its regional characteristics. *Healthcare manager*. 2023;(2):59–67. doi: 10.21045/1811-0185-2023-2-59-67 (in Russian).
- Kalininskaya A. A., Bayanova N. A., Kizeev M. V., Balzamova L. A. Assessment of preventable health losses in the rural population. *Healthcare manager*. 2022;(3):30–5. doi: 10.21045/1811-0185-2022-3-30-36 (in Russian).
- Khabriev R. U., Kalininskaya A. A., Shchepin V. O., Lazarev A. V., Shlyafar S. I. Medical and demographic indicators and health protection of the rural population of the Russian Federation. *Problems of social hygiene, health care and history of medicine*. 2023;31(6):1307–12. doi: 10.32687/0869-866X-2023-31-6-1307-1312 (in Russian).
- Kalininskaya A. A., Bayanova N. A. Scientific rationale for assessing the territorial accessibility of primary medical care for the rural population. *Kazan Medical Journal*. 2020;101(6):890–6. doi: 10.17816/KMJ2020-890 (in Russian).
- Esipov A. V., Alekhovich A. V., Abushinov V. V. COVID-19: first experience in providing medical care and possible solutions to problematic issues (review). *Hospital Medicine: Science and Practice*. 2020;1 (1):5-8 (in Russian).
- Kizeev M. V., Lazarev A. V., Valeev V. V., Kalininskaya A. A., Mingazov R. N., Stochik A. A., Mingazova E. N. Age-related characteristics of population morbidity during the COVID-19 pandemic. *Problems of social hygiene, health care and history of medicine*. 2022;30(s1). doi: 10.32687/0869-866X-2022-30-s1-1023-1026 (in Russian).
- Khabriev R. U., Shchepin V. O., Kalininskaya A. A., Lazarev A. V., Kizeev M. V., Vasilyeva T. P. Results of analysis of morbidity and mortality of the population during the COVID-19 pandemic. *Problems of social hygiene, health care and history of medicine*. 2023;31(3):315–8 doi: 10.32687/0869-866X-2023-31-3-315-318 (in Russian).
- Kalininskaya A. A., Shchepin V. O., Lazarev A. V., Kizeev M. V., Shlyafar S. I. Medical and demographic situation in Moscow and the Russian Federation during the COVID-19 pandemic. *Complex Problems of Cardiovascular Diseases*. 2023;12(3):181–91. doi: 10.17802/2306-1278-2023-12-3-181-191 (in Russian).
- Khabriev R. U., Kalininskaya A. A., Shchepin V. O., Lazarev A. V., Shlyafar S. I. Medical and demographic indicators and health protection of the rural population of the Russian Federation. *Problems of social hygiene, health care and history of medicine*. 2023;31(6):1307–12. doi: 10.32687/0869-866X-2023-31-6-1307-1312 (in Russian).
- Alikova Z. R., Totikova I. T., Dzhiyeva I. A. Territorial features of providing emergency surgical care to rural populations (on the example of the Republic of North Ossetia-Alania). *Healthcare Manager*. 2024;(3):47-53 (in Russian).
- Kalininskaya A. A., Bakirova E. A., Lazarev A. V., Shlyafar S. I., Kizeev M. V. Analysis of morbidity and staffing of the population of rural areas in the Russian Federation. *Healthcare Manager*. 2022;(7):42–51. doi: 10.21045/1811-0185-2022-7-42-51 (in Russian).
- Ulumbekova G. E. Proposals for healthcare reform in the Russian Federation after the peak of the COVID-19 pandemic. *ORGHEALTH: News, Opinions, Training. VShOUZ Bulletin*. 2020;6(2):9–26. doi: 10.24411/2411-8621-2020-12001 (in Russian).
- Kalininskaya A. A., Bakirova E. A., Kizeev M. V. Problems of rural health care, state and development prospects. *Problems of social hygiene, health care and history of medicine*. 2022;30(6):1224–9 (in Russian).
- Starodubov V. I. Kalinskaya A. A., Dzugaev K. G., Stryuchkov V. V. Problems of rural health care: Monograph. Moscow; 2012. 207 p. (in Russian).
- Kalininskaya A. A., Bakirova E. A., Kizeev M. V., Lazarev A. V., Shlyafar S. I., Balzamova L. A. Scientific substantiation of proposals to improve medical care for rural residents. *Healthcare Manager*. 2023;(3):13-24. doi: 10.21045/1811-0185-2023-3-13-24 (in Russian).
- Office of the Federal State Statistics Service for the North Caucasus Federal District (North Caucasusstat). Available at: <https://26.rossstat.gov.ru/folder/29899> Access date 05/05/2024 (in Russian).
- Rural healthcare in Russia in 2022: statistical materials of the Federal State Budgetary Institution “Central Research Institute of Organization and Informatization of Healthcare” of the Ministry of Health of Russia. Moscow; 2023 (in Russian).
- Morbidity rate of the entire population of Russia in 2022 with a diagnosis established for the first time in life: statistical materials of the Federal State Budgetary Institution “Central Research Institute of Organization and Informatization of Health Care” of the Ministry of Health of Russia. Moscow; 2023 (in Russian).

Омарова О. А., Агаларова Л. С.

ИССЛЕДОВАНИЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ОСНОВНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ ЖИТЕЛЕЙ г. МАХАЧКАЛЫ

ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» Минздрава России, 367000, г. Махачкала

В России смертность от основных неинфекционных заболеваний составляет более $\frac{2}{3}$ от общей смертности населения. Цель исследования — изучение распространенности основных факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний среди пациентов.

Исследование проведено в 2023—2024 гг. на базе Республиканского центра здоровья г. Махачкалы Республики Дагестан. Методом анкетного опроса и по данным амбулаторных карт изучена распространенность факторов риска неинфекционных заболеваний ($n=465$).

Низкая физическая активность, повышенный уровень холестерина, избыточная масса тела, ожирение, повышенное артериальное давление чаще встречаются у лиц с высшим образованием, а курение, избыточное потребление соли, недостаточное потребление овощей и фруктов — со средним и средним специальным образованием. Наибольшая доля курящих выявлена в возрастных группах 41—50 лет (24,7%) и 31—40 лет (20,7%). Недостаточно информированы о своем уровне холестерина 17,8% мужчин и 23,9% женщин, об уровне сахара в крови — 34,6% мужчин и 38,1% женщин.

Распространенность основных факторов риска хронических неинфекционных заболеваний составила: повышенное артериальное давление — в среднем 30,1%, у мужчин несколько выше, чем у женщин (33,7 и 26,5%); избыточная масса тела — 29,2%, у женщин этот показатель в 2 раза выше такового у мужчин (38,6 и 19,8%); ожирение — 14,9%, у женщин в 2 раза выше, чем у мужчин (19,7 и 10,1%); курение — 18,1%, среди мужчин этот показатель в 7 раз выше, чем у женщин; повышенный уровень холестерина — 41,5%. Это необходимо учитывать при разработке региональных образовательных профилактических программ.

Ключевые слова: неинфекционные заболевания; факторы риска; анкетирование; здоровый образ жизни; пациент; информированность населения.

Для цитирования: Омарова О. А., Агаларова Л. С. Исследование распространенности основных факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний среди жителей г. Махачкалы. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2025;33(3):453—458. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2025-33-3-453-458>

Для корреспонденции: Агаларова Луиза Саидрахмедовна, д-р мед. наук, доцент, зав. кафедрой общественного здоровья и здравоохранения ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» Минздрава России, e-mail: luiza_agalarova@mail.ru

Omarova O. A., Agalarova L. S.

THE STUDY OF PREVALENCE OF MAIN RISK FACTORS OF DEVELOPMENT OF CHRONIC INFECTIOUS DISEASES IN RESIDENTS OF MAKHACHKALA

The Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The Dagestan State Medical University” of Minzdrav of Russia, 367000, Makhachkala, Russia

In Russia, mortality from major non-communicable diseases accounts for more than $\frac{2}{3}$ of total mortality of population. The purpose of the study is to investigate prevalence of main risk factors of development of chronic non-communicable diseases (NCDs) among patients. The study was carried out in 2023–2024 at the basis of the Republican Health Center of Makhachkala of the Republic of Dagestan. The prevalence of risk factors for non-communicable diseases was analyzed using results of sociological survey of 465 respondents and outpatient card data. The low physical activity, high cholesterol, overweight, obesity and high blood pressure are more common among persons with higher education. The smoking, excessive salt intake and insufficient consumption of fruits and vegetables are more common among persons with secondary and secondary specialized education. The highest percentage of smokers was detected in groups of 41–50 age old (24.7%) and 31–40 years old (20.7%). The insufficient awareness about one's level of cholesterol was detected in 17.8% of males and 23.9% of females and about one's level of blood sugar in 34.6% of males and 38.1% of females. The prevalence of main risk factors for NCDs was established for high blood pressure — 30.1%, overweight — 29.2%, obesity — 14.9%, smoking — 18.1%, elevated cholesterol — 41.5%. This data is to be taken into account in developing regional educational preventive programs.

Key words: non-communicable diseases; risk factor; questionnaire; healthy lifestyle; patient; population awareness.

For citation: Omarova O. A., Agalarova L. S. The study of prevalence of main risk factors of development of chronic infectious diseases in residents of Makhachkala. *Problemi socialnoi gigieni, zdoravookhraneniia i istorii meditsini*. 2025;33(3):453–458 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2025-33-3-453-458>

For correspondence: Agalarova L. S., doctor of medical sciences, associate professor, the Head of the Chair of Public Health and Health Care of the Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The Dagestan State Medical University” of Minzdrav of Russia. e-mail: luiza_agalarova@mail.ru

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support.

Received 14.07.2024

Accepted 30.10.2024

Введение

Сохранение и укрепление здоровья населения Российской Федерации возможны лишь при усло-

вии формирования приоритета здоровья в системе социальных и духовных ценностей общества путем не только создания у населения экономической и

социокультурной мотивации быть здоровым, но и обеспечения государством правовых, экономических, организационных и инфраструктурных условий для ведения здорового образа жизни.

Профилактика и контроль хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ) — основа стратегического развития здравоохранения. Это связано с негативным влиянием этих заболеваний на социально-экономическое развитие страны [1, 2]. По данным Всемирной организации здравоохранения, на долю неинфекционных заболеваний ежегодно приходится 71% всех случаев смерти в мире [3].

Цель исследования — изучение распространенности основных факторов риска развития ХНИЗ среди пациентов, обратившихся в Республиканский центр здоровья, и разработка рекомендаций по их коррекции.

Материалы и методы

Исследование проведено в 2023—2024 гг. на базе Республиканского центра здоровья г. Махачкалы. Методом анкетного опроса и на основании данных амбулаторных карт пациентов изучена распространенность факторов риска (ФР) неинфекционных заболеваний среди обратившихся ($n=465$): низкой физической активности, повышенного артериального давления (АД), избыточной массы тела, ожирения, курения, повышенного уровня глюкозы крови, избыточного потребления соли, повышенного уровня холестерина (ХС), недостаточного потребления овощей и фруктов.

Для сбора материала была разработана анкета изучения распространенности ФР неинфекционных заболеваний, которая включала 35 вопросов. В процессе исследования использованы также «Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях» (ф. 025/у), «Карта учета диспансеризации (профилактических медицинских осмотров)» (ф. 131/у).

Единицей наблюдения явился пациент, посетивший Республиканский центр здоровья. Критерий включения в исследование — добровольное информированное согласие респондентов в возрасте от 18 до 70 лет. Критерии исключения или выхода — нежелание дать добровольное информированное согласие на анкетирование, решение респондента прекратить свое участие во время анкетирования на любом этапе.

Необходимое число единиц наблюдения при проведении исследования определено по формуле А. М. Меркова и Л. Е. Полякова [4] и составило примерно

400 анкет и 400 медицинских карт пациентов, получающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях. Нами для исследования были взяты 465 пациентов, обратившихся в Республиканский центр здоровья.

За основу критериев ФР ХНИЗ при проведении исследования нами взяты методические рекомендации Минздрава России «Организация проведения диспансеризации и профилактических медицинских осмотров взрослого населения», где изложены рекомендуемые критерии ФР [5]. Поведенческие ФР были изучены по результатам анкетирования, а биологические — путем выкопировки данных из медицинских карт пациентов, обратившихся в центр здоровья.

Для оценки достоверности результатов исследования использованы методы математической статистики: вычисление и оценка относительных и средних величин, критерий Стьюдента (t) и др. Статистически значимыми считали различия при $p < 0,05$. Статистическую обработку результатов исследования выполняли с использованием компьютерных программ Statistics 10,0 и Excel.

Результаты исследования

Среди включенных в исследование были 271 (58,3%) женщина и 194 (41,7%) мужчины. По возрасту респонденты распределились следующим образом: до 30 лет — 17,5%, 31—40 лет — 24,9%, 41—50 лет — 26,7%, 51—60 лет — 19,4%, 61—70 лет — 8,3%, 70 лет и более — 3,2%; по образованию: среднее — 32,5%, среднее специальное — 36,1%, высшее — 31,4%. Распределение респондентов по социальным группам: рабочие — 38,2%, служащие — 27,5%, предприниматели — 18,7%, работающие пенсионеры — 15,6%.

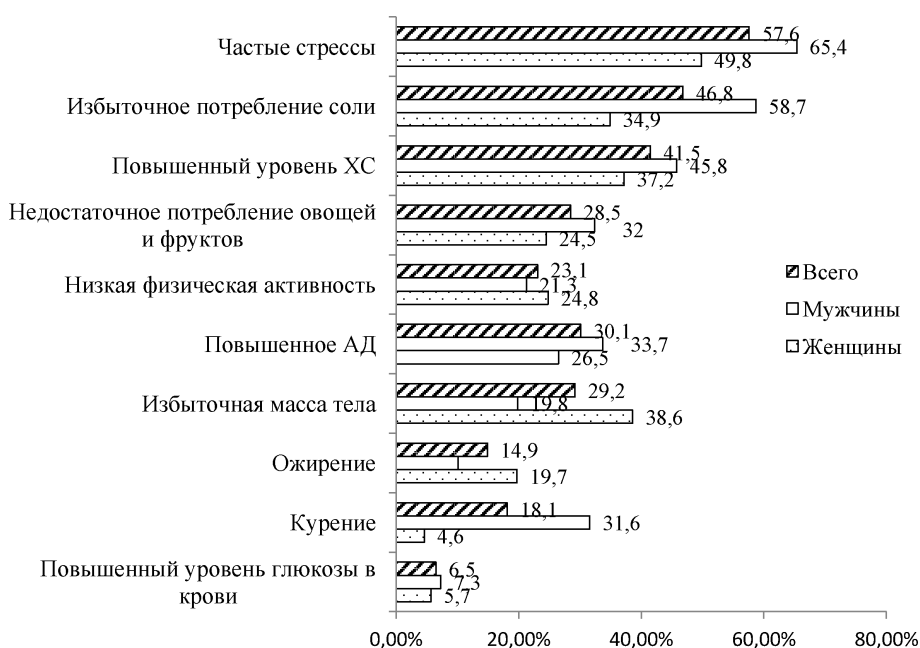


Рис. 1. Распространенность основных ФР неинфекционных заболеваний среди обследованных лиц в Республиканском центре здоровья г. Махачкалы (в %).

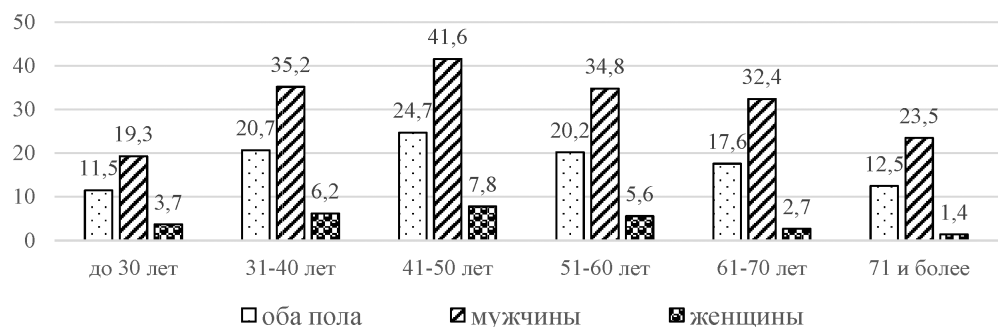


Рис. 2. Распространенность курения среди пациентов в зависимости от пола и возраста (в %).

Изучение распространенности основных ФР ХНИЗ среди пациентов, обратившихся в Республиканский центр здоровья г. Махачкалы (рис. 1) показало, что повышенный уровень общего ХС в среднем составил $41,5 \pm 0,9\%$, среди мужчин значительно выше, чем у женщин ($45,8 \pm 1,2\%$ против $37,2 \pm 0,7\%$; $p < 0,001$). Повышенное АД составило $30,1 \pm 0,5\%$, у мужчин несколько выше по сравнению с женщинами ($33,7 \pm 1,3\%$ против $26,5 \pm 0,4\%$; $p < 0,001$).

Показатель избыточной массы тела в среднем составил $29,2 \pm 0,8\%$, среди женщин он был в 2 раза выше, чем у мужчин ($38,6 \pm 1,5\%$ против $19,8 \pm 0,6\%$; $p < 0,000$). Распространенность ожирения составила $14,9 \pm 0,7\%$ и была у женщин в 2 раза выше, чем у мужчин ($19,7 \pm 0,3\%$ против $10,1 \pm 1,4\%$; $p < 0,001$); курения — $18,1 \pm 0,3\%$, среди мужчин в 7 раз превышала таковую у женщин ($31,6 \pm 1,2\%$ против $4,6 \pm 0,1\%$; $p < 0,000$). Показатель повышенного уровня глюкозы крови в среднем составил $6,5 \pm 0,2\%$ и у мужчин был в 1,3 раза выше, чем у женщин ($7,3 \pm 1,2\%$ против $5,7 \pm 0,2\%$). Распространенность стрессов в среднем составила $57,6 \pm 2,4\%$, среди мужчин — $65,4 \pm 3,2\%$, среди женщин — $49,8 \pm 2,3\%$ ($p < 0,000$). Избыточное потребление соли в среднем составило $46,8 \pm 1,7\%$, среди мужчин этот показатель значительно превышал таковой у женщин ($58,7 \pm 2,7\%$ против $34,9 \pm 1,2\%$; $p < 0,000$). Недостаточное потребление овощей и фруктов имело место в $28,5 \pm 0,8\%$ случаев и составило у мужчин $32,4 \pm 1,4\%$, у женщин — $24,5 \pm 0,6\%$ ($p < 0,001$). Распространенность низкой физической активности составила в среднем

$23,1 \pm 0,4\%$, среди мужчин была несколько ниже, чем среди женщин ($21,3 \pm 0,6\%$ против $24,8 \pm 0,8\%$; $p < 0,06$).

Анализ распространенности основных ФР ХНИЗ среди пациентов, обратившихся в Республиканский центр здоровья (табл. 1) г. Махачкалы, в зависимости от уровня заболевания показал, что низкая физическая активность, повышенный уровень ХС, избыточная масса тела, ожирение, повышенное АД чаще встречаются у лиц с высшим образованием, а курение, избыточное потребление соли, недостаточное потребление овощей и фруктов — у лиц со средним и средним специальным образованием.

Изучена распространенность курения среди мужчин и женщин в зависимости от возраста (рис. 2). Наибольшая доля курящих была выявлена в возрастной группе 41—50 лет — $24,7\%$ ($41,6\%$ мужчин и $7,8\%$ женщин). Почти одинаковая доля приходится на возрастные группы 31—40 лет — $20,7\%$ ($35,2\%$ мужчин, $6,2\%$ женщин) и 51—60 лет — $20,2\%$ ($34,8\%$ мужчин, $5,6\%$ женщин), на 61—70 лет приходится $17,6\%$ ($32,4\%$ мужчин и $2,7\%$ женщин). С возрастом число курящих уменьшается.

Анализ информированности населения о ФР ХНИЗ (табл. 2) показал, что женщины более мужчин информированы об уровне своего АД (женщины — $94,3\%$, мужчины — $87,5\%$; $p < 0,05$), о заболеваниях, которые могут возникнуть при избыточной массе тела и ожирении (женщины — $59,8\%$, мужчины — $43,2\%$; $p < 0,001$), к каким заболеваниям приводит неправильное питание (женщины — $76,7\%$, мужчины — $69,5\%$; $p < 0,05$), какое негативное влия-

Таблица 1

Распространенность ФР ХНИЗ среди пациентов (n = 465) в зависимости от уровня образования						
Фактор риска	Уровень образования					
	среднее (n=97)		среднее специальное (n=248)		высшее (n=120)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Частые стрессы	42	43,6	146	58,9*	56	46,7*
Избыточное потребление соли	48	49,1*	139	52,3*	47	39,2*
Повышенный уровень ХС	36	36,9*	96	38,7	55	45,8*
Недостаточное потребление овощей и фруктов	31	32,0	96	38,6*	33	27,4*
Низкая физическая активность	16	16,2*	46	18,5	45	37,8*
Повышенное АД	19	20,1*	73	29,3	42	35,0*
Избыточная масса тела (ИМТ=25-29 кг/м²)	26	26,7*	71	28,5	39	32,4*
Ожирение (ИМТ>30 кг/м²)	7	7,1	24	9,8	14	11,5
Курение	23	23,4	81	32,7*	21	17,6*

П р и м е ч а н и е. * $p < 0,05$ между средним, средним специальным и высшим образованием. ИМТ — индекс массы тела.

Информированность населения ($n=465$) г. Махачкалы о ФР ХНИЗ

Вопрос анкеты	Мужчины ($n=194$)		Женщины ($n=271$)		p
	абс.	%	абс.	%	
Знаете ли Вы, что такое факторы риска заболеваний?	95	48,9	183	67,4	0,000
Знаете ли Вы свое артериальное давление?	170	87,5	256	94,3	0,05
Знаете ли Вы свой уровень ХС в крови?	35	17,8	65	23,9	0,000
Знаете ли Вы свой уровень сахара в крови?	67	34,6	103	38,1	0,06
Знаете ли Вы, какие заболевания могут возникнуть при избыточной массе тела и ожирении?	84	43,2	162	59,8	0,001
Знаете ли Вы, к каким заболеваниям приводит курение?	142	73,2	140	51,7	0,000
Знаете ли Вы о риске чрезмерного потребления алкоголя?	168	86,7	188	69,3	0,000
Знаете ли Вы о пагубном влиянии наркотических и психотропных средств на организм человека?	149	76,9	146	53,8	0,001
Знаете ли Вы, к каким заболеваниям приводит неправильное питание?	135	69,5	208	76,7	0,05
Знаете ли Вы, к чему приводит избыточное употребление соли?	113	58,1	143	52,6	0,01
Знаете ли Вы, какое негативное влияние на здоровье оказывает стресс?	150	77,2	220	81,3	0,06
Знаете ли Вы нормы потребления овощей и фруктов в день?	63	32,6	107	39,5	0,001

ние на здоровье оказывает стресс (женщины — 81,3%, мужчины — 77,2%; $p<0,06$).

При этом мужчины более информированы по вопросам: к каким заболеваниям приводит курение (мужчины — 73,2%, женщины — 51,7%; $p<0,000$), о риске чрезмерного потребления алкоголя (мужчины — 86,7%, женщины — 69,3%; $p<0,000$), о пагубном влиянии наркотических и психотропных средств на организм человека (мужчины — 76,9%, женщины — 53,8%; $p<0,001$), к чему приводит избыточное употребление соли (мужчины — 58,1%, женщины — 52,6%; $p<0,01$). Оба пола недостаточно информированы о своем уровне ХС в крови (мужчины — 17,8%, женщины — 23,9%; $p<0,000$), об уровне сахара в крови (мужчины — 34,6%, женщины — 38,1%; $p<0,06$), о нормах потребления овощей и фруктов в день (мужчины — 32,6%, женщины — 39,5%; $p<0,001$).

По материалам анкетного опроса установлено, что из числа пациентов, имеющих ФР ХНИЗ, были готовы к их коррекции 72,4% лиц, имеющих повышенное АД (мужчин — 71,6%, женщин — 73,2%), 68,1% часто испытывающих стресс (мужчин — 70,2%, женщин — 65,9%), 65,4% имеющих избыточную массу тела и ожирение (мужчин — 62,6%, женщин — 68,2%), 61,5% избыточно потребляющих соль (мужчин — 59,1%, женщин — 63,9%), 47,6% курящих (мужчин — 38,9%, женщин — 56,1%), 38,2% имеющих недостаточную физическую активность (мужчин — 37,3%, женщин — 39,1%).

Установлено, что у лиц с высшим образованием приверженность лечению в 1,5 раза выше таковой у лиц со средним образованием (43,4 и 27,5% соответственно; $p<0,001$). Повышению приверженности способствуют следующие мероприятия: создание для пациентов школ здоровья на рабочем месте, повышение грамотности населения в вопросах здоровья, ведение систем постоянного оповещения пациентов, усиление санитарно-просветительной работы и др.

Обсуждение

Известно, что курение — вторая по значимости проблема общественного здоровья после злоупотребления алкоголем. Оно вызывает рост болезней

системы кровообращения, приводит к хроническим заболеваниям легких и провоцирует многие онкологические болезни. Распространенность курения по результатам нашего исследования составила 18,1% (мужчин — 31,6%, женщин — 4,6%). Эти данные близки к данным А. В. Алексенцевой и соавт. [6] по результатам исследования STEPS у жителей Алтайского края — 19,3% (мужчин — 34%, женщин — 5,1%); Ю. А. Балановой и соавт. [7] по данным обследования с помощью модифицированной методологии STEPS — 22% (мужчин — 34,7%, женщин — 9,3%). Распространенность курения в значительной степени зависит от уровня образования и ниже у лиц с высшим образованием, чем со средним и средним специальным.

По данным Росстата, 42% россиян старше 15 лет не пьют, остальные 58% хотя бы раз в год употребляют алкогольные напитки. Среди женщин периодически выпивают 49%, среди мужчин — 67% [8]. По материалам нашего исследования, спиртные напитки не употребляют 69,2% населения г. Махачкалы, умеренно употребляют 30,8% (мужчин — 53,3%, женщин — 8,3%), чрезмерно — 1,9%, в основном мужчины. Согласно данным С. В. Губарева и соавт. [9], по материалам исследования ЭССЕ-РФ2, не употребляют алкоголь 35% респондентов, умеренно употребляют 65% (мужчин — 69,3%, женщин — 60,8%), употребляют чрезмерно 4,5%. Показатель потребления алкоголя среди женщин г. Махачкалы в 8 раз ниже, чем по данным исследования ЭССЕ-РФ2 [9] (8,3% против 60,8%), это в значительной степени связано с национальными традициями и культурой.

Низкая физическая активность является одним из важных поведенческих факторов, влияющих на развитие ХНИЗ. Материалы нашего исследования показали, что почти каждый четвертый (23,1%) житель г. Махачкалы имеет низкую физическую активность, которая достоверно выше среди женщин (24,8%) по сравнению с мужчинами (21,3%; $p<0,05$). Эти данные близки к результатам исследования по модифицированной методологии STEPS Ю. А. Балановой и соавт. [10]: в среднем 26,8% (мужчин — 25,3%, женщин — 28,2%). По материалам исследования STEPS, у жителей Алтайского края недостаточ-

Здоровье и общество

ная физическая активность выше и составила 34,6% (33,4% мужчин и 35,4% женщин).

Распространенность ожирения среди взрослого населения г. Махачкалы составила 14,9%, среди женщин этот показатель почти в 2 раза превышает таковой мужчин (19,7% против 10,1%; $p < 0,000$). Этот фактор по данным исследования STEPS, в среднем в 1,4 раза выше, чем в нашем исследовании (21,2% против 14,9%), среди мужчин — в 1,7 раза (17,1% против 10,1%), среди женщин — в 1,3 раза (25,3% против 19,7%). По данным Роспотребнадзора, среди жителей России в 2020 г. 19% мужчин и 27,6% женщин страдали ожирением, в целом избыточную массу тела имеют 47,6% мужчин и 35,6% женщин.

Высокое АД — основная причина смертности и вторая по количеству лет жизни с утратой трудоспособности. Артериальная гипертензия в нашем исследовании выявлена у 30,1% взрослого населения (мужчин — 33,7%, женщин — 26,5%), что в 1,5 раза ниже, чем по материалам исследования ЭССЕ-РФ2: 44,2% (мужчин — 49,1%, женщин — 39,9%) [11]. При этом более 35% мужчин и 25% женщин не знают о том, что у них повышенное АД.

В Российской Федерации, по данным Федерального регистра сахарного диабета, на 01.01.2022 состояло на диспансерном учете 4,9 млн человек (3,34% населения). Согласно ежегодному отчету Росстата, смертность от сахарного диабета в России за 2023 г. возросла на 14,4%, достигнув 48 469 случаев, что составляет 2,7% от общего числа умерших. Повышенный уровень глюкозы в крови среди взрослого населения г. Махачкалы, по нашим материалам, в среднем составляет 6,5% (мужчин — 7,3%, женщин — 5,7%). Эти данные близки к результатам исследования STEPS-AK среди жителей Алтайского края — 8,4% (мужчин — 7,5%, женщин — 9,3%).

Повышенный уровень ХС в нашем исследовании выявлен у 41,5% жителей г. Махачкалы. Среди мужчин этот показатель по сравнению с женщинами был в 1,3 раза выше (45,8% против 37,2%). По данным исследования ЭССЕ-РФ, В. А. Метельской и соавт. [12], повышенный уровень ХС в среднем составил $58,4 \pm 0,34\%$ и колебался от 50% в Кемерово до 67% во Владивостоке и Воронеже. Эти данные в 1,4 раза выше, чем в нашем исследовании. Установлено, что с возрастом этот показатель увеличивается, его распространенность не зависела от уровня образования.

Известно, что чрезмерное употребление соли способствует удержанию лишней воды в организме, что приводит к нагрузке на сердечную мышцу и почки, вызывает боли и отеки. Однако около половины (46,8%) респондентов в нашем исследовании не соблюдали рекомендуемые дневные нормы потребления соли (5 г). Избыточное потребление соли было достоверно выше среди мужчин по сравнению с женщинами (58,7% против 34,9%). Этот показатель среди жителей г. Махачкалы в 2 раза выше, чем по результатам исследования по модифицированной методологии STEPS Ю. А. Балановой и соавт.

[7] (58,7% против 29,1%) и Алтайскому краю (58,7% против 28%).

Заключение

Исследование показало высокую распространенность ФР среди жителей г. Махачкалы: у каждого третьего — повышенное АД, избыточная масса тела, у женщин этот показатель в 2 раза выше, чем у мужчин; показатель курения среди мужчин в 7 раз выше, чем среди женщин; ХС, недостаточное потребление овощей, фруктов и распространенность стрессов — в 1,3 раза. Знание региональных особенностей распространенности ФР ХНИЗ позволяет целенаправленно разрабатывать образовательные профилактические программы.

Анализ информированности населения о ФР ХНИЗ показал, что о частоте таких ФР, как уровень своего АД, избыточная масса тела, ожирение, неправильное питание, стресс, более информированы женщины. А о таких ФР, как курение, чрезмерное потребление алкоголя, пагубное влияние наркотических и психотропных средств, избыточное употребление соли, более информированы мужчины. Оба пола недостаточно информированы о своем уровне ХС, сахара в крови и о нормах потребления овощей и фруктов в день.

На основе материалов исследования разработаны рекомендации по раннему выявлению ФР и их коррекции: непрерывное повышение квалификации врачей и среднего медицинского персонала, первичная медико-санитарная помощь в области профилактики ХНИЗ и коррекции ФР, информационно-методическое обеспечение врачей по вопросам медицинской профилактики, межсекторальное взаимодействие врачей городских поликлиник, центров здоровья, отделений медицинской профилактики по вопросам профилактики ХНИЗ, внедрение телемедицинских консультаций и технологий по вопросам профилактики ХНИЗ, организация мобильных центров здоровья, школ здоровья; информирование пациентов о ФР ХНИЗ, мотивирование их к оздоровлению, организация информационно-коммуникационных мероприятий для населения по вопросам охраны здоровья и профилактики заболеваний.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Андреева Е. А., Похазникова М. А., Кузнецова О. Ю. Распространенность курения среди жителей двух городов Северо-Западного региона России по данным международного исследования «Респект». *Профилактическая медицина*. 2020;23(1):92—9.
2. Осипова И. В., Антропова О. Н., Пырикова Н. В., Дехарь В. В. Обучение современным профилактическим технологиям в вузе. *Профилактическая медицина*. 2016;(3):45—8.
3. Масленикова Г. Я., Оганов Р. Г. Профилактика неинфекционных заболеваний как возможность увеличения ожидаемой продолжительности жизни и здорового долголетия. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2019;18(2):5—12.
4. Мерков А. М., Поляков Л. Е. Санитарная статистика. Пособие для врачей. Л.: Медицина; 1974. 384 с.
5. Бойцов С. А., Вылегжанин С. А., Гамбарян М. Ф., Гулин Я. Н., Егян Р. А. Организация проведения диспансе-

- ризации и профилактических медицинских осмотров взрослого населения (методические рекомендации). М.: Минздрав РФ; 2013. 50 с.
6. Алексенцева А. В., Осипова И. В., Репкина Т. В., Молчанова А. А. Факторы риска развития хронических неинфекционных заболеваний у жителей Алтайского края (по результатам исследования STEPS). *Профилактическая медицина*. 2022;25(9):53–9.
 7. Баланова Ю. А., Капустина А. В., Шальнова С. А., Имаева А. Э., Муромцева Г. А., Евстифеева С. Е., Карамнова Н. С., Максимов С. А., Доценко А. Н., Концевая А. В., Дранкина О. М. Поведенческие факторы риска в российской популяции: результаты обследования по модифицированной методологии STEPS. *Профилактическая медицина*. 2020;23(5):56–66.
 8. Российский статистический ежегодник. 2023: Стат. сб. М.: Росстат; 2023. 701 с.
 9. Губарев С. В., Максимов С. А., Муромцев Г. А., Панченко Е. И., Редько А. Н. Социально-демографические особенности потребления алкоголя в городской и сельской популяциях в Краснодарском крае по данным исследования ЭССЕ-РФ2. *Профилактическая медицина*. 2023;26(4):26–33.
 10. Баланова Ю. А., Имаева А. Э., Шальнова С. А. Поведенческие факторы риска в российской популяции: фокус на потребление табака. Результаты исследования ЭССЕ-РФ3. *Профилактическая медицина*. 2024;27(10):36. doi: 10.17116/profmed20242710136
 11. Баланова Ю. А., Шальнова С. А., Имаева А. Э., Капустина А. В. Распространенность артериальной гипертензии, охват лечением и его эффективность в Российской Федерации (данные наблюдательного исследования ЭССЕ-РФ-2). *Рациональная фармакотерапия в кардиологии*. 2019;15(4):450–66.
 12. Метельская В. А., Шальнова С. А., Деев А. Д. Анализ распространенности показателей, характеризующих атерогенность спектра липопротеинов, у жителей Российской Федерации (по данным исследования ЭССЕ-РФ). *Профилактическая медицина*. 2016;1(1):15–23.
 2. Osipova I. V., Antropova O. N., Pyrikova N. V., Dekhar V. V. Training in modern preventive technologies at the university. *Preventive Medicine*. 2016;(3):45–8 (in Russian).
 3. Maslennikova G. Ya., Oganov R. G. Prevention of non-communicable diseases as an opportunity to increase life expectancy and healthy longevity. *Cardiovascular Therapy and Prevention*. 2019;18(2):5–12 (in Russian).
 4. Merkov A. M., Polyakov L. E. Sanitary statistics. Handbook for doctors. Leningrad: Medicine; 1974. 384 p. (in Russian).
 5. Boytsov S. A., Vylegzhanin S. A., Gambaryan M. F., Gulina Ya. N., Eganyan R. A. Organization of medical examinations and preventive medical examinations of the adult population (methodological recommendations). Moscow: Ministry of Health of the Russian Federation; 2013. 50 p. (in Russian).
 6. Aleksentseva A. V., Osipova I. V., Repkina T. V., Molchanova A. A. Risk factors for the development of chronic non-communicable diseases among residents of the Altai Territory (according to the results of the STEPS study). *Preventive Medicine*. 2022;25(9):53–9 (in Russian).
 7. Balanova Yu. A., Kapustina A. V., Shalnova S. A., Imaeva A. E., Muromtseva G. A., Evstifeeva S. E., Karamnova N. S., Maksimov S. A., Dotsenko A. N., Kontsevaya A. V., Drankina O. M. Behavioral risk factors in the Russian population: results of a survey using the modified STEPS methodology. *Preventive Medicine*. 2020;23(5):56–66 (in Russian).
 8. Russian statistical yearbook. 2023: Statistical collection. Moscow: Rosstat; 2023. 701 p. (in Russian).
 9. Gubarev S. V., Maksimov S. A., Muromtsev G. A., Panchenko E. I., Redko A. N. Socio-demographic features of alcohol consumption in urban and rural populations in Krasnodar Krai according to the ESSE-RF2 study. *Preventive Medicine*. 2023;26(4):26–33 (in Russian).
 10. Balanova Yu. A., Imaeva A. E., Shalnova S. A. Behavioral risk factors in the Russian population: focus on tobacco consumption. Results of the ESSE-RF3 study. *Preventive Medicine*. 2024;27(10):36. doi: 10.17116/profmed20242710136 (in Russian).
 11. Balanova Yu. A., Shalnova S. A., Imaeva A. E., Kapustina A. V. Prevalence of arterial hypertension, treatment coverage and its effectiveness in the Russian Federation (data from the observational study ESSE-RF-2). *Rational Pharmacotherapy in Cardiology*. 2019;15(4):450–66 (in Russian).
 12. Metelskaya V. A., Shalnova S. A., Deev A. D. Analysis of the prevalence of indicators characterizing the atherogenicity of the lipoprotein spectrum in residents of the Russian Federation (according to the ESSE-RF study). *Preventive Medicine*. 2016;1(1):15–23 (in Russian).

Поступила 14.07.2024
Принята в печать 30.10.2024

REFERENCES

Классовская М. И., Грасс Е. Ю.

МОЧЕКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ У ЧЛЕНОВ ЭКИПАЖА МОРСКИХ СУДОВ: ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ РИСКИ, ПРОФИЛАКТИКА И МЕДИЦИНСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ

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

Работа членов экипажа морских судов сопряжена со множеством профессиональных факторов риска, которые могут способствовать развитию хронических заболеваний, включая мочекаменную болезнь. В статье рассмотрены основные причины и механизмы возникновения мочекаменной болезни у моряков, обусловленные особенностями их профессиональной деятельности: несбалансированным питанием, использованием дистиллированной воды, физическими нагрузками, длительным пребыванием в замкнутом пространстве и стрессовыми факторами. Приведена статистика распространенности заболевания в России и мире, а также проанализированы сложности диагностики и оказания медицинской помощи на борту судна. Особое внимание уделяется мерам профилактики заболевания, включая организацию рациона питания, соблюдение питьевого режима, управление стрессом и диспансерное наблюдение. Обсуждаются также подходы к метафилактике и роль санаторно-курортного лечения в предотвращении рецидивов. Сделан вывод о необходимости комплексного подхода к профилактике и лечению мочекаменной болезни среди моряков как важной медицинской и социальной проблемы.

Ключевые слова: мочекаменная болезнь; члены экипажа; морские суда; профессиональные риски; профилактика; метафилактика; медицинское обеспечение.

Для цитирования: Классовская М. И., Грасс Е. Ю. Мочекаменная болезнь у членов экипажа морских судов: профессиональные риски, профилактика и медицинское обеспечение. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2025;33(3):459—464. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2025-33-3-459-464>

Для корреспонденции: Классовская Мария Ивановна, старший преподаватель кафедры экономической теории, экономики и менеджмента ФГБОУ ВО «Государственный морской университет имени адмирала Ф. Ф. Ушакова», e-mail: mariaklass@list.ru

Klassovskaya M. I., Grass E. Yu.

THE UROLITHIASIS IN MEMBERS OF SEAGOING CRAFT CREW: PROFESSIONAL RISKS, PREVENTION AND MEDICAL SUPPORT

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

The work of crew members of sea crafts is associated with numerous occupational risk factors that can contribute to development of chronic diseases, including urolithiasis. This article considers main causes and mechanisms of development of urolithiasis among seamen, conditioned by characteristics of their professional activity: unbalanced diet, use of distilled water, physical loads, prolonged confinement in limited spaces and stress factors. The statistics of prevalence of urolithiasis in Russia and globally are presented. The complicity of diagnostics and provision of medical care aboard ships is analyzed too. The special attention is paid to such preventive measures as diet management, maintenance water intake schedule, stress management and dispensary monitoring. The approaches to metaphylaxis and role of sanatorium-resort therapy in prevention of disease relapses are discussed. The conclusion is made about importance of comprehensive approach to prevention and treatment of urolithiasis among seamen as significant medical and social problem.

Key words: urolithiasis; seaman; sea craft; occupational risks; prevention; metaphylaxis; medical care.

For citation: Klassovskaya M. I., Grass E. Yu. The urolithiasis in members of seagoing craft crew: professional risks, prevention and medical support. *Problemi socialnoi gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2025;33(3):459—464 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2025-33-3-459-464>

For correspondence: Klassovskaya M. I., the Senior Lecturer 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: mariaklass@list.ru

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support.

Received 16.06.2024

Accepted 30.10.2024

Введение

Работа экипажа морских судов связана с особыми условиями труда, которые включают замкнутое пространство, длительные рейсы, нерегулярный график работы, а также трудности в обеспечении сбалансированного питания, что приводит к развитию профессиональных заболеваний, одним из которых является мочекаменная болезнь.

Мочекаменная болезнь не только ухудшает качество жизни моряков, но и способна существенно

ограничить их профессиональную деятельность ввиду запрета на допуск в рейс при обострении заболевания дважды в год и чаще. Особенности условий работы на морских судах (нахождение в замкнутом пространстве, разделение рабочего дня на части, организация питания и снабжения питьевой водой, отсутствие врача на борту) усиливают значимость проблемы.

Цель статьи — анализ факторов, способствующих развитию мочекаменной болезни среди моряков, а также изучение возможных подходов к про-

филаксии и метафилаксии заболевания. Рассмотрение этой проблемы позволит определить основные направления сохранения здоровья членов экипажа и повышения эффективности их труда.

Материалы и методы

Объектом исследования являются члены экипажей морских судов, работающие в условиях, способствующих развитию хронических заболеваний, в частности мочекаменной болезни. Предметом исследования выступают профессиональные и бытовые факторы риска, связанные с условиями труда моряков, влияющие на развитие мочекаменной болезни, а также методы профилактики, диагностики и лечения данного заболевания в условиях морских рейсов и на берегу.

Проведен обзор научных публикаций, посвященных физиологическим и биохимическим аспектам развития мочекаменной болезни, особенностям ее диагностики, лечения и профилактики. Использованы данные отечественных и зарубежных исследований, указанных в списке литературы, для обоснования значимости проблемы и уточнения факторов риска.

Изучены международные и отечественные нормативные акты, регулирующие условия труда моряков и обеспечивающие сохранение их здоровья на судне, а также медицинские требования к членам морских судов:

- Постановление Правительства РФ № 742 «Об утверждении перечня заболеваний, препятствующих работе на морских судах»;
- Конвенция 2006 г. о труде в морском судоходстве;
- Справочник для моряков по Конвенции МОТ о труде в морском судоходстве (2006);
- Кодекс торгового мореплавания Российской Федерации от 30.04.1999 № 81-ФЗ (ред. от 28.02.2023) (с изменениями и дополнениями, вступил в силу с 21.05.2023);
- Международная конвенция СОЛАС (SOLAS, 1974);
- Руководство по обеспечению качества питьевой воды (Guidelines for drinking-water quality);
- Руководство по судовой санитарии (Guide to Ship Sanitation);
- ГОСТ Р 58880—2020 «Система питьевой воды на судах. Правила проектирования» — устанавливает требования к системам питьевой воды на морских и речных судах, включая обеспечение качества воды;
- Санитарные правила и нормы СанПиН 1.2.3685—21 «Гигиенические нормативы и требования к обеспечению безопасности и(или) безвредности для человека факторов среды обитания».

Для анализа влияния профессиональных факторов на развитие мочекаменной болезни у членов морских экипажей изучены статистические данные о распространенности мочекаменной болезни в России и других странах Восточной Европы за период

2005—2024 гг. Особое внимание уделено показателям заболеваемости среди мужского населения, составляющего основную часть экипажей морских судов.

Осуществлен анализ профессиональных факторов, характерных для работы моряков, включая:

- особенности питания (включая употребление дистиллированной воды, специй, дефицит овощей и фруктов);
- условия труда (вахтенный график, ограниченная подвижность, повышенные температуры);
- климатические условия (работа в тропиках, избыточная инсоляция, потеря жидкости).

Рассмотрены результаты медицинских исследований, подтверждающих связь между профессиональными условиями и риском развития мочекаменной болезни.

Проанализированы существующие подходы к профилактике мочекаменной болезни у моряков, включая рационализацию питания, обеспечение питьевого режима, рекомендации по физической активности, стресс-менеджменту и поддержанию психоэмоционального здоровья. Рассмотрены методы метафилактики, включая санаторно-курортное лечение. Все собранные данные были обобщены для формулирования выводов о значении профилактики мочекаменной болезни среди моряков и рекомендаций по ее реализации на борту судна и на берегу.

Результаты исследования

Исследованию вопросов профессиональных заболеваний моряков посвящены работы многих ученых транспортной отрасли. Так, К. В. Конфино определила, что моряки, которые работают на судах, перевозящих нефтеналивные грузы, могут получить хроническую интоксикацию, влекущую за собой функциональные расстройства нервной системы, изменение биохимического состава крови и/или появление катаральных симптомов [1].

Т. Н. Тимченко и М. В. Ботнарчук установили, что разбалансированное питание на борту судна может вызвать развитие язвенной болезни желудка, двенадцатиперстной кишки, гастрита, панкреатита [2].

Т. Н. Тимченко и О. П. Коперчук отметили, что работники машинного отделения судна с большим стажем работы рискуют приобрести профессиональную нейросенсорную тугоухость [3].

Но в процессе анализа трудов исследователей было выявлено отсутствие работ, посвященных изучению рисков мочекаменной болезни у экипажа морского флота.

Мочекаменная болезнь — системное заболевание, проявляющееся в образовании камней в верхних мочевых путях [4]. Эпидемиология заболевания такова: мужчины болеют в 3 раза чаще женщин, а рецидив возможен в 30—50% случаев в течение 5—10 лет после первого проявления. Прогнозируется, что до 15% населения планеты столкнется с мочекаменной болезнью в течение жизни [5].

В 2019 г. наибольшая распространенность этой болезни отмечена в странах Восточной Европы, в том числе в России. Темп прироста распространения мочекаменной болезни в России за период 2005—2019 гг. составил 35% (657 тыс. против 890 тыс.). В 2020 г. наблюдалось снижение случаев выявления заболевания по сравнению с 2019 г. (790 тыс.), что можно объяснить пандемией коронавируса, которая вызвала введение локдауна на российской территории, перепрофилирование многих урологических отделений в инфекционные, приостановку диспансеризации [6].

Для получения актуальной статистической информации был применен метод глубинного интервью. Респондентами выступили врачи-урологи, работающие в г. Новороссийске — крупнейшем морском порте России — и имеющие опыт работы с членами экипажа более 20 лет. За период 2021—2022 гг. по поводу мочекаменной болезни в среднем обращались до 30% пациентов. Число зарегистрированных случаев мочекаменной болезни в г. Новороссийске по сравнению с предыдущими годами было меньшим по причине продолжавшейся пандемии коронавируса. В 2023—2024 гг. оно вернулось к допандемийному уровню. Наиболее часто к врачам-урологам обращались мужчины в возрасте 50 лет и старше. У таких мужчин обычно наблюдается синдром нижних мочевых путей, связанный с гиперплазией предстательной железы, что приводит к нарушению оттока мочи и вызывает повышенный риск камнеобразования.

Учитывая тот факт, что в состав морского экипажа в основном входят мужчины, необходимо признать, что риски приобретения мочекаменной болезни достаточно высоки. А в связи с длительными сроками реабилитации пациентов и возможной потерей их трудоспособности это заболевание — актуальная медицинская и социальная проблема.

Обсуждение

По причинам возникновения мочекаменная болезнь делится на следующие типы:

- метаболический — нарушение обмена веществ, вызывающее мочекаменную болезнь;
- инфекционный — наличие инфекции, приводящей к воспалительному процессу в мочевыводящей системе;
- ятрогенный — прием лекарственных препаратов, который может вызвать мочекаменную болезнь;
- генетически детерминированный — наследственная предрасположенность к мочекаменной болезни;
- идиопатический — невозможно установить причину заболевания.

По локализации камней выделяют следующие типы мочекаменной болезни: нефролитиаз (почки), уретеролитиаз (мочеточники), цистолитиаз (мочевой пузырь), уретролитиаз (мочеиспускательный канал).

Образующиеся в процессе болезни камни врачи классифицируют по составу:

- оксалатные — связаны с несбалансированным питанием и потреблением воды в недостаточном количестве; могут повредить слизистую оболочку мочевыводящих путей, поскольку имеют шипы;
- уратные — также имеют метаболическую причину или могут быть связаны с наследственной предрасположенностью, их невозможно увидеть на рентгене, поэтому для выявления применяют ультразвуковое исследование и проводят анализ мочи;
- струвитные — появляются в результате инфекционного заболевания почек, активизирующего жизнедеятельность бактерий;
- цистиновые — мало распространены, появляются в результате наследственной предрасположенности;
- фосфатные — связаны с нарушением кислотно-щелочного баланса, обнаруживаются в процессе анализа мочи;
- камни смешанного состава — включают несколько видов конкрементов, например уратно-оксалатные.

К симптомам мочекаменной болезни можно отнести следующие: боль в поясничной области, гематурия (кровь в моче), частое мочеиспускание, тошнота и рвота, лихорадка [7].

Члены морского экипажа, которые имеют обострения мочекаменной болезни 2 раза в год и чаще, не допускаются к работе, согласно Постановлению Правительства РФ от 24.06.2017 № 742 «Об утверждении перечня заболеваний, препятствующих работе на морских судах, судах внутреннего плавания, а также на судах смешанного (река — море) плавания» [8]. В целях обнаружения этого и/или других заболеваний моряки должны проходить ежегодную медицинскую комиссию. В процессе ее прохождения моряк может умолчать о наличии симптомов мочекаменной болезни, в таких случаях врач-уролог отправляет его на компьютерную томографию для обнаружения камней. Если во время рейса член экипажа обращался за медицинской помощью, при репатриации он должен будет пройти углубленное обследование, а в дальнейшем проходить медицинскую комиссию перед каждым рейсом.

В случае хронического обострения мочекаменной болезни на борту судна необходимо предпринять экстренные меры. Согласно статистике, каждые 20 из 100 погибших моряков могли быть спасены, если бы первая медицинская помощь была оказана своевременно и правильно на борту судна [9]. Образовавшийся камень может перекрыть мочеточник, что приведет к задержке мочи, а моряк умрет от болевого шока и/или осложнения в виде сепсиса. Для купирования острого состояния мочекаменной болезни на борту судна членом экипажа могут быть приняты обезболивающие, которые вызывают расширение мочеточника и восстановление пассажа мочи. Но иногда могут потребоваться бо-

лее серьезные медицинские манипуляции, например установка катетера в почку, что невозможно осуществить в условиях рейса.

К тому же при диагностике заболевания член экипажа может спутать симптомы мочекаменной болезни с симптомами других острых заболеваний органов брюшной полости: печеночной коликой, острым аппендицитом, острым панкреатитом, перфоративной язвой желудка и двенадцатиперстной кишки [10]. Следовательно, растет значимость выявления и профилактики мочекаменной болезни до ухода моряка в рейс.

Факторы, которые способствуют развитию мочекаменной болезни, можно разделить на экзогенные и эндогенные [11] (см. рисунок).

Для работников морского флота наиболее значимыми факторами, способствующими развитию мочекаменной болезни, являются характер питания и образ жизни во время рейса. В основном в состав экипажа входят мужчины в возрасте от 25 до 50 лет, которые имеют повышенные риски приобретения мочекаменной болезни по сравнению с женщинами. Стоит также учитывать и регион плавания, в некоторых из них существуют негативные факторы, влияющие на развитие мочекаменной болезни.

Как упоминалось ранее, на судне существуют проблемы обеспечения сбалансированного питания: во-первых, дистиллированная вода, используемая на морском судне. На морских судах питьевая вода получается с использованием специальных технологий, позволяющих преобразовать морскую воду в пригодную для употребления. Основными методами являются системы обратного осмоса и дистилляционные установки.

Система обратного осмоса очищает морскую воду, пропуская ее через специальные мембраны, которые удаляют соли и другие примеси. Дистилляция, в свою очередь, основана на испарении воды с последующей конденсацией, что позволяет получить практически чистую воду. Дистиллированная вода имеет нейтральный pH (около 7), однако из-за отсутствия минералов она может влиять на кислотно-щелочной баланс организма. Постоянное употребление воды без минералов может привести к дефициту важных веществ. Кальций и магний играют важную роль в предотвращении образования камней в почках. Так, кальций помогает поддерживать баланс солей в организме, его недостаток может повлиять на риск образования кальциевых камней в почках.

На морских судах в регламентах водоподготовки предусмотрена замена картриджей с минералами, однако многие судовладельцы в целях финансовой экономии не всегда своевременно проводят их замену, что существенно снижает качество воды.

Экзо- генные	<ul style="list-style-type: none"> • Характер питания • Гиподинамия (снижение физической активности и нарушение образа жизни) • Возраст и пол • Экологические, географические, климатические факторы • Жилищные условия • Выбранная профессия и условия труда • Прием некоторых лекарственных препаратов
Эндо- генные	<ul style="list-style-type: none"> • Генетические факторы • Инфекции мочевыводящих путей и их анатомические изменения, которые приводят к нарушению оттока мочи • Эндокринопатия (нарушение деятельности эндокринных желез) • Метаболические и сосудистые нарушения в организме и почке

Факторы, способствующие развитию мочекаменной болезни.

Обеззараживание воды на судах осуществляется методами хлорирования, ультрафиолетового облучения, йодирования или озонирования; наиболее эффективным считается озонирование.

Качество питьевой воды на морских судах и судах внутреннего водного транспорта регулируется международными национальными нормативно-правовыми актами, а также стандартами [12—18].

Качество питьевой воды строго контролируется назначенными специалистами, а за исправность оборудования и организацию процесса отвечает старший механик судна. Анализы проводятся либо с использованием бортового оборудования, либо в лабораториях при заходе в порты. Проверки по MLC, СОЛАС и руководствам Всемирной организации здравоохранения включают контроль качества воды и условий хранения. Эти меры обеспечивают экипажу и пассажирам безопасные и комфортные условия на борту.

Во-вторых, на морском судне часто поварами работают граждане Индии или Филиппин, которые избыточно снабжают пищу специями, приправами и маринадами, что приводит к дестабилизации микрофлоры кишечника, вызывающей камнеобразование.

В-третьих, моряки, обладающие наследственной предрасположенностью к мочекаменной болезни или имеющие в прошлом ее проявления, должны соблюдать особую диету, включающую следующие элементы:

- суточный диурез (мочеиспускание) в объеме 2—2,5 литра, что требует большего потребления воды и возвращает нас к проблеме, выявленной в первом пункте. Большее потребление дистиллированной воды усиливает дестабилизацию микрофлоры кишечника и увеличивает риск приобретения мочекаменной болезни;
- потребление с пищей кальция в объеме от 1000 до 1200 мг в сутки, повышенное потребление овощей и фруктов;
- ограничение потребления соли до 3—5 г в сутки, белка до 0,8—1,0 г на 1 кг массы тела;

— контроль массы тела, осложненный спецификой работы морского экипажа (обязательной вахтенной службой).

Также несение вахтенной службы вызывает нарушение образа жизни моряков: работа в ночное время и отсутствие выходных дней для восстановления нервной системы влияют на психоэмоциональное и физическое состояние членов экипажа. Необходимо учесть, что работа экипажа в основном проходит на борту судна, т. е. в замкнутом пространстве, а некоторые специализированные суда даже не швартуются в порту, а грузятся на рейде (например, нефтеналивной флот). Следовательно, у моряка нет возможности обеспечить себя дополнительным питанием и лекарственными средствами, а еще это влияет на психоэмоциональное состояние человека.

Как сказано ранее, мужчины чаще женщин приобретают мочекаменную болезнь, особенно в возрасте 40—50 лет, обычно в этом возрасте моряки уже занимают высокие позиции в командном составе, что повышает уровень их ответственности на работе и необходимости быть здоровым.

Более высокие риски появления мочекаменной болезни отмечены у работников машинного отделения и в тропических условиях плавания. Это вызвано повышенными потоотделением и потерей жидкости с дыханием. Почки недополучают необходимый объем жидкости и работают в экстремальных условиях, а недостаток влаги приводит к камнеобразованию. Для палубной команды фактором риска может стать избыточная инсоляция в летнее время года и/или при нахождении в некоторых физико-географических регионах.

Заключение

Исследование показало, что при изучении мочекаменной болезни экипажа морского флота первостепенным является профилактика заболевания по следующим направлениям:

- рациональное сбалансированное питание, обогащенное овощами и фруктами, продуктами с высоким содержанием белка, умеренное потребление соли, соблюдение расширенного питьевого режима (30 мл на 1 кг массы тела в сутки);
- умеренная физическая активность, соблюдение режима сна и отдыха, контроль массы тела;
- ликвидация длительных стрессовых ситуаций и создание соответствующего микроклимата;
- интегральная профилактика — санация очагов хронической инфекции (кариеса, патологии ЛОР-органов, воспалительных заболеваний желудочно-кишечного тракта), лечение сопутствующих заболеваний и их осложнений (сахарный диабет, атеросклероз), обследование и лечение заболеваний паразитовидных желез, нарушение работы которых кратно увеличивает риск возникновения мочекаменной болезни;
- отказ от употребления алкоголя и курения, поскольку никотин обладает мощным сосудоу-

живающим свойством, что приводит к нарушению кровоснабжения органов мочевой системы.

С возраста 30 лет добавляются следующие мероприятия по профилактике мочекаменной болезни:

- диспансерное наблюдение, незамедлительное обращение к урологу при возникновении боли в поясничной области и животе;
- исключение бесконтрольного употребления БАДов и лекарственных препаратов.

Еще одним важным аспектом лечения мочекаменной болезни является метафилактика — комплекс лечебно-профилактических мер, направленных на предупреждение рецидива. Наиболее действенным методом метафилактики является санаторно-курортное лечение по урологическому профилю на бальнеологических курортах, например в Горячем Ключе (Краснодарский край) или Железноводске (Ставропольский край).

Таким образом, залогом сохранения здоровой мочеполовой системы моряка является профилактика мочекаменной болезни «на берегу».

Вышеперечисленные меры и соблюдение стандартов качества питьевой воды на борту морского судна позволят поддерживать высокий уровень качества воды и обеспечивать безопасность для экипажа и пассажиров.

Проанализировав способы снижения рисков приобретения мочекаменной болезни экипажем морского флота, можно предложить следующие рекомендации для судовладельцев:

- не реже одного раза в год, между рейсами, направлять членов экипажа морского флота с наследственной предрасположенностью к мочекаменной болезни или ранее уже проходивших лечение по этому поводу на санаторно-курортное лечение по урологическому профилю за счет судовладельца;
- своевременно осуществлять замену фильтров обратного осмоса и фильтров с минерализующими элементами для поддержания необходимого уровня кальция и магния.

Исследование не имело спонсорской поддержки.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Конфино К. В. Влияние производственных факторов на здоровье членов экипажа нефтеналивного флота. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2024;32(1):61—7.
2. 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.
3. Тимченко Т. Н., Коперчак О. П. Исследование проблемы профессиональной потери слуха у членов экипажа водных судов. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2023;31(6):1337—43.
4. Клинические рекомендации «Мочекаменная болезнь». Режим доступа: <https://oocr.ru/upload/iblock/b6a/KR7-MKB-Peresmotr-28.12.2023.pdf> (дата обращения 10.01.2024).
5. Wang Z., Zhang Y., Zhang J., Deng Q., Liang H. Recent advances on the mechanisms of kidney stone formation (review). *Int. J. Mol. Med*. 2021 Aug;48(2):149.

6. Каприн А. Д., Аполихин О. И., Сивков А. В. Заболеваемость мочекаменной болезнью в Российской Федерации с 2005 по 2020 гг. *Экспериментальная и клиническая урология*. 2022;15(2):10–7.
7. EAU Guidelines on Urolithiasis. Режим доступа: <https://endouroclinic.ru/media/file-galleries/xpbnya/EAU-Guidelines-on-Urolithiasis-2019.pdf> (дата обращения 10.01.2024).
8. Постановление Правительства РФ от 24 июня 2017 г. № 742 «Об утверждении перечня заболеваний, препятствующих работе на морских судах, судах внутреннего плавания, а также на судах смешанного (река — море) плавания». Режим доступа: <https://base.garant.ru/71705392/> (дата обращения 10.01.2024).
9. 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.
10. Борисов В. В., Дзеранов Н. К. Мочекаменная болезнь. *Терапия больных камнями почек и мочеточников*. М.: Российское общество урологов; 2013. 96 с.
11. Крючков И. А., Чехонацкая М. Л., Россоловский А. Н., Бобылев Д. А. Мочекаменная болезнь: этиология и диагностика (обзор литературы). *Бюллетень медицинских интернет-конференций*. 2017;7(2):517–22. EDN YHLZDJ
12. Международная конференция труда. Конвенция 2006 года о труде в морском судоходстве с поправками 2016 года. Моркнига. Режим доступа: https://www.morkniga.ru/files/shipowner/1597925400_Конвенция_2006_года_о_труде.pdf (дата обращения 11.01.2025).
13. Международная конвенция по охране человеческой жизни на море 1974 года СОЛАС 74. Текст, измененный Протоколом 1988 года к ней, с поправками (с изменениями на 24 мая 2018 года). Электронный фонд правовых и нормативно-технических документов. Режим доступа: <https://docs.cntd.ru/document/901765675> (дата обращения 11.01.2025).
14. Международный кодекс по системам управления безопасностью (ISM Code). Режим доступа: <https://www.imo.org/en/OurWork/HumanElement/Pages/ISMCode.aspx> (дата обращения 11.01.2025).
15. Руководство по обеспечению качества питьевой воды: 4-е изд. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2017 г. Режим доступа: <https://whodc.mednet.ru/en/main-publications/okruzhayushhaya-sreda-i-zdorove/kachestvo-vody/3572.html> (дата обращения 11.01.2025).
16. Руководство по судовой санитарии. 3-е изд. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2011. Режим доступа: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26290929/> (дата обращения 11.01.2025).
17. ГОСТ Р 58880—2020 «Система питьевой воды на судах. Правила проектирования» устанавливает требования к системам питьевой воды на морских и речных судах, включая обеспечение качества воды. Режим доступа: https://docs.cntd.ru/document/1200173875?utm_source=chatgpt.com (дата обращения 11.01.2025).
18. Санитарные правила и нормы СанПиН 1.2.3685—21 «Гигиенические нормативы и требования к обеспечению безопасности и (или) безвредности для человека факторов среды обитания». Режим доступа: <https://docs.cntd.ru/document/573500115?marker=6560IO> (дата обращения 11.01.2025).
19. Поступила 16.06.2024
Принята в печать 30.10.2024
20. REFERENCES
1. Konfino K. V. The impact of occupational factors on the health of oil tanker crewmembers. *Problems of Social Hygiene, Healthcare, and Medical History*. 2024;32(1):61–7 (in Russian).
2. Timchenko T. N., Botnaryuk M. V. Ensuring a balanced diet on board a ship as a measure to protect crew members' health. *Problems of Social Hygiene, Healthcare, and Medical History*. 2024;32(1):68–74 (in Russian).
3. Timchenko T. N., Koperchak O. P. Study of the problem of occupational hearing loss among crew members of waterborne vessels. *Problems of Social Hygiene, Healthcare, and Medical History*. 2023;31(6):1337–43 (in Russian).
4. Clinical Guidelines: Urolithiasis. Available at: <https://oorou.ru/upload/iblock/b6a/KR7-MKB-Peresmotr-28.12.2023.pdf> (accessed 10.01.2024) (in Russian).
5. Wang Z., Zhang Y., Zhang J., Deng Q., Liang H. Recent advances on the mechanisms of kidney stone formation (review). *Int. J. Mol. Med*. 2021 Aug;48(2):149.
6. Kaprin A. D., Apolikhin O. I., Sivkov A. V. Urolithiasis morbidity in the Russian Federation from 2005 to 2020. *Experimental and Clinical Urology*. 2022;15(2):10–7 (in Russian).
7. EAU Guidelines on Urolithiasis. Available at: <https://endouroclinic.ru/media/file-galleries/xpbnya/EAU-Guidelines-on-Urolithiasis-2019.pdf> (accessed 10.01.2024) (in Russian).
8. Decree of the Government of the Russian Federation No. 742 of June 24, 2017 “On the approval of the list of diseases preventing work on sea vessels, inland water vessels, and mixed (river-sea) vessels”. Available at: <https://base.garant.ru/71705392/> (accessed 10.01.2024) (in Russian).
9. Timchenko T. N. Improper first aid on board a ship as a risk factor for crew members' health issues. *Problems of Social Hygiene, Healthcare, and Medical History*. 2024;32(S1):659–63 (in Russian).
10. Borisov V. V., Dzeranov N. K. Urolithiasis. Therapy for kidney and ureteral stones. Moscow: Russian Society of Urology; 2013. 96 p. (in Russian).
11. Kryuchkov I. A., Chekhonatskaya M. L., Rossolovsky A. N., Bobilev D. A. Urolithiasis: Etiology and diagnostics (literature review). *Bulletin of Medical Internet Conferences*. 2017;7(2):517–22. EDN YHLZDJ (in Russian).
12. International Labour Conference. The 2006 Convention on Maritime Labour, as amended in 2016. Morkniga. Available at: https://www.morkniga.ru/files/shipowner/1597925400_Конвенция_2006_года_о_труде.pdf (accessed 11.01.2025) (in Russian).
13. International Convention for the Safety of Life at Sea, 1974 SOLAS 74. The text as amended by the 1988 Protocol thereto, as amended (as amended on May 24, 2018). Electronic fund of legal and regulatory documents. Available at: <https://docs.cntd.ru/document/901765675> (accessed 11.01.2024) (in Russian).
14. International Code of Safety Management Systems (ISM Code). Available at: <https://www.imo.org/en/OurWork/HumanElement/Pages/ISMCode.aspx> (accessed 11.01.2025).
15. Guidelines for drinking-water quality. 4th ed. Geneva: World Health Organization, 2017. Available at: <https://whodc.mednet.ru/en/main-publications/okruzhayushhaya-sreda-i-zdorove/kachestvo-vody/3572.html> (accessed 11.01.2025).
16. Guide to Ship Sanitation. 3rd ed. Geneva: World Health Organization, 2011. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26290929/> (accessed 11.01.2025).
17. GOST R 58880—2020 “Drinking water system on ships. Design rules establishes requirements for drinking water systems on sea and river vessels, including water quality assurance”. Available at: https://docs.cntd.ru/document/1200173875?utm_source=chatgpt.com (accessed 11.01.2025) (in Russian).
18. Sanitary rules and regulations SanPiN 1.2.3685—21 “Hygienic standards and requirements for ensuring the safety and (or) harmlessness of human factors”. Available at: <https://docs.cntd.ru/document/573500115?marker=6560IO> (accessed 11.01.2025) (in Russian).

Ботнарюк М. В., Лепехина Ю. А.

СОХРАНЕНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН-МОРЯКОВ В ТОРГОВОМ СУДОХОДСТВЕ

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

Многие судоходные компании поощряют представительство женщин в морской отрасли, предлагая программы их обучения и поддержки, однако исследования подтверждают, что низкий процент присутствия их на судах связан с тяжелой и опасной работой, негативно влияющей на здоровье и психологическое состояние. Проведенный в работе опрос показал, что специфика работы на судне и отсутствие связи с близкими людьми крайне негативно сказываются на эмоциональном состоянии членов экипажа, однако установлено, что при всех равных условиях женщины более подвержены риску развития депрессивного состояния по сравнению с мужчинами, что обусловлено как физиологическими, так и социокультурными факторами. В работе рассмотрены основные причины возникновения стресса и депрессии, изучено влияние стрессовых ситуаций на организм человека, а также даны рекомендации, направленные на сохранение психологического здоровья женщин-моряков с целью обеспечения комфортных условий работы на судне.

Ключевые слова: психологическое здоровье; женщина-моряк; стрессовые ситуации; депрессивное состояние; психологическая помощь.

Для цитирования: Ботнарюк М. В., Лепехина Ю. А. Сохранение психологического здоровья женщин-моряков в торговом судоходстве. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2025;33(3):465–471. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2025-33-3-465-471>

Для корреспонденции: Ботнарюк Марина Владимировна, д-р. экон. наук, профессор, 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., Lepekhina Yu. A.

THE MAINTENANCE OF PSYCHOLOGICAL 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

Many shipping companies encourage women to be represented in maritime industry by offering them training and support programs. However, research studies confirm that low percentage of presence of women on ships is related to hard and dangerous work negatively affecting health and psychological condition. The results of original survey demonstrated that specifics of working on ship and lack of communication with relatives have extremely negative effect on emotional state of female crew members. However, it is established that all things being equal, women are more at risk of development of depressive condition as compared to men, which is conditioned by both physiological and social cultural factors. The main causes of stress and depression among female seamen are considered. The impact of stressful situations on human body are considered. The recommendations targeted to preserving psychological health of female seamen in order to ensure comfortable working conditions on board are proposed.

Key words: psychological health; woman; female seaman; stressful situation; depression; psychological care.

For citation: Botnaryuk M. V., Lepekhina Yu. A. The maintenance of psychological health of female sailors in merchant shipping. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2025;33(3):465–471 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2025-33-3-465-471>

For correspondence: Botnaryuk M. V., doctor of economical sciences, 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 authors declare absence of conflict of interests.

Acknowledgment. The study had no sponsor support.

Received 03.08.2024
Accepted 30.10.2024

Введение

В настоящий момент наблюдается устойчивая тенденция включения в экипаж морского судна женщин, которые выбирают торговый флот с целью получения профессиональных навыков в навигации, астрономии, метеорологии, швартовых и грузовых операциях [1]. Несмотря на популяризацию морских профессий среди женского пола, их численность невелика. Поэтому присутствие женщины в качестве полноценного члена экипажа, выполняющего обязанности судоводителя или механика, пока является скорее исключением, чем нормой. Статистика показывает, что каждый год число девушек, желающих получить морскую профессию, увеличи-

вается, поэтому вопросами сохранения их здоровья в агрессивной для человека морской среде следует заниматься уже сегодня [2, 3].

Согласно сложившейся в настоящий момент морской практике, к женщине в составе команды относятся как к обычному члену экипажа, не уделяя должного внимания ее психологическому комфорту. Это не способствует быстрой адаптации к изменениям и сохранению психологического равновесия, препятствуя в определенной степени выполнению профессиональных обязанностей на должном уровне, что актуализирует необходимость более глубокого изучения данного аспекта.

Цель настоящего исследования состоит в изучении факторов, негативно влияющих на сохранение

психологического здоровья женщин-моряков, что позволит предложить соответствующие рекомендации, реализация которых повысит их эмоциональную устойчивость.

Материалы и методы

Базой для проведения исследования стали источники литературы, документы нормативно-правового характера, а также результаты эмпирических исследований, выполненных лично авторами.

С целью разработки рекомендаций по сохранению психологического здоровья женщин-моряков авторами проведен опрос, респондентами которого выступили капитаны дальнего плавания (в состав команды которых входили представительницы женского пола), женщины-судоводители и практикантки (курсанты высшего морского учебного заведения). Опыт работы в море у каждого капитана составил более 10 лет, а опыт выстраивания деловых отношений с женщинами, выполняющими должностные обязанности штурмана, — не менее двух контрактов (длительность которых составляла от 4 до 6 мес).

Для получения и обработки информации использованы социологический метод, методы анализа и синтеза.

Результаты исследования

Сегодняшние реалии показывают присутствие женщин в судовой команде не только в качестве обслуживающего персонала. Все чаще представительницы прекрасного пола входят в командный состав, занимая должности помощников капитана, электро- и судомехаников. Увеличивается и количество девушек-практиканток, которые по окончании высшего учебного заведения настроены работать в море.

В соответствии с подписанным договором, каждый член экипажа независимо от пола должен выполнять следующие функции в зависимости от занимаемой должности (см. рисунок).

Специфика работы моряка состоит не только в несении вахты, но и в выполнении должностных обязанностей. При этом график несения суточной вахты меняется в зависимости от нахождения судна на ходу (две вахты по 4 ч с 8-часовым перерывом) либо на стоянке (две вахты по 6 ч с 6-часовым перерывом, поскольку старший помощник капитана освобожден от несения вахты в связи с выполнением обязанностей, связанных с погрузочно-разгрузочными операциями). Таким образом, очевидно, что график работы моряка на судне достаточно напряженный, что негативно влияет не только на физическую, но и на психоэмоциональную составляющую здоровья человека.

Поэтому важным, как представляется авторам, является акцент на сохранении не только физического, но и психологического здоровья, причем особое внимание должно быть уделено женщинам-морякам вследствие недостаточной изученности данного вопроса.

Опрос женщин-моряков и девушек-практиканток (курсанты высшего морского учебного заведения, которые проходили плавпрактику на судах торгового флота) позволил установить факторы, негативно влияющие на состояние физического здоровья женщин на борту судна: смена часовых поясов, постоянные вибрации и шум, длительный период пребывания на ногах, перемены в расписании дня, недостаточный отдых и несбалансированное питание. Поскольку заключенные контракты составляют 4 мес и более, такой режим накладывает отпечаток на здоровье женщины из-за усталости, недостатка сна, морской болезни, что приводит к изменению ее психоэмоционального состояния. Появляется раздражительность, ухудшается концентрация внимания, настроение становится подавленным, нарастает беспокойство, снижаются работоспособность и мотивация.

Отрицательное воздействие на психологическое здоровье оказывают длительное отсутствие семьи и близких, ограниченные контакты с внешним миром, конфликты с коллегами и подчиненными, возможные аварии и чрезвычайные ситуации, которые приводят к развитию психологических проблем: депрессии, тревожности, панических атак и даже суицидальных мыслей.

Сложные условия, в которых работают моряки в течение длительного рейса, являются катализатором постоянного возникновения стрессовых ситуаций, причиной проявления синдрома эмоционального выгорания [4], что неблагоприятно влияет на психологическое здоровье, поскольку для женщин, принявших решение работать в мужской профессии, исключения не делаются. Они так же стоят вахты, выполняют иные обязанности, находясь при этом в узком кругу общения, который чаще всего представлен только мужчинами. А это, по словам респондентов, тоже определенный стресс, причем для всех членов экипажа.

Учитывая, что психологическое здоровье является залогом общего здоровья и благополучия человека, далее уделим этому вопросу более пристальное внимание.

В настоящее время проблемами психологического здоровья занимаются психологи, психотерапевты, психиатры, нейробиологи, психоаналитики и другие специалисты. Их сфера деятельности включает изучение причин и механизмов возникновения психических расстройств, методы их диагностики и лечения, способы профилактики и поддержания психологического благополучия.

На основании изученных трудов по данной проблематике выявлено, что не существует общепринятого определения понятия «психологическое здоровье», несмотря на то что ряд авторов рассматривали в своих исследованиях эту тему с различных позиций.

Психолог И. В. Дубровина считает, что психологическое здоровье — это состояние гармоничного развития личности, когда индивидум способен справляться с различными проблемами в жизни [5].

Капитан	Коммерческая переписка со всеми заинтересованными сторонами, а также общее руководство и контроль за членами экипажа судна.
Старший помощник капитана	Несение вахты в соответствии со своим графиком, составление ежедневных отчетов для судоходной компании, планирование палубных работ и грузовых операций.
2-й помощник капитана	Несение вахты в соответствии со своим графиком, составление ежедневных отчетов для судоходной компании, проверка и тестирование навигационного и радиокommunikационного оборудования, исполняет функции медицинского работника на борту, занимается навигационным планированием рейса.
3-й помощник капитана	Несение вахты в соответствии со своим графиком, составление ежедневных отчетов для судоходной компании, проверяет противопожарное и спасательное оборудование, подготавливает документы на приход/отход судна.
Старший механик	Ведение переписки с суперинтендантами технического отдела компании, планирование бункеровочных операций и расчет расхода топлива на судне, учет и инвентаризация расходных материалов и запчастей.
2-й механик	Несение машинной вахты. Проверка и тестирование технического состояния главных и аварийных двигателей, балластных, водоотливных и масляных систем, судовых технических средств пожаротушения, противопожарного и аварийно-спасательного оборудования и др. технических средств.
3-й механик	Несение машинной вахты. Регулярное обслуживание и ремонт оборудования по заведованию (топливное оборудование, дизель-генераторы, шлюпочные двигатели и др.)
4-й механик	Несение машинной вахты. Регулярное обслуживание и ремонт оборудования по заведованию (компрессоры и насосы, очистительные установки, инсенераторы и котлы, проведение анализа котельной и охлаждающей воды).

Краткая характеристика функций, выполняемых моряками в зависимости от занимаемой должности.

Некоторые ученые в данном понятии выделяют только отдельные элементы, например С. И. Оксанич. По ее мнению, психологическое здоровье — это устойчивая характеристика человека, с помощью которой он может ставить перед собой достижимые цели в жизни, при этом способен регулировать свое поведение с реальностью на психофизиологическом уровне до уровня ценностного ориентирования личности [6]. Взаимосвязь психологического здоровья с соматическим и репродуктивным

подчеркивает И. М. Розенберг [7]. О. В. Лебедева утверждает, что нарушения психологического здоровья можно оценить по росту показателей агрессивности, тревожности и конфликтности, а также неспособности к волевой регуляции поведения [8]. Также отмечено, что психологическое здоровье во многом зависит от волевых качеств личности и способности регулировать эмоциональные состояния [9]. Согласно подходу И. А. Слободчикова и А. В. Шувалова, психологическое здоровье рассматривается

как процесс, способствующий развитию личности по следующим оценочным критериям: самоуважение, позитивное отношение к окружающим, готовность проявлять толерантность и гибкость в общении с ними, устойчивость к воздействию стрессогенов и адекватные копинг-стратегии, коммуникативная компетентность, адаптивность, стремление к саморазвитию, активная жизненная позиция [10].

Рассматривается психологическое здоровье и как психосоциальная проблема. В данном случае авторы делают акцент на то, что психологически здоровым следует считать человека, который смотрит на жизнь через призму реалистичности, ищет и находит положительные стороны, может организовать свое поведение и деятельность, испытывает позитивные эмоциональные переживания. Его жизнь социально ориентирована, при определении своей жизненной позиции психологически здоровый человек следует нормам и ценностям, приемлемым для общества. Он эмоционально устойчив, коммуникабелен и готов взять ответственность за свои поступки [11].

Таким образом, на наш взгляд, психологическое здоровье — это состояние психики человека, при котором он способен эффективно функционировать в обществе, справляться с повседневными стрессами, адаптироваться к изменениям и сохранять психологическое равновесие.

Результаты проведенного исследования наглядно показывают, что деятельность на флоте — очень тяжелый труд, негативно отражающийся на здоровье, поэтому важно предпринимать соответствующие меры для поддержания физиологического и психологического состояния всех членов экипажа морского судна (особенно женщин ввиду их исключительного положения) на протяжении всего периода пребывания в море.

Обсуждение

Практикой определено, что все члены экипажа морского судна (как мужчины, так и женщины) подвержены постоянной готовности к принятию сложных решений и оперативной реакции на различные ситуации на борту. В этой связи особое внимание хотелось бы уделить рассмотрению вопросов, касающихся стрессовых ситуаций и развитию депрессии, поскольку работа в данной сфере требует высокой концентрации, стрессоустойчивости.

Стресс возникает в ответ на различные негативные события или ситуации в жизни человека и может привести к переживаниям, напряжению и беспокойству. Согласно статистическим данным, 77% людей регулярно физически ощущают, как стресс деструктивно влияет на их организм [12]. Первыми маркерами перенапряжения нашей нервной системы являются боль в мышцах, слабость, расстройство сна. В ответ на стресс активируется симпатический отдел центральной нервной системы, который вначале помогает нам приспособиться к стрессу. Но если он хронический, то запасы витаминов, макро- и микроэлементов, энергетические ресурсы начнут

истощаться. Апатия, усталость, резкий набор или уменьшение массы тела — сигнал, что стресс перешел в истощающую фазу. Стресс вызывает увеличение уровня гормона кортизола в крови, вырабатываемого надпочечниками. Кортизол — это стероидный гормон, высвобождаемый осью гипоталамус—гипофиз—надпочечники (НРА). Как основной эффектор реакции биологического стресса у людей он участвует в разнообразных физиологических, метаболических, иммунологических и психологических процессах, направленных на их успешное преодоление [13].

Рассмотрим, как реагирует организм на высокий уровень кортизола [14, 15].

1. Повышение артериального давления. Хронически высокий уровень кортизола и чрезмерная активность симпатического отдела нервной системы повышают тонус сосудов. Сосудистый спазм, скачки давления проявляются головными болями и прогрессированием сердечно-сосудистых заболеваний.
2. Снижение памяти и внимания. Во время хронического стресса в головном мозге идет постоянная круглосуточная работа, ее задача вывести человека из стресса. Нейроны работают на износ и не успевают восстанавливаться, что ведет к потере концентрации, ухудшению памяти, в голове возникает «туман».
3. Инсулинорезистентность. Постоянный выброс кортизола снижает чувствительность клеток к инсулину, что может привести к инсулинорезистентности и даже диабету.
4. Качество кожи. Избыточный кортизол подавляет выработку коллагена и эластина, провоцирует увядание кожи, приводит к появлению пигментных пятен.
5. Репродуктивная функция. Повышенный уровень кортизола приводит к повышенному содержанию мужских половых гормонов (андрогенов), что ведет к нарушению овуляции, репродуктивной функции и даже бесплодию.
6. Аутоиммунный тиреодит. Превышение уровня кортизола на постоянной основе приводит к сбою в работе иммунной системы, в результате которого происходит избыточный выброс гормонов и развитие аутоиммунного тиреоидита.

Все вышеперечисленные симптомы снижают эффективность работы организма вплоть до истощения и депрессии. При этом стоит подчеркнуть наличие сильной связи между уровнем кортизола и острыми стрессовыми ситуациями на борту судна.

Депрессия является серьезным психическим расстройством, характеризующимся устойчивым пониженным настроением, потерей интереса к жизни и утратой радости от повседневных занятий. Депрессия отражается и на физиологическом состоянии женщины:

- снижение уровня энергии и чувство усталости;
- сонливое состояние или бессонница;

— проблемы пищевого поведения (повышенный аппетит или его потеря, колебания массы тела).

В психиатрии принято различать следующие виды депрессии по происхождению [16]:

1. Эндогенная — предполагает наличие биологических факторов, таких как генетическая предрасположенность, нарушение обмена веществ в головном мозге, чередование депрессивных и маниакальных состояний. У людей с этим типом депрессии возникают тяжелые симптомы, которые включают потерю интереса к жизни, бессонницу, изменения массы тела, мышечную слабость.
2. Экзогенная — развивается под влиянием острых или хронических стрессовых факторов, поэтому люди могут испытывать чувство отчаяния, беспокойство, раздражительность и сонливость.
3. Соматогенная — связана с соматической, в том числе органической, патологией. Основными причинами могут быть неврологические, инфекционные, эндокринные, онкологические и другие заболевания.

На основании рассмотренных видов депрессии можно констатировать, что при работе на судах члены экипажа склонны как к эндогенному, так и к экзогенному типу депрессии.

Психические расстройства у членов экипажа могут привести к нежелательным последствиям, таким как суицид [17]. Согласно данным Всемирной организации здравоохранения, моряки занимают второе место в списке работников, наиболее подверженных суицидам [18]. Эту тему редко поднимают в морской отрасли, и многие моряки, подверженные тревоге, социальной изоляции, стрессу, нарушениям сна, из-за отсутствия знаний по психологии предпочитают не обращаться за консультацией к специалисту, желая сохранить конфиденциальность и не потерять работу (что дополнительно стимулирует развитие стресса, препятствуя лечению). На флоте это является серьезной проблемой, и требуется комплексный подход к ее решению.

Опрос, проведенный среди женщин и мужчин, имеющих опыт работы в торговом флоте, показал следующее. Во-первых, все без исключения респонденты подчеркнули, что крайне негативно на психологическое поведение моряка влияют специфика работы и отсутствие связи с домом или не очень хорошие новости. При этом если отрицательная информация связана с отношениями между супругами, то мужчины часто демонстрируют агрессию по отношению к женской составляющей экипажа (мнение женщин-респондентов).

Во-вторых, установлено, что депрессивным состояниям подвержены как мужчины, так и женщины, причем мужчины выходят из такого состояния значительно быстрее вследствие более широкого круга общения с лицами одинакового пола (мнение женщин, сложившееся в результате собственных

наблюдений во время длительного рейса). Респонденты-мужчины подчеркнули, что каждый справляется со стрессом и депрессией, опираясь на свой личный опыт и в соответствии с индивидуальными психологическими особенностями. Тем не менее они также отметили значимость для решения данной проблемы положительного психологического климата в коллективе, который формируется под влиянием ряда факторов, в том числе возможность вести «мужские разговоры», совместные походы в бассейн, сауну, спортзал, просмотр кинофильмов в комнате отдыха.

В-третьих, женщины-респонденты отметили, что во время рейса роль штатного психолога чаще всего выполняет капитан, который не реже одного раза в неделю в обязательном порядке проводит индивидуальные беседы с целью своевременного выявления проблемных аспектов. Как правило, задаются следующие вопросы, круг которых, безусловно, может меняться в зависимости от ситуации на борту:

- Каково общее самочувствие?
- Поддерживается ли связь с родными и близкими, какие новости?
- Имеются ли сложности или конфликты во взаимодействии с коллегами?
- Ощущается ли скрытая агрессия со стороны коллег?
- Нужна ли помощь в выстраивании отношений с подчиненными (поскольку в качестве респондентов выступили женщины, занимающие командные должности)?
- Есть ли просьбы и пожелания личного характера?

В конце беседы капитан всегда подчеркивает, что он находится на связи в любой момент и готов оказать содействие и поддержку.

Подводя итог, приходим к заключению, что вопросам сохранения психологического здоровья женщин на судах торгового флота уделяется недостаточное внимание, особенно вследствие того, что женщины в составе экипажа в настоящее время — скорее исключение, чем правило.

Заключение

Практикой установлено, что психологическое состояние женщины напрямую влияет на безопасность и эффективность ее работы, поэтому, на наш взгляд, еще до заключения контракта судовладелец должен организовать проведение курсов, тренингов и семинаров по управлению стрессом, коммуникации и конфликтам, тестирование для определения психотипа личности, что позволит членам экипажа справляться с трудностями и выстраивать позитивные отношения внутри команды.

Принимая во внимание, что под влиянием острых или хронических стрессовых факторов может не только ухудшиться психологическое здоровье, но и развиваться психическое заболевание, с целью снижения стрессовых ситуаций необходимо выполнять следующие рекомендации:

- Вести активный образ жизни, поскольку физические упражнения снимают напряжение и улучшают настроение.
- Постоянно коммуницировать с членами экипажа.
- Поддерживать связь с семьей и друзьями для избавления от чувства одиночества.
- Найти увлечения с целью расслабления и получения удовольствия.
- Заниматься медитацией, йогой, прослушиванием любимой музыки.
- В случае необходимости обращаться за профессиональной помощью к штатному психологу.

Авторы считают значимым подчеркнуть необходимость проведения для капитанов дополнительных курсов повышения квалификации «Искусство построения и ведения психологической беседы» с целью изучения и овладения определенными алгоритмами, навыками и правилами ведения консультативного диалога. Это позволит в разговоре с женщиной — членом экипажа сделать беседу более продуктивной, снизит уровень ее волнения и поможет решить выявленные в ходе общения психологические проблемы.

Следуя представленным рекомендациям, судоходная компания сможет разработать эффективную стратегию поддержания психологического здоровья женщин-моряков, повысить их работоспособность и снизить риск возникновения психологических и физиологических проблем, тем самым обеспечив безопасность на борту торгового судна.

Исследование не имело спонсорской поддержки.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ботнарйук М. В., Тимченко Т. Н. Меры сохранения психического здоровья моряков при работе на автономных надводных судах. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2024;32(S1):548—54.
2. Тимченко Т. Н. Меры предупреждения летальных исходов у женщин-моряков. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2025;33(1):59—64.
3. Ботнарйук М. В. Исследование проблемных аспектов сохранения здоровья женщин-моряков в торговом судоходстве. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2025;33(1):53—8.
4. Никонорова М. А. Проявление синдрома эмоционального выгорания в профессиональной деятельности моряков гражданского флота. *Психология. Историко-критические обзоры и современные исследования*. 2021;10(2A):101—11.
5. Дубровина И. В. Методика преподавания психологии в высшей школе: учебник. М.: Юрайт; 2021. 213 с.
6. Оксанич С. И. Психолого-педагогические условия сохранения и поддержания психологического здоровья студентов медицинского колледжа: Автореф. дис. ... канд. психол. наук. Самара; 2007. 221 с.
7. Розенберг И. М. Состояние репродуктивного, соматического и психологического здоровья пациенток, переживших массивные акушерские кровотечения: Автореф. дис. ... канд. мед. на-

ук. Волгоград: Волгоградский государственный медицинский университет; 2018. 24 с.

8. Лебедева О. В. Психологическое здоровье будущего педагога в образовательном пространстве педагогического вуза: Дис. ... д-ра психол. наук. Рязань; 2021. 485 с.
9. Алешичева А. В. Психологическое здоровье личности спортсмена: Автореф. дис. ... д-ра психол. наук. СПб.; 2022. 41 с.
10. Слободчиков В. И., Шувалов А. В. Антропологический подход к решению проблемы психологического здоровья детей. *Вопросы психологии*. 2001;(4):91—105.
11. Психологическое здоровье как психосоциальная проблема. Режим доступа: <http://www.teoriya.ru/ru/node/6974> (дата обращения 12.12.2024).
12. Пронина В. А. Влияние стрессовых ситуаций на здоровье человека. *Научный сетевой журнал «Столыпинский вестник»*. 2023;(3):1306—14.
13. Булгакова С. В., Романчук Н. П. Участие гормонов в процессах когнитивного и социально-эмоционального старения. *Бюллетень науки и практики*. 2020;6(8):97—129.
14. Розанов В. А. Стресс и психическое здоровье (нейробиологические аспекты). *Социальная и клиническая психиатрия*. 2013;23(1):79—86.
15. Saliva cortisol level as a strain parameter for crews aboard merchant ships. Режим доступа: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31056955/> (дата обращения 12.12.2024).
16. Депрессия — симптомы и лечение. Режим доступа: <https://probolezny.ru/depressiya/> (дата обращения 10.12.2024).
17. 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.
18. Что толкает моряков за борт? Режим доступа: http://www.sur.ru/ru/news/lent/2017-10-06/chto_tolkaet_morjakov_z_bort/ (дата обращения 15.12.2024).

Поступила 03.08.2024

Принята в печать 30.10.2024

REFERENCES

1. Botnariuk M. V., Timchenko T. N. Measures to preserve the mental health of sailors when working on autonomous surface vessels. *Problems of social hygiene, public health and the history of medicine*. 2024;32(S1):548—54 (in Russian).
2. Timchenko T. N. Measures to prevent fatalities of woman-seamen. *Problems of social hygiene, public health and the history of medicine*. 2025;33(1):59—64 (in Russian).
3. Botnaryuk M. V. The study of problematic aspects of maintaining the health of woman seafarers in merchant shipping. *Problems of social hygiene, public health and the history of medicine*. 2025;33(1):53—8 (in Russian).
4. Nikonorova M. A. Manifestation of the burnout syndrome in the professional activities of civil navy sailors. *Psychology. Historical and critical reviews and modern research*. 2021;10(2A):101—11 (in Russian).
5. Dubrovina I. V. Methods of teaching psychology in higher education: a textbook for universities. Moscow: Yurayt; 2021. 213 p. (in Russian).
6. Oksanich S. I. Psychological and pedagogical conditions for the preservation and maintenance of the psychological health of medical college students: specialty 19.00.07 “Pedagogical Psychology”: abstract of the dissertation for the degree of Candidate of Psychological Sciences. Samara; 2007. 25 p. (in Russian).
7. Rosenberg I. M. The state of reproductive, somatic and psychological health of patients who survived massive obstetric bleeding: Abstract of the dissertation of the Candidate of Medical Sciences:

Здоровье и общество

- 14.01.01. Volgograd: Volgograd State Medical University; 2018. 24 p. (in Russian).
8. Lebedeva O. V. Psychological health of a future teacher in the educational space of a pedagogical university: specialty 19.00.07 "Pedagogical psychology": dissertation for the degree of Doctor of Psychological Sciences. Ryazan; 2021. 485 p. (in Russian).
9. Alyoshicheva A. V. Psychological health of an athlete's personality: abstract of a dissertation for the degree of Doctor of Psychological Sciences. St. Petersburg; 2022. 41 p. (in Russian).
10. Slobodchikov V. I., Shuvalov A. V. An anthropological approach to solving the problem of children's psychological health. *Questions of Psychology*. 2001;(4):91–105 (in Russian).
11. Psychological health as a psychosocial problem. Available at: <http://www.teoriya.ru/ru/node/6974> (accessed 12.12.2024) (in Russian).
12. Pronina V. A. The impact of stress situations on human health. *Stolypin Annals*. 2023;(3):1306–14 (in Russian).
13. Bulgakova S. V., Romanchuk N. P. The participation of hormones in the processes of cognitive and socio-emotional aging. *Bulletin of Science and Practice*. 2020;6(8):97–129 (in Russian).
14. Rozanov V. A. Stress and mental health (neurobiological aspects). *Social and Clinical Psychiatry*. 2013;23(1):79–86 (in Russian).
15. Saliva cortisol level as a strain parameter for crews aboard merchant ships. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31056955/> (accessed 12.12.2024).
16. Magonova E. G. Depression — symptoms and treatment. Available at: <https://probolezny.ru/depressiya/> (accessed 10.12.2024) (in Russian).
17. 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).
18. What pushes sailors overboard? Available at: http://www.sur.ru/ru/news/lent/2017-10-06/chto_tolkaet_morjakov_za_bort_/ (accessed 15.12.2024) (in Russian).

Головань Т. В.

**ОБЕСПЕЧЕНИЕ МЕР ТЕХНИЧЕСКОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ ТАМОЖЕННЫМИ ОРГАНАМИ ПРИ ИМПОРТЕ
ЭЛЕКТРОННЫХ СИГАРЕТ КАК МЕРА ЗАЩИТЫ ЖИЗНИ И ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН**

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

С 2006 г. по всему миру начал формироваться тренд на курение различных электронных сигарет, которые приобрели колоссальную популярность за счет позиционирования производителями такой продукции как «безопасной» альтернативы традиционным сигаретам в совокупности с привлекательным дизайном и множеством вариаций вкусовых добавок. Электронные сигареты и их компоненты, относящиеся к никотинсодержащей продукции, ввозятся в Россию из других стран, и большая часть данной группы товаров является контрафактной. Компонентный состав жидкостей и табачной смеси, используемых в электронных сигаретах, демонстрирует наличие примесей и веществ, которые не являются безопасными для жизни и здоровья человека и способны пагубно воздействовать на сердечно-сосудистую и дыхательную системы, слизистую оболочку толстого кишечника, на нервную, эндокринную и репродуктивную системы.

Проведенное исследование позволило выявить недоработки в действующем законодательстве при ввозе электронных сигарет в Россию в части соблюдения мер технического регулирования с целью обеспечения безопасности жизни и здоровья граждан. Автором рассмотрены различные модификации электронных сигарет, проведен анализ нормативно-правовых документов, регламентирующих оборот никотинсодержащей продукции на территории России, выявлены недоработки в законодательстве и сформулированы соответствующие рекомендации для их устранения.

Ключевые слова: средство доставки никотина; система нагревания табака; вредные вещества; никотинсодержащая продукция; негативное влияние; таможенный контроль; контрафакт; технический регламент.

Для цитирования: Головань Т. В. Обеспечение мер технического регулирования таможенными органами при импорте электронных сигарет как мера защиты жизни и здоровья граждан. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2025;33(3):472—479. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2025-33-3-472-479>

Для корреспонденции: Головань Татьяна Викторовна, старший преподаватель кафедры таможенного права ФГБОУ ВО «Государственный морской университет имени адмирала Ф. Ф. Ушакова», e-mail: GolovanTatyanaV@gmail.com

Golovan' T. V.

**THE MAINTENANCE OF TECHNICAL REGULATION OF ACTIVITIES OF CUSTOM AUTHORITIES AT
IMPORT OF ELECTRONIC CIGARETTES AS MEASURE OF PROTECTION OF LIFE AND HEALTH OF
CITIZEN**

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

Since 2006, a world trend began to develop concerning smoking of various electronic cigarettes, which gained enormous popularity due positioning by manufacturers as "safe" alternative to traditional cigarettes, combined with attractive design and many variations of flavor additives. The electronic cigarettes and their components referred to nicotine-containing products are imported to Russia from other countries. The most of this group of goods is counterfeit. The component composition of liquids and tobacco mixtures used in electronic cigarettes demonstrates presence of admixtures and substances that are not safe for human life and health and can ruinously affect cardiovascular and respiratory systems, mucous membrane of colon, nervous, endocrine and reproductive systems.

The research study permitted to identify shortcomings in current legislation concerning import of electronic cigarettes to Russia, in terms of compliance with technical regulation measures in order to ensure safety of life and health of citizens. The various modifications of electronic cigarettes are considered. The analysis of normative legal documents regulating circulation of nicotine-containing production on territory of Russia was implemented. The shortcomings in legislation are established. The appropriate recommendations for their elimination are formulated.

Keywords: nicotine delivery means; tobacco heating system; harmful substances; nicotine-containing products; negative effect; customs control; counterfeit; technical regulations.

For citation: Golovan' T. V. The maintenance of technical regulation of activities of custom authorities at import of electronic cigarettes as measure of protection of life and health of citizen. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2025;33(3):472–479 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2025-33-3-472-479>

For correspondence: Golovan' T. V., the Senior Lecturer 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: GolovanTatyanaV@gmail.com

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support.

Received 18.06.2024

Accepted 30.10.2024

Введение

Индустрия табачной и никотинсодержащей продукции представляет собой одну из наиболее динамично развивающихся и прибыльных отраслей: по

оценкам Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), численность курящего населения в 2024 г. составила около 1,3 млрд человек [1], в Российской Федерации (РФ) численность курящего населения составила 48 млн человек — 31% общего числа насе-

Здоровье и общество

ления страны [2]. В данную категорию попадают не только потребители традиционных сигарет (18%, по данным Всероссийского центра изучения общественного мнения — ВЦИОМ, РФ [2]), но и набравшие колоссальную популярность в последние годы различные вариации электронных сигарет, или так называемые курительные девайсы.

Электронные курительные устройства приобрели популярность благодаря заявленной производителями безопасности для здоровья человека по сравнению с традиционными способами курения. Такая реклама на фоне пропаганды здорового образа жизни подтолкнула людей в условиях психофизических нагрузок и возникновения различных стрессовых ситуаций в жизни либо начать курить электронные сигареты, либо перейти с табачного курения на электронное, полагая, что такой вариант курения безопаснее. Однако уже сейчас есть медицинские исследования, подтверждающие негативное влияние современных курительных девайсов не только на сердечно-сосудистую и дыхательные системы, но и на нервную, эндокринную и репродуктивную системы [3—5].

Одной из особенностей электронных сигарет является наличие в них вкусовых добавок и ароматизаторов, которые создают приятные ощущения и скрывают процесс курения, что способствует быстрому увеличению числа потребителей, особенно среди молодежи, не имеющей опыта курения и желающей попробовать что-то новое. Привлекательные вкусовые качества электронных сигарет также увеличивают частоту и продолжительность их применения, что во много раз увеличивает количество никотина, поступающего в организм, по сравнению с обычными сигаретами и негативно отражается на здоровье человека.

Сегодня российский табачный рынок наглядно демонстрирует стремительное развитие и разнообразие «курительных девайсов», которые пользуются высоким спросом у потребителей. Такая продукция импортируется в РФ из Объединенных Арабских Эмиратов (ОАЭ), Германии, Южной Кореи, Китая и Болгарии, а также из стран — участниц Евразийского экономического союза (ЕАЭС): Армении, Белоруссии, Казахстана и Киргизии [6] — и подлежит таможенному оформлению и контролю при ее перемещении через таможенную границу ЕАЭС. Однако в своем интервью председатель комитета Государственной Думы по охране здоровья Сергей Леонов авторитетно заявил, что «более 80% жидкостей для электронных сигарет и всех новомодных „курительных девайсов“ являются контрафактными» [7], иными словами, ввозятся с нарушением таможенного законодательства ЕАЭС.

Очевидно, что опасность для здоровья человека при курении им электронных сигарет во многом связана с высокой долей их контрафакта. В этой связи важным, по мнению автора, является вопрос, обусловленный необходимостью обеспечения безопасности здоровья и жизни человека со стороны таможенных органов, одной из основных функций

которых является сохранение жизни и здоровья граждан.

Объектом исследования выступает порядок проведения таможенного контроля при ввозе электронных сигарет на территорию РФ в составе ЕАЭС в целях борьбы с ввозом контрафактной продукции для обеспечения сохранения жизни и здоровья человека.

Цель исследования состоит в том, чтобы на основе обзора и анализа нормативной базы, регламентирующей порядок ввоза табачной и никотинсодержащей продукции в Россию в рамках ЕАЭС, а также изучения заболеваний и пагубного влияния на здоровье человека курения современных курительных девайсов иностранного производства, в составе которых могут присутствовать опасные и вредные для здоровья примеси и вещества, обозначить перспективные направления по борьбе с ввозом контрафактной никотинсодержащей продукции со стороны таможенных органов.

Материалы и методы

Согласно обозначенной цели исследования были изучены труды отечественных медицинских работников В. В. Корняковой, Л. Н. Шипковой, В. И. Подзолкова, М. В. Ветлужской, А. А. Абрамовой, Т. И. Ишиной, К. И. Гарифуллиной, М. Д. Л. Оппедизано и Л. Ю. Артюх [3—5]. Вопрос изучения заболеваний и пагубного влияния на здоровье человека курения электронных сигарет является актуальным и нашел отражение во многих медицинских исследованиях. Тем не менее в них не рассматривается вопрос контроля со стороны государства при импорте электронных сигарет, в которых могут присутствовать вредные примеси и вещества, в то время как реклама и СМИ сформировали образ безвредности их курения, что является большим упущением. Обзор научных трудов по обеспечению таможенными органами сохранения жизни и здоровья человека при импорте иностранной продукции [8—11] посредством контроля за соблюдением мер технического регулирования в ее отношении позволяет убедиться в отсутствии исследований по обеспечению безопасности здоровья граждан при ввозе в РФ электронных сигарет.

Для раскрытия сущности международных и национальных требований по обеспечению сохранения жизни и здоровья граждан при курении электронных сигарет была рассмотрена и проанализирована следующая нормативно-правовая база:

- Решение Совета Евразийской экономической комиссии (ЕЭК) от 12.11.2014 № 107 «Об утверждении Технического регламента Таможенного союза (ТР ТС) «Технический регламент на табачную продукцию» (ТР ТС 035/2014)»;
- Решение Комиссии Таможенного союза от 09.12.2011 № 879 «Об утверждении ТР ТС „Электромагнитная совместимость технических средств“ (ТР ТС 020/2011)»;



Основные элементы, из которых состоит электронная сигарета, и принцип ее работы.

- Федеральный закон «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма, последствий потребления табака или потребления никотинсодержащей продукции» от 23.02.2013 № 15-ФЗ.
- Федеральный закон «О государственном регулировании производства и оборота табачных изделий, табачной продукции, никотинсодержащей продукции и сырья для их производства» от 13.06.2023 № 203-ФЗ;
- Постановление Правительства РФ от 28.02.2019 № 224 (ред. от 28.03.2024) «Об утверждении Правил маркировки средствами идентификации табачной и никотинсодержащей продукции и организации прослеживаемости табачной и никотинсодержащей продукции и сырья для производства такой продукции, а также об особенностях внедрения государственной информационной системы мониторинга за оборотом товаров, подлежащих обязательной маркировке средствами идентификации, в отношении табачной и никотинсодержащей продукции»;
- ГОСТ Р 57458—2017 Национальный стандарт РФ «Табак нагреваемый. Общие технические условия»;
- ГОСТ Р 58109—2018 Национальный стандарт РФ «Жидкости для электронных систем доставки никотина. Общие технические условия».

Для достижения поставленной автором цели проведен обзор и анализ нормативного поля на международном и национальном уровнях в рамках рассматриваемой тематики, а также проанализированы результаты, полученные специалистами в рамках обозначенной проблематики, опубликованные в престижных медицинских журналах. В исследовании применены методы изучения и обобщения опыта, исследовательский, экспертный и аналитический.

Результаты исследования

Набравшие за последние годы колоссальную популярность современные «курительные девайсы» в

основном ориентированы на молодое поколение и распространяются через различные мультимедийные платформы и социальные сети. Кроме того, привлекательный дизайн (например, для привлечения подрастающего поколения на электронное курительное устройство наносят персонажей мультфильмов) и множество вкусовых добавок, а также акцент производителей на «безопасность» от их употребления по сравнению с традиционными сигаретами часто влияют на выбор в пользу приобретения и курения таких устройств.

На российском рынке можно найти множество разнообразных электронных сигарет, самыми распространенными из которых являются электронные средства доставки никотина (СДН) и системы нагревания табака (СНТ), электронные кальяны, вейпы, испарители, а также устройства с безникотиновыми жидкостями, так называемые альтернативные СДН. Появление этих современных курительных устройств значительно способствовало росту интереса к курению и употреблению никотина, особенно, как уже отмечено, среди молодого поколения.

Первые образцы электронных испарителей начали разрабатываться еще с 1927 г., когда американский ученый Джозеф Робинсон оформил патент на аналогичное устройство, предназначенное для вдыхания медикаментов [12], а первые «курительные девайсы», похожие на современные, были изобретены китайским аптекарем Хон Линком, который для испарения никотинсодержащей жидкости предложил применять ультразвук, и уже с 2004 г. электронные сигареты появились на мировом рынке.

Современные электронные сигареты состоят из следующих составных элементов (см. рисунок): батарея или аккумулятор, светодиод, мундштук, атомайзер (входит картридж с резервуаром для жидкости; ультразвуковой испаритель, включающий фитиль и нагревательный элемент; чип и датчик воздушного потока).

Общепринятая классификация разновидностей электронных сигарет на сегодняшний день отсутствует, однако во многих исследованиях [3—5, 12] авторы подразделяют современные курительные устройства на две большие группы:

1. Электронная СДН — курительное устройство, которое генерирует жидкость в мелкодисперсный аэрозоль, после чего он вдыхается человеком. Электронные СДН бывают одноразовыми (курительное устройство, в котором все составные элементы объединены в единую конструкцию и не подлежат разборке) и многоразовыми (курительное устройство, в котором картридж с жидкостью или весь атомайзер подлежит замене). В таких курительных устройствах жидкости имеют низкую вязкость и текучесть, состав заявляется обычно из глицерина, пропиленгликоля, воды и ароматизаторов, а также никотина, который при регулярном употреблении вызывает привыкание. В таблице перечислены основные компоненты, входящие в состав жидкостей для СДН, с кратким пояснением их влияния на организм человека.

Весь компонентный состав, который производителями заявляется как безвредный, негативно влияет на здоровье человека. Кроме того, в некоторых исследованиях авторами приводятся данные о содержании вредных и опасных веществ и примесей в составе жидкости СДН, среди которых были выявлены соли тяжелых металлов (хром, свинец, никель), летучие органические соединения (формальдегиды, ацетон) [3, 12]. А в некоторых странах разрешено использование психоактивного компонента конопли в составе жидкостей для современных электронных СДН [4].

2. Электронная СНТ — курительное устройство для нагрева стиков (порционная расфасовка табачной смеси в бумажные трубки небольшого размера), табачное сырье в которых идет с добавлением или без добавления разнообразных примесей. Принцип курения такой же, как и у электронных СДН: за счет вдыхания аэрозоля, который образуется при нагреве табачной смеси в стике, но без горения этой смеси и образования табачного дыма.

Ранее отмечено, что производители посредством рекламы и СМИ пропагандируют, что электронные СДН и СНТ являются безопасной альтернативой традиционному курению, что создает у потенциальных потребителей такой продукции иллюзию, что вдыхаемый пар не только не опасен, но даже полезен для здоровья, поскольку при курении электрон-

ных сигарет отсутствуют продукты горения, что снижает воздействие вредных веществ на легкие. Тем не менее отсутствие продуктов горения при использовании электронных сигарет не исключает вреда, который никотин и другие вредные компоненты, входящие в состав жидкости в картридже, могут причинить организму человека. Контролировать количество никотина, поступающего в организм от курения СДН или СНТ, не представляется возможным, поскольку на их упаковках не указывается доза никотина, в отличие от традиционных сигарет.

Ввиду того что современные разновидности электронных сигарет заполнили мировой рынок относительно недавно и отсутствуют долгосрочные исследования о влиянии такой продукции на здоровье человека, многие авторы опасаются делать однозначные выводы о последствиях для здоровья человека курения современных курительных девайсов. Несмотря на это наличие вредных примесей и веществ в жидкости для СДН и табачных смесях для СНТ, которые очень часто обнаруживают в их составе, не являются безопасными и способны пагубно воздействовать на сердце, легкие, мозг (в контексте зависимости от никотина), слизистую оболочку толстого кишечника и ротовой полости. В то же время не вызывает сомнения факт, что при нагревании глицерина и пропиленгликоля (основные компоненты жидкости для электронных сигарет) образуются вещества, которые представляют угрозу и могут привести к различным онкологическим заболеваниям. Более того, в одном исследовании авторы отмечают, что по окончании проведения опыта на мышах (вдыхали пар от СДН и СНТ в дозах, эквивалентных 10 годам курения для человека) у этих особей были обнаружены опухоли в легких, мочевом пузыре и сердце [13].

Кроме того, в ряде случаев в ходе проведения таможенного контроля (при назначении таможенной экспертизы) при ввозе электронных сигарет на территорию РФ экспертами было обнаружено полное несоответствие фактического содержания никотина в жидкости для электронной СДН с тем, что заявлял производитель в компонентном составе [14], а иногда при проведении таможенной экспертизы элек-

Компонентный состав жидкостей для СДН и их влияние на организм человека

Наименование компонента	Влияние на организм человека
Пропиленгликоль (необходим для растворения ароматизатора)	Воздействует на дыхательную систему, способствует возникновению или обострению астмы, отека легких, бронхита, аллергии (заложенность носа, кожные высыпания), бронхоспазмов
Глицерин (улучшает вкус и парообразование)	Сухость во рту и носоглотке, обезвоживание кожи. Также создает благоприятные условия для размножения бактерий. Выделяет акролеин
Никотин	Нарушает нормальный газообмен в легких. Негативно сказывается на состоянии сосудов и нарушает циркуляцию крови, следствием чего являются раздражительность, головная боль и проблемы со сном. Вызывает сужение артерий (может привести к инфаркту), влияет на зрение и способствует выработке адреналина, увеличивая нагрузку на сердце. Раздражает слюнные железы, тем самым усиливает выделение слюны, и попадая в желудочно-кишечный тракт, негативно воздействует на пищеварительную систему, что может привести к развитию язвенной болезни. Провоцирует появление кариеса, налета на зубах, кровоточивость и воспаление десен. Стимулирует выработку гормона удовольствия (дофамина), что способствует развитию зависимости, провоцирует близорукость
Ароматизатор	Вызывает раздражение и способствует усилению воспалительных процессов в дыхательных путях
Акролеин	Раздражает слизистые оболочки глаз и дыхательных путей, вызывает кашель, затрудненное дыхание, боль в горле, тошноту

тронных сигарет и наполнителей к ним находили опасные для здоровья человека металлы: хром, свинец и никель.

Здесь важным является то обстоятельство, что концентрация всех представленных в таблице веществ и примесей сильно возрастает при перегреве электронного курительного устройства, что может привести к взрывам. Такие случаи зафиксированы по всему миру, в России тоже неоднократно были зарегистрированы случаи, когда электронное курительное устройство взрывалось прямо во рту человека. В сети Интернет представлено много случаев от взрывов электронных курительных девайсов: у 13-летнего мальчика взорвалось электронное СДН и он получил множественные осколочные ранения губ, носа, правой кисти и грудной клетки [15], 11-летний мальчик был госпитализирован после курения электронной СДН, 16-летний подросток после курения похожего курительного устройства получил множественные ожоги и лишился нескольких зубов, зафиксированы и случаи с летальным исходом от курения электронных СДН и СНТ.

Перечисленные случаи и последствия для организма человека от курения электронных сигарет (см. таблицу) подтверждают наличие риска и опасности для жизни и здоровья граждан, что обусловлено значительным количеством поддельной продукции, попадающей на российский рынок из других государств.

Обсуждение

На научной конференции ВОЗ по борьбе с табаком основной фокус был направлен на никотинсодержащую продукцию, нежели на табачные изделия: «колоссальный рост популярности электронных СДН и СНТ по всему миру, в особенности среди молодого поколения, требует внимания, не может этот вопрос игнорироваться, и в обязательном порядке необходимо установить соответствующее регулирование за оборотом никотинсодержащей продукции, чтобы минимизировать последствия от ее употребления» [16].

Анализ научных работ и нормативно-правовой базы, регламентирующей оборот электронных СДН и СНТ, а также составных компонентов к таким курительным устройствам, показал, что видится объективной необходимостью отнести такие «курительные девайсы» к конкретному виду продукции с целью устранения проблемных аспектов при государственном контроле со стороны таможенных органов в отношении такой продукции.

Безопасность и качество ввозимой продукции на таможенную территорию ЕАЭС подтверждаются предоставлением в таможенные органы разрешительной документации, которая свидетельствует о соответствии ввозимой продукции требованиям технических регламентов, содержащих нормы безопасности для жизни и здоровья человека при использовании ввозимой продукции. На импортные табачные изделия распространяются требования ТР ТС 035/2014. Однако, как следует из проведенного

исследования, электронные СДН и СНТ нельзя отнести к табачным изделиям, поскольку:

- согласно положениям ТР ТС 035/2014, табачные изделия представляют собой продукты, полностью или частично состоящие из табака или других частей табачного растения, предназначенные для курения за счет горения, а при употреблении электронных СДН и СНТ происходит вдыхание человеком мелкодисперсного аэрозоля без горения и образования табачного дыма;
- в составе жидкостей электронных СДН и СНТ, как следует из таблицы, отсутствуют табачное сырье и табак, соответственно, такая продукция не может считаться табачным изделием.

Данные обстоятельства обоснованно дают возможность сделать вывод, что электронные СДН и СНТ не подпадают под действие ТР ТС 035/2014.

Принимая во внимание тот факт, что в составе жидкостей присутствует никотин, видится логичным отнести их к никотинсодержащей продукции, к которой, согласно положениям Федерального закона от 23.02.2013 № 15-ФЗ «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма, последствий потребления табака или потребления никотинсодержащей продукции», относятся изделия, содержащие никотин, включая никотиновые соли, предназначенные для потребления никотина и его доставки посредством сосания, жевания, нюхания или вдыхания, в том числе изделия с нагреваемым табаком, растворы, жидкости или гели с содержанием жидкого никотина в объеме не менее 0,1 мг/мл, никотинсодержащая и безникотиновая жидкости, порошки и смеси для сосания, жевания, нюхания, и не предназначенные для употребления в пищу [17].

Поскольку электронные сигареты подпадают под определение никотинсодержащей продукции, при ввозе таких товаров в Россию из других государств необходимо предоставить в таможенные органы документ, подтверждающий соблюдение мер технического регулирования на соответствие требованиям технического регламента на ввозимую продукцию. Однако на сегодняшний день в нормативно-правовой базе ЕАЭС отсутствует технический регламент, который регламентировал бы установление единых стандартов для никотинсодержащей продукции, к которой относятся электронные СДН и СНТ, а также их наполнители.

Государства — участники ЕАЭС признают необходимость издания такого технического регламента, поскольку проблема пагубного влияния на жизнь и здоровье человека употребления электронных СДН и СНТ очевидна. Советом ЕЭК была предпринята попытка создания технического регламента по безопасности никотинсодержащей продукции, однако в силу он так и не вступил и создание такого документа осталось не реализованным.

В настоящее время при импорте электронных «курительных девайсов» на территорию РФ в рамках ЕАЭС таможенными органами предоставляются

Здоровье и общество

подтверждающий соблюдение мер технического регулирования документ на соответствие требованиям ТР ТС 020/2011 «Электромагнитная совместимость технических средств» в форме декларации о соответствии. Однако при изучении данного ТР ТС 020/2011 приходит понимание, что такую продукцию, как электронные СДН и СНТ, некорректно относить под действие данного регламента, поскольку в нем не учитывается, что, согласно положениям ФЗ № 15, такая продукция относится к никотинсодержащей и пагубно влияет на здоровье человека.

В РФ действуют два российских стандарта, регламентирующих требования государства к качеству подпадающей под действие таких стандартов продукции:

- ГОСТ Р 57458—2017: прописаны требования и критерии к нагреваемой табачной смеси, которая используется в стиках для электронных СНТ, их маркировке и упаковке, а также конкретизирует методы контроля за некоторыми веществами, которые выделяются при нагревании табачной смеси в стиках;
- ГОСТ Р 58109—2018: прописаны требования и критерии к качеству компонентов, входящих в состав жидкостей для электронных СДН. В данном стандарте устанавливается метод определения содержания никотина в жидкостях для электронных СДН, но, несмотря на это, некая методика или алгоритм по контролю за компонентным составом веществ и примесей, которые выделяются из жидкости в аэрозоль при курении СДН, полностью отсутствует.

Также обязательная цифровая маркировка с использованием средств идентификации в обязательном порядке должна быть нанесена на всю никотинсодержащую продукцию, в том числе на жидкости для заправки картриджей в электронных СДН, в соответствии с постановлением Правительства РФ от 28.02.2019 № 22 «Об утверждении Правил маркировки средствами идентификации табачной и никотинсодержащей продукции и организации прослеживаемости табачной и никотинсодержащей продукции и сырья для производства такой продукции, а также об особенностях внедрения государственной информационной системы мониторинга за оборотом товаров, подлежащих обязательной маркировке средствами идентификации, в отношении табачной и никотинсодержащей продукции». Основная идея при разработке данного документа заключалась в повышении безопасности граждан от потребления контрафактных электронных СДН и СНТ. Конечно, процедура нанесения цифровой маркировки обеспечивает возможность прослеживаемости всех этапов движения продукции от производителя к потребителю, однако в составе электронных СДН и СНТ могут присутствовать вредные и опасные вещества и смеси для организма человека, которые он вдыхает при курении, но даже не заявляются производителем в составе.

Кроме того, Федеральный закон ФЗ от 13.06.2023 № 203 «О государственном регулировании произ-

водства и оборота табачных изделий, табачной продукции, никотинсодержащей продукции и сырья для их производства», вступивший в силу с 2023 г., нацелен на системное государственное регулирование табачной отрасли в целом, а также на сокращение объемов нелегального оборота никотинсодержащей продукции. Однако, как и в других нормативно-правовых документах, нет прописанной методической базы по контролю за компонентным составом веществ и примесей, которые содержатся в электронных сигаретах, пагубно влияющих на здоровье человека.

Таким образом, к проблемным аспектам в отношении оборота импортных электронных СДН и СНТ на территории РФ следует отнести:

- отсутствие единых стандартов качества и безопасности, которые бы распространялись на компонентный состав жидкостей для электронных СДН и на табачные смеси в стиках для электронных СНТ;
- отсутствие методики по контролю за компонентным составом веществ и примесей, которые выделяются из жидкости в аэрозоль при курении СДН;
- отсутствие технического регламента, который бы устанавливал единый стандарт для никотинсодержащей продукции, к которой относятся электронные СДН и СНТ, а также их наполнители.

Налицо недоработка международного и национального законодательства, которое регламентирует оборот и идентификацию импортной никотинсодержащей продукции на территории России.

Заключение

Проведенное автором научное исследование в отношении оборота импортных электронных СДН и СНТ позволяет сделать вывод, что состав наполнителей таких электронных курительных устройств весьма разнообразен и включает в себя множество токсичных и канцерогенных веществ, а также вещества, которые могут вызывать серьезные повреждения легких и сердечно-сосудистой системы. Приобретение же контрафактных устройств, в составе которых при проведении таможенных экспертиз идентифицируются некачественные батареи или фактический состав жидкости отличается от заявленного производителем и содержит опасные для здоровья вещества, которые без ограничений продаются в каждом втором магазине, несмотря на запрет со стороны государства, приводит к летальным исходам.

С учетом выявленных потенциальных угроз для жизни и здоровья человека, а также в целях борьбы с ввозом контрафактной никотинсодержащей продукции и усиления таможенного контроля за соблюдением качества импортных курительных девайсов, а также всех составных элементов данных устройств, предлагается:

- разработать технический регламент в отношении никотинсодержащей продукции, к кото-

рой относятся электронные СДН и СНТ, а также их наполнители и все их составные компоненты. В таком техническом регламенте необходимо определить форму подтверждения соответствия требованиям безопасности (декларация о соответствии или сертификат соответствия), установить правила идентификации никотинсодержащей продукции, требования к маркировке, включая правила по ее нанесению, для обеспечения свободного оборота импортных электронных СДН и СНТ на всей территории ЕАЭС;

— внести изменения в ГОСТ Р 58109—2018: сформировать методическую базу для контроля состава веществ и примесей, выделяемых в аэрозоль из жидкости при курении электронных СДН, которые, как показал анализ в исследовании, могут негативно влиять на организм человека, имеют свойства накапливаться в организме, что впоследствии отразится на общем состоянии здоровья. За основу можно взять методическую базу по определению содержания никотина в такой продукции, которая установлена в этом же техническом регламенте.

По мнению автора, только комплексная реализация предложенных мер позволит обеспечить надлежащий контроль со стороны таможенных органов при борьбе со ввозом контрафактной никотинсодержащей продукции, что обеспечит безопасность для жизни и здоровья граждан.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Табак. Последствия. Официальный сайт Всемирной организации здравоохранения. Режим доступа: https://www.who.int/ru/health-topics/tobacco#tab=tab_2 (дата обращения 30.01.2025).
2. Дым без огня, или культура курения в России. Официальный сайт Всероссийского центра изучения общественного мнения. Режим доступа: <https://wciom.ru/analytical-reviews/analiticheskii-obzor/dym-bez-ognja-ili-kultura-kurenija-v-rossii> (дата обращения 30.01.2025).
3. Пашченко Д. А., Корнякова В. В. Влияние курения электронных сигарет на здоровье человека. *Научный вестник Омского государственного медицинского университета*. 2024;4(2):71—6.
4. Подзолков В. И., Ветлужская М. В., Абрамова А. А., Ишина Т. И., Гарифуллина К. И. Вейпинг и вейп-ассоциированное поражение легких. *Терапевтический архив*. 2023;95(7):591—6.
5. Оппедизано М. Д. Л., Артюх Л. Ю. Вейпинг как иллюзия ухода от курения. Новая опасность под маской безопасности. *Медицинский журнал Forcipe*. 2021;4(4):26—35.
6. Германия в два раза увеличила поставки сигарет в Россию. Почему растет импорт табака. Официальный сайт РБК. Режим доступа: <https://www.rbc.ru/business/01/06/2023/6474b2ef9a79470822b97cd4> (дата обращения 30.01.2025).
7. В Госдуме подготовлены поправки о запрете производства и ввоза в РФ вейпов. *Российская газета*. Режим доступа: <https://rg.ru/2025/01/28/v-gosdume-podgotovleny-popravki-o-zaprete-proizvodstva-i-vvoza-v-rf-vejgov.html> (дата обращения 30.01.2025).
8. Головань Т. В. Онлайн-оборот биологически активных добавок. Часть 1: Правовое регулирование в России онлайн-рынка импортных биологически активных добавок. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2024;32(2):162—8.

9. Головань Т. В. Онлайн-оборот биоактивных добавок. Часть 2: Таможенный контроль за оборотом импортных биоактивных добавок на маркетплейсах как мера защиты жизни и здоровья граждан. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2024;32(3):363—9.
10. Головань Т. В., Тонконог В. В., Арестова Ю. А. Проблемы безопасности должностных лиц таможенных органов при проведении досмотра контейнеров, обработанных фумигантами. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2022;30(4):592—9.
11. Головань Т. В. Обеспечение защиты жизни и здоровья должностных лиц таможенных органов от вредного воздействия радиационных материалов. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2023;31(S1):798—805.
12. Князева Ю. С., Соколова А. А., Куркин Д. В., Ганичева Л. М., Бакулин Д. А. Оценка распространенности использования электронных систем доставки никотина среди студентов. *Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики*. 2024;(1):77—98.
13. Кожевникова Т. Н., Геппе Н. А., Османов И. М., Герасименко Н. Ф., Машукова Н. Г., Ильенкова Н. А., Малахов А. Б., Чепурная М. М., Одинаева Н. Д., Саввина Н. В. Проблема табакокурения подростков: вчера, сегодня, завтра. *Педиатрия. Consilium Medicum*. 2021;(2):101—8.
14. Громокова Е. Д., Павленко О. В. Современные средства доставки никотина: анализ рынка и особенности идентификации в таможенных целях. *Молодежный вектор таможни*. 2023;1(4):33—6.
15. Огоньку нашлось: почему взрываются электронные сигареты. Газета «Известия». Режим доступа: <https://iz.ru/1356011/veronika-kulakova/ogonku-nashlos-pochemu-vzryvayutsia-elektronnye-sigarety> (дата обращения 30.01.2025).
16. Федеральный закон «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма, последствий потребления табака или потребления никотинсодержащей продукции» от 23.02.2013 № 15-ФЗ. Консультант Плюс. Режим доступа: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_449350/ (дата обращения 30.01.2025).
17. Федеральный закон «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма, последствий потребления табака или потребления никотинсодержащей продукции» от 23.02.2013 г. № 15-ФЗ. Консультант Плюс. Режим доступа: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_449350/ (дата обращения 30.01.2025).

Поступила 18.06.2024
Принята в печать 30.10.2024

REFERENCES

1. Tobacco. Effects. The official website of the World Health Organization. Available at: https://www.who.int/ru/health-topics/tobacco#tab=tab_2 (accessed 30.01.2025) (in Russian).
2. Smoke without fire, or the culture of smoking in Russia. The official website of the All-Russian Center for the Study of Public Opinion. Available at: <https://wciom.ru/analytical-reviews/analiticheskii-obzor/dym-bez-ognja-ili-kultura-kurenija-v-rossii> (accessed 30.01.2025) (in Russian).
3. Pashchenko D. A., Korniyakova V. V. The impact of smoking electronic cigarettes on human health. *Scientific Bulletin of Omsk State Medical University*. 2024;4(2):71—6 (in Russian).
4. Podzolkov V. I., Vetluzhskaya M. V., Abramova A. A., Ishina T. I., Garifullina K. I. Shaping and shape-associated lung damage. *Therapeutic Archive*. 2023;95(7):591—6 (in Russian).
5. Oppedizano M. D. L., Artyukh L. Y. Vaping as an illusion of quitting smoking. A new danger under the guise of security. *Medical Journal Forcipe*. 2021;4(4):26—35 (in Russian).
6. Germany has twice increased the supply of cigarettes in Russia. Why tobacco imports are on the rise. The official website of RBC. Available at: <https://www.rbc.ru/business/01/06/2023/6474b2ef9a79470822b97cd4> (accessed 30.01.2025) (in Russian).
7. The State Duma has prepared amendments to ban the production and import of vapes into the Russian Federation. Russian newspaper. Available at: <https://rg.ru/2025/01/28/v-gosdume-podgotovleny-popravki-o-zaprete-proizvodstva-i-vvoza-v-rf-vejgov.html> (accessed 30.01.2025) (in Russian).
8. Golovan T. V. Online turnover of biologically active additives. Part 1: Legal regulation of the online market of imported biologically active additives in Russia. *Problems of social hygiene, public health and the history of medicine*. 2024;32(2):162—8 (in Russian).

Здоровье и общество

9. Golovan T. V. Online turnover of bioactive additives. Part 2: Customs control over the turnover of imported bioactive additives on marketplaces as a measure to protect the life and health of citizens. *Problems of social hygiene, public health and the history of medicine*. 2024;32(3):363–9 (in Russian).
10. Golovan T. V., Tonkonog V. V., Arestova Yu. A. The problems of security of officials of customs agencies under carrying out customs inspection of containers treated by fumigants. *Problems of social hygiene, health care and history of medicine*. 2022;30(4):592–9 (in Russian).
11. Golovan T. V. Protecting the life and health of customs officials from the harmful impact of radiation materials. *Problems of social hygiene, public health and the history of medicine*. 2023;31(S1):798–805 (in Russian).
12. Knyazeva Yu. S., Sokolova A. A., Kurkin D. V., Ganicheva L. M., Bakulin D. A. Assessment of the prevalence of the use of electronic nicotine delivery systems among female students. *Modern problems of healthcare and medical statistics*. 2024;(1):77–98 (in Russian).
13. Kozhevnikova T. N., Geppe N. A., Osmanov I. M., Gerasimenko N. F., Mashukova N. G., Ilyenkova N. A., Malakhov A. B., Chepurnaya M. M., Odinaeva N. D., Savvina N. V. The problem of tobacco smoking in adolescents: yesterday, today, tomorrow. *Pediatrics. Consilium Medicum*. 2021;(2):101–8 (in Russian).
14. Gromakova E. D., Pavlenko O. V. Modern nicotine delivery systems: market analysis and identification features for customs purposes. *The Youth Vector of Customs*. 2023;1(4):33–6 (in Russian).
15. The light was found: why do electronic cigarettes explode. Newspaper «Izvestia». Available at: <https://iz.ru/1356011/veronika-kulakova/ogonku-nashlos-pochemu-vzryvaiutsia-elektronnye-sigarety> (accessed 30.01.2025) (in Russian).
16. Federal Law No. 15-FZ dated 02.23.2013 on the Protection of Citizens' Health from Exposure to Ambient Tobacco Smoke, the Consequences of Tobacco Consumption or Consumption of Nicotine-containing Products. Consultant Plus. Available at: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_449350/ (accessed 30.01.2025) (in Russian).
17. Federal Law No. 15-FZ dated 02.23.2013 on the Protection of Citizens' Health from Exposure to Ambient Tobacco Smoke, the Consequences of Tobacco Consumption or Consumption of Nicotine-containing Products. Consultant Plus. Available at: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_449350/ (accessed 30.01.2025) (in Russian).

Садыков Р. М.¹, Ахметов В. Я.¹, Большакова Н. Л.²**АРТ-ТЕРАПИЯ КАК ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩАЯ ТЕХНОЛОГИЯ В РАБОТЕ С ДЕТЬМИ ИЗ НЕБЛАГОПОЛУЧНЫХ СЕМЕЙ**¹ФГБНУ «Уфимский федеральный исследовательский центр Российской академии наук», Институт социально-экономических исследований — обособленное структурное подразделение, 450054, г. Уфа;²ФГБОУ ВО «Уфимский университет науки и технологий», 450076, г. Уфа

Представленная тема обусловлена потребностью исследования психосоциальных проблем детей из неблагополучных семей и поиска технологий их решения. Статья посвящена изучению здоровьесберегающих технологий арт-терапии в работе с детьми из неблагополучных семей. Установлено, что психосоциальные проблемы широко распространены среди детей и подростков. Так, по данным ВОЗ, их распространенность во всем мире оценивается в 10–20%. Эти проблемы могут серьезно мешать повседневной жизни и повышать риск плохой успеваемости в школе. Результаты исследования выявили эмоциональные (тревога, депрессивные чувства, замкнутое поведение, психосоматические жалобы), поведенческие (гиперактивность, агрессивное поведение, проблемы с поведением) и социальные (социальная замкнутость, отсутствие социальных контактов и взаимодействий) проблемы детей. Определено, что технология арт-терапии используется для повышения самооценки и самосознания, развития эмоциональной устойчивости, улучшения социальных навыков, активности и уменьшения стресса. Арт-терапия как социально-психологическая технология играет в последние годы большую роль в решении целого комплекса задач по сохранению психосоциального здоровья детей, особенно из деструктивных семей. Данный метод связан с раскрытием творческого потенциала личности, проявлением социальной активности, высвобождением ее скрытых энергетических резервов и в результате нахождением оптимальных способов их решения. Сделан вывод, что использование здоровьесберегающей технологии арт-терапии может предоставить детям из неблагополучных групп населения возможность решения психосоциальных проблем с помощью «самоизлечения», снижения уровня социальной напряженности, увеличения уровня эмоционального благополучия.

Ключевые слова: арт-терапия; социальная технология; здоровьесберегающая технология; семья; неблагополучная семья; неполная семья; дети; социальная проблема.

Для цитирования: Садыков Р. М., Ахметов В. Я., Большакова Н. Л. Арт-терапия как здоровьесберегающая технология в работе с детьми из неблагополучных семей. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2025;33(3):480–486. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2025-33-3-480-486>

Для корреспонденции: Садыков Рамиль Мидхатович, канд. социол. наук, доцент, ст. науч. сотр. Института социально-экономических исследований — обособленного структурного подразделения Уфимского федерального исследовательского центра Российской академии наук, e-mail: SadikovRM@mail.ru

Sadykov R. M.¹, Akhmetov V. Ya.¹, Bolshakova N. L.²**THE ART-THERAPY AS HEALTH-PRESERVING TECHNOLOGY AT WORK WITH CHILDREN FROM PROBLEM FAMILIES**¹The Institute of Social Economic Research — Detached Structural Subdivision of the Federal State Budget Scientific Institution “The Ufa Federal Research Center of the Russian Academy of Sciences”, 450054, Ufa, Russia;²The Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The Ufa University of Science and Technologies”, 450076, Ufa, Russia

The considered issue is conditioned by need in studying psycho-social problems of children from problem families and searching for technologies to resolve them. The article is devoted to study of health-saving technologies of art therapy applied to children from problem families. It is established that psycho-social problems are widespread among children and adolescents. According to WHO data, their prevalence worldwide is estimated at 10–20%. These problems can seriously interfere with daily life and increase risk of poor academic performance at school. The study revealed emotional (anxiety, depressive feelings, withdrawn behavior, psychosomatic complaints), behavioral (hyperactivity, aggressive behavior, behavior problems) and social (social isolation, lack of social contacts and interactions) problems of children. It is determined that art therapy technology is used to increase self-esteem and self-awareness, to develop emotional stability, to improve social skills and activity and to reduce stress. In recent years, art therapy, as socio-psychological technology, played important role in solving whole range of tasks to preserve the psycho-social health of children, especially ones from problem families. This method is associated with disclosure of personal creative potential, manifestation of social activity, release of one's hidden energy reserves and, as a result, finding optimal ways to resolve one's problems. It is concluded that application of health-saving art therapy technology can provide children from problem groups of population with opportunity to resolve psycho-social problems through “self-healing”, reducing level of social tension, increasing level of emotional well-being.

Keywords: art therapy; social technology; health-saving technology; family; problem family; incomplete family; children; social problem.

For citation: Sadykov R. M., Akhmetov V. Ya., Bolshakova N. L. The art-therapy as health-preserving technology at work with children from problem families. *Problemy socialnoi gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2025;33(3):480–486 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2025-33-3-480-486>

For correspondence: Sadykov R. M., candidate of sociological sciences, associate professor, the Senior Researcher of the Institute of Social Economic Research — Detached Structural Subdivision of the Federal State Budget Scientific Institution “The Ufa Federal Research Center of the Russian Academy of Sciences”. e-mail: SadikovRM@mail.ru

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

Acknowledgment. The study was carried out within the framework of the state assignment of the UIC RAS No. 075–00570–24–01 for 2024 and for the planning period of 2025 and 2026.

Received 11.07.2024

Accepted 30.10.2024

Введение

Семья, в которой конфликты, пренебрежение и плохое поведение постоянны и бесконечны, является неблагополучной. Современная наука и социальная практика определяют такие семьи как семьи с тревожными и уязвимыми системами. Среди членов семьи может быть огромное количество эмоциональных расстройств, сопровождающихся отсутствием заботы о детях и жестоким обращением с ними, ухудшением их здоровья. Неблагополучная семья — это семья, в которой наблюдается серьезная проблема или несколько проблем, отрицательно влияющих на здоровье, благополучие и развитие ее членов, особенно детей. Проблемы, которые существуют в неблагополучной семье, могут быть связаны с финансовыми и материальными трудностями, алкогольной или наркотической зависимостью, насилием в семье, разводом или отсутствием родительской заботы. В неблагополучных семьях дети могут страдать от недостатка внимания, материальных благ и питания, насилия, отрицательного влияния окружающей среды и ухудшения здоровья. Однако в каждом конкретном случае может быть свой набор факторов, характеризующих неблагополучность семьи. Неблагополучные семьи могут стать объектом внимания специалистов разных областей: социологов, социальных работников, психологов, врачей и юристов, способных предоставить семье поддержку и помощь в решении возникающих проблем. В некоторых случаях может потребоваться вмешательство государственных органов, например для защиты детей от насилия или отсутствия должного ухода.

Дети из проблемных семей считают данную ситуацию нормальной, поскольку они регулярно подвергаются воздействию этой среды и усваивают агрессивные модели поведения. В таких семьях постоянно присутствуют конфликты между родителями, родителями и детьми, между детьми. Безусловно, при комплексном решении проблем детей из деструктивных семей необходимо опираться на апробированные и доказанные методы, одним из которых является арт-терапия. Ее методы универсальны и могут быть адаптированы к различным задачам, начиная от решения проблем социальной дезадаптации и заканчивая развитием человеческого потенциала.

Целью настоящего исследования стало изучение здоровьесберегающей технологии арт-терапии в работе с детьми из неблагополучных семей.

Материалы и методы

Проблема использования арт-терапии в работе с детьми из неблагополучных семей достаточно хоро-

шо изучена в научной литературе и практике социальной работы. Однако вопросы исследования и применения арт-терапии в работе с детьми из неблагополучных семей продолжают оставаться актуальными и требуют дальнейшего изучения. Творчество помогает справиться со многими распространенными социальными, эмоциональными и поведенческими проблемами. Технологии арт-терапии помогают осуществить относительно безболезненный доступ к глубинному психосоциальному материалу, стимулируют проработку бессознательных переживаний, обеспечивая дополнительную защищенность и снижая сопротивление изменениям [1–4].

Проблема формирования социальной, психоэмоциональной сферы изучается отечественными и зарубежными учеными. Научно обоснованные исследования появились в начале XX в. и продолжают по настоящее время. Тревожность как социально-психологический феномен, его сущность, структура и типология изучались в трудах Л. С. Выготского, Л. И. Божович, В. Р. Кисловской, Л. Ф. Обуховой, А. М. Прихожана, Р. С. Немова, К. Хорни и др. В отечественной науке большое внимание арт-терапии уделяют А. И. Копытин, Н. А. Сакович, Н. О. Сучкова, Л. Д. Лебедева.

Эмпирической базой данного исследования стали материалы авторского социологического опроса 90 респондентов, проведенного среди неполных семей на базе кризисного центра помощи женщинам и детям г. Уфы Республики Башкортостан в 2023 г. Материалы исследования — данные федерального статистического наблюдения по Российской Федерации. Достижимость целей данного научного исследования обеспечивается применением комплекса общенаучных методов, среди которых логический, системный, сравнительный, функциональный и социологический. С помощью анализа данных официальной статистики и данных социологического исследования представлено современное положение неблагополучных семей в России.

Результаты исследования

Неблагополучная семья, конфликтная семья и семья в социально опасном положении — это понятия, описывающие проблемы, связанные с семейными отношениями, но имеющие разные значения. Конфликтная семья — это семья, в которой наблюдаются конфликты между ее членами. Они могут быть различной степени тяжести, от небольших споров до серьезных противоречий, которые способны привести к насилию или разводу. Семья в социально опасном положении — это семья, которая находится в опасной ситуации из-за низкого социально-экономического статуса или других факто-

ров, которые могут повлиять на ее благополучие. Например, это может быть семья, живущая за чертой бедности, или семья, в которой нет работы или стабильного дохода. Дети из неблагополучных семей — это дети, которые попали в сложную жизненную ситуацию и более всего подвержены негативным внешним воздействиям со стороны окружающей среды, в частности со стороны родителей. Отметим, что неблагополучные дети подвергаются двойному риску. С одной стороны, они страдают от последствий социально-структурных проблем своих родителей, с другой — очень интенсивно используют интернет, что означает доминирование в их социализации цифровых технологий. Социальное благополучие следует рассматривать не как монокаузальное, а как многомерное явление. Социально-экономические факторы (доход семьи и уровень образования родителей) важны, но нужно уделять особое внимание социально-эмоциональным условиям, это касается младших детей, поскольку семья остается наиболее важной средой, в которой социализируется молодое поколение.

Обращаясь к статистике неблагополучных семей в России, мы можем констатировать, что нет единого реестра данной категории семейных групп. В связи с этим официальные данные по числу неблагополучных семей в России могут отличаться в зависимости от используемых критериев. По результатам Всероссийской переписи населения (2020), в России насчитывается 24,5 млн семей, в которых более 30 млн представителей подрастающего поколения. Из них 61,5% семей с детьми составляют полные семьи, 38,5% — семьи с одним родителем. В каждой третьей семье (31,2%) воспитанием детей занимаются одинокие матери (материнские семьи), в 7,3% семей детей воспитывают одинокие отцы. Получается, что у большинства неполных семей в России «женское лицо», воспитанием детей занимаются одинокие матери (81,1% всех неполных семей). В последние годы доля неполных семей в России выросла с 21% в 2002 г. до 38,5% в 2021 г. [5]. На социально-экономическое положение, благополучие современной семьи влияют ее состав, количество и возраст представителей молодого поколения, жилищная обеспеченность, занятость и трудовая деятельность, уровень дохода, состояние здоровья членов малой группы и другие факторы. В 2021 г. численность населения с доходами ниже границы бедности составила 16,0 млн человек (11,0%), в 2022 г. — 14,3 млн (9,8%), в 2023 г. — 14 млн (9,5%).

Семьи в современных социально-экономических условиях развития общества ежедневно сталкиваются со множеством различных проблем и противоречий. Распространенными проблемами малоимущих семейных групп являются финансово-материальные, жилищно-бытовые, проблемы здоровья и образования детей, а также вопросы взаимоотношения внутри семьи, воспитания, поддержания и социализации детей. Наличие тех или иных острых противоречий приводит к дисбалансу и различным нарушениям функционирования особенно неблаго-

Доля бедных семей с детьми до 16 лет в Российской Федерации (в %)

Показатель	2018	2019	2020	2021	2022
Доля малоимущих домохозяйств с детьми в возрасте до 16 лет, в % к общей численности малоимущих домохозяйств	82,5	80,9	79,8	79,7	75,9
Из них:					
с одним ребенком	23,9	21,5	23,2	20,8	20,7
с двумя детьми	33,3	33,4	30,4	30,5	31,2
с тремя детьми и более	25,5	26,1	26,6	28,4	24,1

получных семей, справиться с которыми самостоятельно большинство домохозяйств не в состоянии, что обуславливает необходимость оказания помощи и поддержки со стороны государственных и негосударственных структур [6]. Прослеживается негативная тенденция, которая подтверждает сформировавшуюся закономерность: с рождением каждого следующего ребенка семья становится все более малоимущей и менее благополучной (см. таблицу) [5].

В семьях с одним или двумя детьми наблюдается положительная тенденция: происходит постепенное сокращение малоимущих детных семей. В многодетных семьях прослеживается противоположная картина: за последние годы, за исключением 2022 г., количество бедных многодетных семей увеличивается. Также стоит отметить, что в целом уменьшалась доля малоимущих семей с детьми: в 2018 г. данный показатель составлял 82,5%, в 2022 году — 75,9%. По официальным статистическим данным, большое количество детей в семьях наблюдается в основном в малообеспеченных и малоимущих домохозяйствах. Данное обстоятельство свидетельствует о том, что чем больше детей в семье, тем ниже уровень ее благосостояния. Это является отрицательной характеристикой и негативной тенденцией происходящих в обществе социально-демографических процессов [7].

Малообеспеченной и малоимущей семьей может выступать также неполная семья, которая находится в очень уязвимом положении, поскольку состоит только из одного родителя или лица, его заменяющего. Монородительской (неполной) семьей принято считать домохозяйство с одним или несколькими несовершеннолетними детьми, в котором по определенным причинам отсутствует один из родителей. Подрастающее поколение воспитывается в более простой социально-психологической среде, происходит изменение внутрисемейных статусов, ролей и связей, групповые социальные процессы становятся односторонними и неполноценными. Среди ключевых причин возникновения неполных семей в России специалисты выделяют следующие: увеличение числа разводов, рост числа внебрачных детей, смерть одного из родителей (высокая смертность среди мужчин), лишение родительских прав. Рассмотрим эти причины более детально. Исходя из выявленных причин выделяют несколько видов неполных семей: осиротевшая, распавшаяся, разведенная и внебрачная [8].

Развод является самой частой причиной возникновения неполных семей. В современном обществе активно снижается процент женщин и мужчин, которые состоят в законном браке, и наблюдается прирост численности разведенных людей среди населения. Основными причинами развода, как правило, служат алкоголизм, различность характеров, супружеская неверность, разные взгляды на определенные вещи и несхожесть интересов. В условиях современных реалий развод не считается чем-то запрещенным и противоестественным, наоборот, он носит характер массовости и актуальности как в России, так и за рубежом [9].

По данным официальной государственной статистики, в последние годы количество разводов увеличивается: в 2020 г. — 564 704 случая (3,9 развода на 1 тыс. населения), в 2021 — 644 209 (4,4 развода на 1 тыс. населения), в 2022 г. — 682 850 (4,7 развода на 1 тыс. населения). Количество браков также увеличивается: в 2020 г. — 770 857 браков, в 2021 г. — 923 550, в 2022 г. — 1 053 756 браков. За последние годы россияне стали реже создавать семьи, но при этом количество разводов тоже увеличилось [5]. На непосредственный рост неполных семей оказывает влияние ряд брачно-семейных отношений, например изменение морально-нравственных норм в обществе, неподготовленность молодого поколения к браку, изменение традиционных семейных ролей мужчин и женщин, появление новых завышенных требований к своему партнеру, проявления девиантного поведения со стороны партнера, увеличение практики добрачных связей, утрата семьей воспроизводственной функции [10].

По результатам социологического исследования, проведенного среди неполных семей на базе кризисного центра помощи женщинам и детям г. Уфы Республики Башкортостан, большинство обратившихся за помощью составляют женщины в возрасте 25—35 лет (60% всех обратившихся). Большая часть неполных семей образовались по причине развода супругов (55%) или появления внебрачной семьи (30%). Развод — это очень стрессовый и эмоциональный опыт, который сопровождается повышенным уровнем тревоги, гнева и депрессии, что приводит к различного рода конфликтам. Помимо этого, стоит отметить еще один немаловажный аспект: после развода мать остается одна, на нее ложатся все обязанности по уходу за ребенком. Для его обеспечения всем необходимым матери приходится много работать, порой не хватает времени, чтобы поинтересоваться жизнью собственного ребенка. В неполных семьях преобладают домохозяйства с одним ребенком, что подтверждается данными исследования (75% обратившихся — с одним ребенком). Основными проблемами неполных семей, по результатам исследования, являются: плохая материальная обеспеченность (45%), безработица (30%), психосоциальные проблемы и проблемы, связанные со здоровьем (15%).

Малообеспеченность и материально-финансовые проблемы являются одними из основных при-

чин возникновения неблагополучных неполных семей, поскольку в такой семье работает только один родитель или официальный представитель (опекун), а иногда такие семьи живут только на детские пособия или пособия по безработице, что довольно часто оставляет их за чертой бедности. Чаще всего трудовой доход женщины ниже дохода мужчины, часто доход от алиментов в значительной степени не покрывает и половины стоимости содержания детей [11, 12].

Проблемы семей с одним родителем могут быть разнообразными: материальные, медицинские, педагогические, психологические, социальные и др. Социальная деятельность и усилия государственных структур и общественных организаций направлены на решение проблем неполных семей [13]. В России на сегодняшний день более 1200 социальных служб оказывают помощь и содействие одинокому родителю в решении различных семейных проблем [14]. В России семьи с одним родителем имеют право на получение различных государственных льгот, выплат и пособий. В зависимости от статуса неполной семьи количество и характер этих прав могут различаться. Важным правом неполных семей является доступ к дополнительной социальной поддержке. Например, дети, потерявшие одного из родителей и оставшиеся сиротами, имеют право на страховую или социальную пенсию как потерявшие кормильца. Предоставление неблагополучным семьям государственной помощи в виде социального контракта направлено на снижение уровня бедности в стране, сохранение здоровья и благополучия детей.

Обсуждение

В отношении детей из неблагополучных семей нужно уделять должное внимание особенностям воздействия эмоционального и социального стресса, возникающего в результате проблемного поведения ребенка, на членов семьи, их неадекватному поведению из-за нарушения развития ребенка. Те подростки, которые воспитывались в неблагополучных семьях, чаще всего сталкиваются с трудностями в познавательном, ценностно-ориентационном, деятельностном аспектах [15].

Неблагоприятная ситуация возникает также, когда один из родителей хочет обратиться за помощью, а другой категорически возражает против этого, считая проблемы ребенка незначительными и вызванными воображением супруга. Ребенок, живущий в неблагополучной ситуации, а также ввиду асоциального поведения родителей или опекунов, не имеет возможности качественно реализовываться. Наоборот, именно в такой семье рождается конфликт личности ребенка с социумом и с самим собой. Неблагополучные дети, так же как и их родители, нуждаются в поддержке, чтобы справляться со своей повседневной жизнью в целом. Эта поддержка включает в себя усилия по борьбе с бедностью, социальной изоляцией, неравными возможностями в обществе и т. д. Детям, которые растут в соци-

ально неблагополучных семьях, часто бывает трудно воспользоваться возможностями, предоставляемыми государством. Поэтому каждой заинтересованной стороне общества необходимо разработать подходы, позволяющие всем гражданам использовать всю доступную информацию для активного участия в жизни социума. Существует много различных форм социального неблагополучия, поэтому не может быть одной-единственной программы, которая охватывала бы всех детей. И, безусловно, самым сложным вопросом в работе с неблагополучными семьями является вовлечение родителей в работу с детьми. Зачастую родители остаются равнодушными к проблемам своих детей или не видят в отношениях с детьми какой-либо проблемы [16]. И здесь на помощь родителям приходят здоровьесберегающие технологии арт-терапии в работе с детьми.

Термин «арт-терапия» впервые был введен в психологию в 1938 г. Адрианом Хиллом при описании работы с больными туберкулезом. В его работе отмечено, что занятия изобразительным искусством существенно улучшили их состояние [17]. Арт-терапия — метод художественной терапии, направленный на коррекцию эмоциональной, когнитивной, коммуникативной и регулятивной сфер личности, приводящий к раскрытию личностного и творческого потенциала [18]. Арт-терапия базируется на идее, что творческий процесс создания произведений искусства исцеляет и улучшает жизнь и является формой невербальной коммуникации мыслей и чувств. Арт-терапия основана на теории о том, что ранняя травма или конфликт развития могут быть недоступны для разрешения с помощью обычного вербального языка, а скорее хранятся в бессознательном в дословных формах сенсорного, кинестетического или воображаемого познания и связанных с ним эмоциональных переживаний, представленных на символическом языке. Процесс доступа к этим дословным способам познания и переживания требует развития преднамеренных терапевтических отношений или удерживающей среды, в которой терапевт настраивается на дословное сознание клиента, соединяется с ним и отражает его. Используя эмоциональное присутствие и сонастройку, специалист выбирает соответствующие художественные процессы, чтобы отразить эмоциональное состояние клиента и состояние отношений и, следовательно, способствовать появлению метафорического и символического языка, который реконструирует личное повествование клиента. Долгосрочная индивидуальная арт-терапия эффективна в содействии когнитивному и эмоциональному развитию, налаживании отношений и уменьшении деструктивного поведения у взрослых и детей.

В отношении подходов к определению арт-терапии Э. Ульман отмечала, что пропорции искусства и терапии в арт-терапии могут варьироваться в широких пределах, но все, что называется арт-терапией, должно искренне участвовать как в искусстве, так и в терапии. Таким образом, арт-терапия здесь опре-

деляется не соотношением искусства и терапии, а скорее областью, которая полностью охватывает как искусство, так и терапию в целом.

В арт-терапии применяются следующие теоретические подходы:

1. Психодинамический подход, основанный на теоретическом материале З. Фрейда и К. Юнга. Данная теория исходит из того, что некоторые неразрешенные внутренние конфликты могут быть решены с помощью арт-терапии.

2. Гуманистический подход. В данной теории применяется непредвзятый метод решения проблем в процессе проведения арт-терапии. Этот вид арт-терапии фокусируется на изучении эмоциональных конфликтов, самовыражении и самоактуализации людей.

3. Развивающий подход. В данном случае используются стадии развития художественного самовыражения — двигательные навыки и социальные взаимодействия в качестве основы для оценки и последующих вмешательств. Данный подход особенно полезен в работе с людьми с задержками в развитии: когнитивными, зрительными или слуховыми нарушениями и физическими недостатками. Анализируя существующие подходы к определению креативности, можно рассматривать ее как творческие возможности человека, проявляющиеся в чувствах, общении и мышлении [19].

Согласно резолюции Российской арт-терапевтической ассоциации, арт-терапия характеризуется как система психологических и психофизических лечебно-коррекционных воздействий, основанных на занятиях клиентов/пациентов изобразительной деятельностью, построении и развитии терапевтических отношений [20]. Отметим следующие задачи арт-терапии: снятие эмоционального (физического) напряжения, развитие личности, повышение самооценки, социальная адаптация и активность, улучшение коммуникации, помощь в поиске социально приемлемого выхода как позитивным, так и негативным чувствам [21]. Важно отметить, что существуют различные методы арт-терапии:

- пассивный («потребление» художественного произведения, созданного другим человеком);
- активный (создание собственных творческих продуктов);
- смешанный (использование имеющихся произведений искусства для создания своих).

Арт-терапия играет значительную роль в области психосоциального здоровья, реабилитации и медицины [22]. Одним из первых арт-терапевтов, работавших в основном с детьми, в 1940-х годах была Эдит Крамер. Она считала, что целебными свойствами обладает сама художественная деятельность и что из разрушительных и агрессивных чувств может возникнуть объект, который будет символизировать эти чувства и таким образом предотвращать их проявление. Многие из арт-терапевтов — основателей были учителями рисования, на них повлияло их собственное художественное образование, которое в конце 1930—1950-х годов тяготело к «ори-

ентированному на ребенка» подходу. Однако в этих теориях искусства был существенный недостаток: подчеркивалось «естественное» развитие ребенка, уделялось мало внимания тому факту, что социальные и культурные факторы могут оказывать как положительное, так и отрицательное влияние на ребенка или взрослого.

Заключение

Несмотря на то что в последнее время активно проводятся теоретические и практические исследования, направленные на изучение развития семьи, ее влияния на различные сферы личности, характер взаимоотношений между супругами, родителями и детьми, личностное развитие ребенка еще недостаточно изучены. По-прежнему считается достаточным ограничиться методическими рекомендациями для родителей в отношении образования и советах по воспитанию ребенка. Однако, как показывает общественная практика, несмотря на усилия специалистов, таких разработок недостаточно, поскольку из поля зрения исключается один аспект, требующий особого внимания, — личностные и межличностные особенности функционирования неблагополучных семей. На наш взгляд, решение проблемы психосоциальной адаптации семей данной категории, приобретения ими «комфортной ниши» следует искать в осуществлении социального и психологического воздействия не только на проблемного ребенка, но и на взрослых членов семьи.

Арт-терапия использует живопись, рисунок, скульптуру, музыку, танец, движение, драму, поэзию и творческое письмо в контексте консультирования, психотерапии, реабилитации и социальной адаптации. Основное внимание уделяется не только оценке произведений искусства, но и индивидуальному творчеству. В отличие от занятий изобразительным искусством, обучения рукоделию или рисованию, поощряются выражения произвольных внутренних спонтанных переживаний, когда нет необходимости задумываться о художественных достоинствах или «правильности» своих работ. Арт-терапия пытается примирить эмоциональные конфликты, фокусируется на самосознании, социальных навыках и поведении. Какая бы модель арт-терапии ни использовалась, личная осведомленность и рост будут происходить, по мере того как индивиды взаимодействуют с художественными материалами и узнают что-то о себе в процессе целенаправленного их использования. Эмоциональное состояние оказывает значительное влияние на формирование познавательной активности детей, стабильности интересов и самостоятельности выбора видов деятельности. Технология арт-терапии влияет на изменения социального и психического состояния детей из неблагополучных семей. Специалисты очень часто взаимодействуют с художественными материалами в качестве дополнительного средства понимания ребенком себя и окружающей среды. Ребенок способен направить свои боль, гнев, стыд и другие сложные чувства на создание произведений

искусства, которыми затем можно поделиться со специалистом.

Несмотря на многочисленные программы государственной поддержки семей в России, предоставляющие выделение материнского и семейного капитала, социальную помощь и льготы, проблема неблагополучных семей в России остается актуальной и требует дальнейшего внимания со стороны государства и общества.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Исследование выполнено в рамках государственного задания Уфимского федерального исследовательского центра Российской академии наук № 075-00570-24-01 на 2024 год и на плановый период 2025 и 2026 годов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Belozerova L., Guryleva L. Art-therapy as health-saving technology in social-psychological adaptation support among young teachers. *The Russian Journal of Physical Education and Sport*. 2018;13(4):83—8. doi: 10.14526/2070-4798-2018-13-4-101-108
2. Bosgraaf L., Spreen M., Pattiselanno K., Hooren Sv. Art Therapy for Psychosocial Problems in Children and Adolescents: A Systematic Narrative Review on Art Therapeutic Means and Forms of Expression, Therapist Behavior, and Supposed Mechanisms of Change. *Front. Psychol.* 2020. 11:584685. doi: 10.3389/fpsyg.2020.584685
3. Waller D. Art Therapy for Children: How It Leads to Change. *Clin. Child Psychol. Psychiatry*. 2006;11(2):271—82. doi: 10.1177/1359104506061419
4. Mittal S., Mahapatra M., Ansari S. Effect of Art Therapy on Adolescents' Mental Health. *Российский психологический журнал*. 2022;19(4):71—9. doi: 10.21702/rpj.2022.4.4
5. Федеральная служба государственной статистики. Режим доступа: <http://www.gks.ru> (дата обращения 05.06.2024).
6. Садыков Р. М., Большакова Н. Л. Модернизация института семьи через призму ее структурных и функциональных изменений. *Национальные интересы: приоритеты и безопасность*. 2021;5(398):968—82. doi: 10.24891/ni.17.5.968
7. Гришина Е. Е. Материальное положение многодетных семей и факторы роста их доходов. *Финансовый журнал*. 2024;(1):45—60. doi: 10.31107/2075-1990-2024-1-45-60
8. Рашитова Л. К. Монархическая семья как особый тип семьи. *Электронный научный журнал*. 2015;2(2):523—6. doi: 10.18534/enj.2015.02.523
9. Волошина И. Г., Воробьева Г. Е. Социально-педагогическое сопровождение неполной отцовской семьи. *Современные наукоемкие технологии*. 2019;(4):71—4.
10. Чуланов Д. М. Причины и социальные последствия разводов. *Вестник науки и образования*. 2020;13-2(91):61—3.
11. Прокофьева Л. М., Корчагина И. И. Неполные семьи с детьми в России: масштабы распространения и материальная поддержка. *Международный журнал гуманитарных и естественных наук*. 2020;9-1(48):172—9. doi: 10.24411/2500-1000-2020-11006
12. Селиванова О. В., Коробкова Н. Ю. Неполные семьи в регионах России: масштабы и социально-экономические характеристики. *Социально-трудовые исследования*. 2024;1(54):147—56. doi: 10.34022/2658-3712-2024-54-1-147-156
13. Садыков Р. М., Большакова Н. Л., Хамадеева Р. Х. Социальная деятельность негосударственных организаций в отношении семей с детьми. *Вестник университета*. 2021;(4):189—94. doi: 10.26425/1816-4277-2021-4-189-194
14. Петрова Ю. И., Гареева З. К. Социальная работа с неполными семьями. *Наука через призму времени*. 2021;7(52):71.
15. Кучина Н. Н., Данилова М. В. Социально-психологическая профилактика виктимного поведения подростков из неблагополучных семей. *Современный ученый*. 2021;(2):44—9.
16. Кошман Н. В. Социально-психологическая работа с семейным неблагополучием как важное условие защиты прав ребёнка в семье. *Сибирский международный*. 2018;20:52—6.
17. Богданец И. А., Сарманова А. Р. Арт-терапия: терапия искусством. *Вестник научных конференций*. 2019;6-2(46):29—30.
18. Самсонова Е. С. Арт-терапия: понятие и направления использования. *Медработник дошкольного образовательного учреждения*. 2017;(6):99—103.

19. Козырская И. Н., Зубеня Е. Ю. Использование методов арт-терапии в развитии креативности будущих учителей-дефектологов. *Научный потенциал*. 2020;2(29):27–30.
20. Саввинова К. П. Музейная арт-терапия как одна из форм социальной арт-терапии. *Вестник Северо-восточного федерального университета им. М. К. Аммосова. Серия: Педагогика. Психология. Философия*. 2019;3(15):39–42.
21. Шегеря В. Е. Арт-терапия как метод психокоррекционного воздействия. *Интеллектуальные ресурсы — региональному развитию*. 2020;(2):271–5.
22. Volkova O. A., Besschetnova O. V. Child abuse in Russia as a cause of social orphanhood. *World Appl. Sci. J.* 2013;26;12:1588–94.
9. Voloshina I. G., Vorobyova G. E. Socio-pedagogical support of an incomplete paternal family. *Sovremennye naukoemkie tekhnologii*. 2019;(4):71-4 (in Russian).
10. Chulanov D. M. The causes and social consequences of divorce. *Vestnik nauki i obrazovaniya*. 2020;13-2(91):61–3 (in Russian).
11. Prokofieva L. M., Korchagina I. I. Single-parent families with children in Russia: the scale of distribution and financial support. *Mezhdunarodnyj zhurnal gumanitarnykh i estestvennykh nauk*. 2020;9-1(48):172–9. doi: 10.24411/2500-1000-2020-11006 (in Russian).
12. Selivanova O. V., Korobkova N. Yu. Single-parent families in the regions of Russia: scales and socio-economic characteristics. *Social'no-trudovye issledovaniya*. 2024;1(54):147–56. doi: 10.34022/2658-3712-2024-54-1-147-156 (in Russian).
13. Sadykov R. M., Bolshakova N. L., Khamadeeva R. H. Social activity of non-governmental organizations in relation to families with children. *Vestnik universiteta*. 2021;(4):189–94. doi: 10.26425/1816-4277-2021-4-189-194 (in Russian).
14. Petrova Yu. I., Gareeva Z. K. Social work with single-parent families. *Nauka cherez prizmu vremeni*. 2021;7(52):71 (in Russian).
15. Kuchina N. N., Danilova M. V. Socio-psychological prevention of victimized behavior of adolescents from disadvantaged families. *Sovremennyy ucheniy*. 2021;(2):44–9 (in Russian).
16. Koshman N. V. Socio-psychological work with family problems as an important condition for protecting the rights of the child in the family. *Sibirskij mezhdunarodnyj*. 2018;20:52–6 (in Russian).
17. Bogdanets I. A., Sarmanova A. R. Art therapy: art therapy. *Vestnik nauchnykh konferencij*. 2019;6-2(46):29–30 (in Russian).
18. Samsonova E. S. Art therapy: the concept and directions of use. *Mezhdunarodnyj doshkol'nogo obrazovatel'nogo uchrezhdeniya*. 2017;(6):99–103 (in Russian).
19. Kozyrskaya I. N., Zubenya E. Yu. The use of art therapy methods in the development of creativity of future teachers-defectologists. *Nauchnyj potencial*. 2020;2(29):27–30 (in Russian).
20. Savvinova K. P. Museum art therapy as one of the forms of social art therapy. *Vestnik Severo-vostochnogo federal'nogo universiteta im. M. K. Ammosova. Seriya: Pedagogika. Psihologiya. Filosofiya*. 2019;3(15):39–42 (in Russian).
21. Shегerya V. E. Art therapy as a method of psychocorrective influence. *Intellektual'nye resursy — regional'nomu razvitiyu*. 2020;(2):271–5 (in Russian).
22. Volkova O. A., Besschetnova O. V. Child abuse in Russia as a cause of social orphanhood. *World Appl. Sci. J.* 2013;26;12:1588–94.

Поступила 11.07.2024
Принята в печать 30.10.2024

REFERENCES

1. Belozerova L., Guryleva L. Art-therapy as health-saving technology in social-psychological adaptation support among young teachers. *The Russian Journal of Physical Education and Sport*. 2018;13(4):83–8. doi: 10.14526/2070-4798-2018-13-4-101-108
2. Bosgraaf L., Spreen M., Pattiselanno K., Hooren Sv. Art Therapy for Psychosocial Problems in Children and Adolescents: A Systematic Narrative Review on Art Therapeutic Means and Forms of Expression, Therapist Behavior, and Supposed Mechanisms of Change. *Front. Psychol.* 2020. 11:584685. doi: 10.3389/fpsyg.2020.584685
3. Waller D. Art Therapy for Children: How It Leads to Change. *Clin. Child Psychol. Psychiatry*. 2006;11(2):271–82. doi: 10.1177/1359104506061419
4. Mittal S., Mahapatra M., Ansari S. Effect of Art Therapy on Adolescents' Mental Health. *Rossiiskij psihologicheskij zhurnal*. 2022;19(4):71–9. doi: 10.21702/rpj.2022.4.4 (in Russian).
5. Federal State Statistics Service. Available at: <http://www.gks.ru> (accessed 06.05.2024) (in Russian).
6. Sadykov R. M., Bolshakova N. L. Modernization of the family institution through the prism of its structural and functional changes. *Nacional'nye interesy: priority i bezopasnost'*. 2021;5(398):968–82. doi 10.24891/ni.17.5.968 (in Russian).
7. Grishina E. E. The financial situation of large families and the factors of their income growth. *Finansovyy zhurnal*. 2024;(1):45-60. doi 10.31107/2075-1990-2024-1-45-60 (in Russian).
8. Rashitova L. K. Single parent family as a special type of family. *Elektronnyj nauchnyj zhurnal*. 2015;2(2):523–6. doi 10.18534/enj.2015.02.523 (in Russian).

Костин А. А.¹, Рябов М. М.², Коновалов О. Е.¹

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ПАЦИЕНТОВ С ДИАГНОЗОМ РАК ПРЯМОЙ КИШКИ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

¹ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы (РУДН)» Минобрнауки России, 117198, г. Москва;

²ФГБОУ ВО «Ярославский государственный медицинский университет» Минздрава России, 150000, г. Ярославль

Обзор посвящен медико-социальным проблемам раннего и отдаленного послеоперационного периода у пациентов со злокачественными опухолями прямой кишки. При анализе данных литературы получена информация о том, что с первых дней после операции трудности адаптации затрагивают не только самого больного, но и его семью. Физиологические трудности приспособления к новым условиям жизни связаны не только с такими общими негативными факторами, как травматичность операции, кровопотеря, операционный стресс, но и с особенностями нового анатомического статуса желудочно-кишечного тракта. Наличие колостомы, недержание стула и газов часто приводят к социальной изоляции пациента как на уровне семьи, так и общества в целом. Ряд этических-деонтологических проблем отмечается во взаимодействии оперированного больного с лечащим врачом-онкологом на стационарном и амбулаторном этапах лечения. Сделан вывод о том, что только исчерпывающее и комплексное понимание медицинских, психологических и социальных аспектов проблем послеоперационного периода может привести к выработке программ по их эффективному решению.

Ключевые слова: рак прямой кишки; послеоперационный период; медико-социальные проблемы; качество жизни пациентов; социальная адаптация; обзор.

Для цитирования: Костин А. А., Рябов М. М., Коновалов О. Е. Медико-социальные и психологические проблемы пациентов с диагнозом рак прямой кишки в послеоперационном периоде (обзор литературы). Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2025;33(3):487—493. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2025-33-3-487-493>

Для корреспонденции: Коновалов Олег Евгеньевич, профессор кафедры общественного здоровья, здравоохранения и гигиены медицинского института ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов им. Патриса Лумумбы (РУДН)» Минобрнауки России, e-mail: kononov_oe@mail.ru

Kostin A. A.¹, Ryabov M. M.², Kononov O. E.¹

THE MEDICAL SOCIAL AND PSYCHOLOGICAL PROBLEMS OF PATIENTS WITH DIAGNOSIS OF RECTUM CANCER DURING POST-SURGERY PERIOD: THE PUBLICATIONS REVIEW

¹The Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education The Patrice Lumumba Peoples' Friendship University of Russia of the Minobrnauka of Russia (RUDN University), 117198, Moscow, Russia;

²The Federal State Budget Educational Institution of Higher Education "The Yaroslavl State Medical University" of Minzdrav of Russia, 150000, Yaroslavl, Russia

The review is devoted to medical social problems of early and late postoperative period in patients with malignant tumors of rectum. The analysis of publications provided information testifying that from the first days after surgery, adaptation difficulties affect not only patient, but also one's family. The physiological difficulties in adapting to new living conditions are associated not only with such general negative factors as traumatic nature of operation, blood loss and operational stress, but also with peculiarities of new anatomical status of gastrointestinal tract. The presence of colostomy, stool and gas incontinence often result in social isolation of patient at the level of both family and society. A number of ethical and deontological problems are noted in interaction of the operated patient with attending oncologist at in-patient and out-patient stages of treatment. It is concluded that only comprehensive and complex understanding of medical, psychological and social aspects of problems of the postoperative period can lead to development of programs for their effective solution.

Keywords: rectal cancer; postoperative period; medical and social problems; quality of life; patient; social adaptation; review.

For citation: Kostin A. A., Ryabov M. M., Kononov O. E. The medical social and psychological problems of patients with diagnosis of rectum cancer during post-surgery period: the publications review. *Problemy socialnoi gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2025;33(3):487—493 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2025-33-3-487-493>

For correspondence: Kononov O. E., doctor of medical sciences, professor, professor of the Chair of Public Health, Health Care and Hygiene of the Medical Institute of the Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education The Patrice Lumumba Peoples' Friendship University of Russia of the Minobrnauka of Russia. e-mail: kononov_oe@mail.ru

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support.

Received 11.07.2024

Accepted 30.10.2024

Введение

Колоректальный рак является третьей по распространенности злокачественной опухолью и второй по значимости причиной смерти от неоплазий в мире, с оценочным числом 1,8 млн новых случаев и около 881 тыс. смертей во всем мире ежегодно [1—5]. Кроме того, существует вариация эпидемиологи-

ческих характеристик между проксимальной и дистальной локализацией опухоли в различных возрастных и гендерных группах населения. Существуют значительные различия в заболеваемости колоректальным раком, распространенности и эпидемиологических тенденциях между разными странами и регионами мира, которые частично и полностью обусловлены различиями в воздействии факторов

риска, демографических характеристиках и генетических факторах, включая генетические мутации и их влияние на исход и ответ на терапию, между различными популяциями в разных географических регионах.

Несмотря на значительные успехи в разработке новых подходов к лекарственному и лучевому лечению неоплазий колоректальной локализации, хирургическое пособие остается единственным, обеспечивающим достаточный онкологический радикализм в борьбе с опухолевым процессом. В исследовании R. J. Кусейко и соавт. приведены результаты наблюдения 74 780 пациентов с диагнозом колоректальный рак. Из них 64 540 были оперированы, 10 330 получали лечение без хирургического компонента. При этом доля неоперированных пациентов с 2010 по 2018 г возросла с 11,3 до 18,6%. Получены достоверные различия в уровнях 5-летней выживаемости при сравнении двух описанных групп: 52,0% у пациентов с хирургическим лечением в анамнезе и 39,8% — без такового [6]. Однако операция, кроме удаления опухолевого очага, влечет за собой необходимость лечения пациента в послеоперационном периоде. Последнее включает целый ряд медико-социальных проблем, которым посвящен настоящий обзор.

Ранний послеоперационный период

В раннем послеоперационном периоде онкологический больной встречается сразу с несколькими проблемами адаптации. Первая проблема связана с неблагоприятными факторами операции. Это в первую очередь травма, кровопотеря, операционный стресс. Несмотря на то что многие операции в онкологическом стационаре выполняются в плановом порядке, уровень операционного стресса при них является высоким. В нашей клинике мы проводили исследования, связанные с изучением личностной и ситуативной тревожности до операции, проводимой в плановом порядке. Результаты сопоставляли с интраоперационным проявлением соматических стрессовых реакций. Корреляционный анализ показал, что наибольшая связь повышенной кровоточивости тканей, трудно контролируемой артериальной гипертензии существует с изначальным уровнем личностной, а не ситуативной тревожности ($r=0,77$ против $r=0,59$). В группе больных, вошедших в исследование, не оказалось лиц с низким уровнем личностной тревожности. Встречались только пациенты, имеющие среднее и высокие значения показателя (47,1 и 52,9% соответственно) [7].

Пациент после операции большого объема ослаблен, вынужден длительно голодать, имеет низкие ресурсы двигательной активности. Большинство онкологических операций носят калечащий характер, и для них роль операционной травмы особенно высока. Это влияет на взаимоотношения пациента с окружающими людьми, его доверие медицинскому персоналу, сохранение человеческих отношений с родственниками, посещающими его. Даже после операций с формированием анастомоза, когда не-

прерывность желудочно-кишечного тракта удается сохранить, развивается целый ряд осложнений, существенно влияющих на качество жизни пациента. Например, высокую частоту, по данным литературы, имеет синдром низкой передней резекции (LARS), который представляет собой ряд симптомов дисфункции кишечника, включая изменение частоты дефекации, нерегулярный ритм дефекации, недержание кала и запор. LARS встречается у 80% пациентов, перенесших сфинктеросохраняющую операцию, что влияет на качество их жизни наряду с социальной изоляцией. Для борьбы с LARS были предложены различные измерения и методы лечения, но систематический стандарт не был разработан [8].

Немалую роль играет стартовая социальная изоляция пациента в первые несколько суток после хирургического вмешательства. Это время практически каждый больной проводит в палате интенсивной терапии даже в случае неосложненного течения послеоперационного периода. Он оказывается один на один со всеми неблагоприятными вновь обретенными чертами своего организма: раны на животе, трубчатые и перчаточные дренажи, мочевого катетер, колостомы. Ему не с кем разделить этот дискомфорт, трудно спросить о вариантах адаптации. Медицинский персонал отделения реанимации и интенсивной терапии делает акцент на сохранение жизни каждого больного и стабилизации витальных функций в первые сутки после хирургического пособия. Зачастую ими упускаются психологические особенности людей, факторы операционного стресса, которые продолжают действовать и после завершения операции. В статье Р. Р. Губайдуллина описан так называемый «синдром последствий интенсивной терапии», или «ПИТ-синдром». Автор определяет данное состояние как комплекс ограничивающих повседневную жизнь больного социально-психологических, неврологических и соматических последствий пребывания в условиях отделения реанимации [9]. А. Л. Парфенов и соавт. сообщают о том, что в настоящее время науке известна лишь малая часть различно направленных медицинских последствий интенсивной терапии [10].

Будучи переведенным в общую палату, онкологический пациент особенно нуждается в непосредственном контакте с лечащим врачом. Это взаимодействие играет большую информационную, поддерживающую, мотивирующую роль в социальном статусе прооперированного больного. Именно здесь возникает следующая медико-социальная проблема — хирургическая и онкологическая специальность лечащего врача. Хирург большую часть рабочего времени проводит в операционной, оставшуюся тратит на написание медицинской документации. Многие врачи в связи с этим даже на перевязке смотрят пациентов не каждый день. Дополнительно включается интересный психологический аспект со стороны врача-онколога. В. А. Чулкова и соавт. приводят результаты анкетирования врачей, согласно которым 36,9% респондентов предпо-

Здоровье и общество

читают пациентов, желающих поправиться, настроенных на излечение, адекватно понимающих ситуацию заболевания. Однако в действительности онкологические пациенты — это страдающие люди с мучительными переживаниями и негативными эмоциями высокой интенсивности. Таким образом, полученные результаты отражают стремление специалистов избегать взаимодействий с больными [11].

У пациентов складывается ощущение отсутствия контроля над лечением, отсутствие самого лечащего врача в их жизни. Они начинают искать поддержки у младшего и среднего медицинского персонала, дежурных врачей, но в полноценном виде им это не удается. Большой вклад в продуктивный контакт пациента и лечащего врача вносит информационная его составляющая. Зачастую по охранительным соображениям родственники онкологического больного стараются оградить его от истинного понимания клинической ситуации, прогнозов и перспектив. Слова «рак», «опухоль», «метастазы» заменяются более мягкими и обтекаемыми терминами, не обозначающими ничего страшного и фатального. Но и эта медаль, к сожалению, имеет обратную сторону в социальном плане. Родственники и сам пациент начинают общаться с врачом словно на разных языках: первые — в реальном контексте, второй — в недосказанности и отсутствии конкретики. Хорошо если у больного срабатывают в этот момент собственные механизмы психологической защиты в форме дезактуализации и интеллектуализации, которые адаптируют его к сложившемуся положению дел. В противном случае описанная проблема усугубляет социальную изоляцию прооперированного человека. Адекватное информирование пациентов считается решающим в лечении рака, но потребность в информации и поведение пациентов с колоректальным раком имеют разную степень изученности. В Европе информированность пациентов имеет достаточно высокий уровень. Это хорошо демонстрируют результаты исследования в Нидерландах: пациенты ($n=259$) чувствовали себя хорошо информированными о своем лечении (86%), заболевании (84%) и программе последующего наблюдения (80%), но менее хорошо информированными о будущих ожиданиях (49%), питании (43%), рекомендуемой физической активности (42%) и наследственности рака (40%). Потребность в дополнительной информации по этим вопросам оставалась постоянной в течение первых пяти послеоперационных лет [12]. Было обнаружено, что эти пациенты в США хорошо информированы о своем заболевании и лечении, хуже — о снижении риска рецидива рака, улучшении образа жизни и потенциальной пользе от привлечения поставщика первичной медико-санитарной помощи к их лечению. Другими вопросами, которым во время наблюдения уделялось меньше внимания, были диета и лечение симптомов диспепсии [13]. В российском опросе 122 онкологических пациентов по данному поводу 26% респондентов сообщили что не получают от лечащего врача необходимую информацию о своем заболевании в

приемлемой и доступной форме, 27% ответили, что не знают, к кому обратиться, если им потребуется дополнительная информационная и психологическая помощь [14].

Отдаленный послеоперационный период

После выписки из онкологического стационара, когда многие ближайшие риски после операции большого объема, связанные с сердечно-сосудистыми и раневыми осложнениями, уже миновали, многое для пациента только начинается. Основные медико-социальные проблемы условно можно подразделить на трудности индивидуальной адаптации, вопросы приспособления семьи к новой жизни, психологическое привыкание к диагнозу и отсутствие постоянного наблюдения со стороны медицинских работников.

Индивидуальная адаптация делится на объективную и субъективную. Первая состоит в вынужденном расширении физической активности. В стационаре пациент не сталкивается с необходимостью перемещения на большие расстояния, приготовления пищи, занятий с детьми и т. п. Для многих активность в раннем послеоперационном периоде сводится исключительно к гигиеническим процедурам, посещению столовой и перевязочной. Активность пациента в период стационарного лечения часто остается без внимания лечащего врача. Он фокусируется на заживлении раны, общесоматическом статусе, анализе результатов инструментальных и лабораторных исследований в динамике. Однако отсутствие стимуляций к активности даже в ранние сроки после операции приводит к ослаблению мышечного аппарата, снижению адаптационных возможностей дыхательной, сердечно-сосудистой и вегетативной нервной систем. Попадая домой, пациент вдруг обнаруживает, что движение — жизнь. Здесь он нуждается в помощи, потому что расширять свою активность нужно грамотно и дозированно. Еще не подошел к концу процесс заживления раны (продолжается фаза реорганизации рубца и эпителизации), еще адаптируется к ежедневному функционированию в новой анатомической ситуации выведенная на переднюю брюшную стенку ободочная кишка. Пациент нуждается в корректном использовании абдоминального бандажа, обучении щадящим методам подъема с кровати и перехода в горизонтальное положение, правилам ухода за колостомой. Последняя упомянутая часть мероприятий во многих случаях осознается особенно трудно, потому что редко достигается понимание того, что это по сути часть гигиенических мероприятий, к моменту выписки не требующая асептики. Грамотный подход замещается брезгливостью, ипохондрией и эмоциональной регрессией. Однако при несоблюдении необходимых правил сам пациент создает предпосылки для развития отдаленных послеоперационных осложнений: вентральных грыж, параколостомических флегмон и т. д. В транснациональном анализе установлено, что общая сумма затрат на лечение параколостомических осложнений у пациентов,

оперированных по поводу рака прямой кишки, в США, Англии и Германии, составила 26 311 долларов США, 9512 фунтов стерлингов и 10 021 евро соответственно. Медиана выживаемости пациентов составила в том же порядке 11,5; 8,5 и 6,5 года [15].

Трудности после операции возникают у больных неоплазией прямой кишки в половой жизни. Т. Almont и соавт. сообщают о результатах обследования 487 пациентов после операции по поводу рака колоректальной локализации: 54% опрошенных сообщили о снижении либидо, 61% — об уменьшении частоты полового акта, 48% — о значительных затруднениях в достижении оргазма. Наиболее часто подобные жалобы имели место у пациентов, имевших недержание кала через 2 года после хирургического вмешательства. Показано, что описанные проблемы достоверно чаще беспокоят респондентов, оперированных по поводу рака прямой кишки, чем ободочной ($p=0,003$). Обращает на себя внимание, что только 20% мужчин и 11% женщин вспомнили, что обсуждали вопросы нарушений в половой жизни с лечащим врачом [16].

Субъективная часть индивидуальной адаптации пациента в отдаленном послеоперационном периоде определяется проблемой полноценной социальной активности и психологической составляющей жизни.

Отдельно следует сказать о возникших проблемах, связанных с измененным актом дефекации. Многие пациенты сталкиваются с тем, что после формирования колостомы вынуждены себя ограничивать в общении с окружающими, посещении общественных мест и мероприятий. Ободочная кишка, выведенная на переднюю брюшную стенку, в отличие от прямой кишки, не может выполнять накопительную функцию, в ней отсутствует терминальный замыкательный аппарат. В исследовании М. Karlekar и соавт. показано, что психосоциальный стресс, включая смущение и стыд, часто является результатом как самого рака, так и хирургических процедур, таких как наложение стомы. Отсутствие еще на стационарном этапе полноценной информации и обучающих технологий для жизни с колостомой приводят к тому, что пациенты, оказываясь один на один с данной проблемой в домашних условиях, не знают, как правильно поступать в различных ситуациях, на какие перспективы рассчитывать. Существуют проблемы адаптационного плана и у больных, которым во время операции непрерывность толстой кишки удается сохранить. В клинических наблюдениях после передней резекции прямой кишки с формированием колоректального анастомоза и брюшно-анальной резекции прямой кишки с низведением сигмовидной кишки в анальный канал часто регистрируют недержание стула и газов, учащенный стул. Все это связано с уменьшением либо утратой накопительного резервуара прямой кишки, а также адаптацией сфинктерного аппарата к новой анатомической ситуации. Даже частичная потеря контроля над дефекацией снижает социальную ак-

тивность пациентов и способствует их изоляции [17].

Ограничивают социальную активность также остаточный болевой синдром в области послеоперационных рубцов, необходимость пролонгированного ношения абдоминального бандажа.

Психологические проблемы начинаются у больных, когда они осознают, что теперь до конца жизни диагноз «рак» станет неотъемлемой ее частью. Страх прогрессирования заболевания, ощущение постоянно нависающей угрозы способны усиливать личностную тревожность и приводить к депрессии. Примечательно, что на ранних этапах послеоперационного периода внимание пациента забирает на себя необходимость двигательной адаптации, расширения рациона питания, заживление раны. В этой связи человеку порой некогда подумать о судьбе и отдаленных последствиях со стороны основного заболевания. В домашних условиях проблемы экзистенциального характера проявляют себя с особой остротой. В исследовании [18] приведены данные о том, что до 24% пациентов после лечения рака прямой кишки скрывают свой диагноз, до 30% предпочитают не распространяться о побочных эффектах проведенного вмешательства даже среди друзей и родственников, 15% респондентов сообщили, что отказались от близких отношений вообще с кем-либо.

Пациенты чувствуют себя брошенными после завершения хирургического и онкологического лечения. Они часто обращаются к интернету за рекомендациями по лечению поздних осложнений, хотя осознают, что возможности, основанные на полученных данных, ограничены. Проблемы со стулом существенно влияют на личную и профессиональную жизнь пациентов, требуя постоянной готовности к непредвиденной дефекации, использованию подгузников и постоянной необходимости в дополнительной одежде. Кроме того, пациенты испытывают сопутствующие неприятные симптомы: недержание мочи, усталость, боль и сексуальную дисфункцию, которые дополнительно влияют на их повседневную жизнь [19].

Повышенный уровень ситуативной тревожности стимулирует повышенное внимание больного к своему самочувствию. Мельчайшие проявления недомогания могут гиперболизироваться, обдумываться, требовать объяснения. Иными словами, излишнее заикливание на несущественных субъективных симптомах, именуемое также «больничной болезнью», которая развивается, как правило, незадолго до выписки у пациентов в связи с отсутствием прочих бытовых проблем и забот, продолжает проявляться и дома. В этот момент актуальными становятся психологическая поддержка и психотерапевтическая помощь [20].

Проблема семейной адаптации связана с тем, что новое физическое и психологическое состояние выписанного пациента определяет его поведение, содержание и манеру общения со своими домашними. С одной стороны, в человеке может бороться жела-

ние обрести дооперационный статус в социальном и бытовом плане и ощущение физической невозможности сделать это. Тогда больному кажется, что родственники излишне его опекают, чрезмерно проявляют заботу, считают беспомощным существом. Дополнительный негативный момент в родственные взаимоотношения онкологического пациента вносят трудности осознания им своего диагноза. При незавершенном принятии своей болезни больной автоматически может включить своих родных и близких в состав враждебного внешнего мира, который не в силах понять его беду, который обернулся против него по неизвестным причинам и позволил погибать от опухоли. Все это существенно меняет психологический климат в семье в целом, нарушает привычные формы общения и совместного времяпрепровождения.

Суть происходящих в семье онкологического больного изменений полнее всего отражает понятие «стресс». Стресс на уровне семьи признан актуальным фактором риска в современном обществе [21]. Рак как длительно протекающая болезнь названа в работах современных авторов в числе ведущих стрессовых факторов [22]. От его действия семья страдает как система, как организм. Родственники при этом вынуждены адаптироваться к проблемам медицинского и социального характера, особенностям заболевания, эмоциональной нестабильности, искать новые пути взаимодействия с больным и друг с другом [23]. В исследовании [24] выяснено, что после смерти одного из родственников у оставшихся членов семьи встречаются длительные депрессивные расстройства, меняется и характер общения между выжившими родственниками.

Напряженный эмоциональный фон способствует обострению и развитию у других членов семьи заболеваний сердечно-сосудистой системы и желудочно-кишечного тракта [25]. Наверное, трудно себе представить семью, которая оказалась бы полностью подготовленной к перечисленным отрицательным сторонам отдаленного послеоперационного периода у онкологического больного. На практике превентивную эффективность в этом направлении можно ожидать от организации обучающих программ: формирования групп психологической поддержки, создания школ семьи онкологического пациента. Пользу могут приносить как очные формы общения с использованием формата тренингов и семинаров, так и дистанционные: общение по телефону доверия и консультации с применением технологий телемедицины [26].

Как индивидуальную, так и семейную адаптацию к жизни в отдаленном послеоперационном периоде осложняет проблема отсутствия доступной специализированной онкологической помощи. Находясь в стационаре, сам пациент и его родственники привыкают к ежедневным обходам лечащего врача, проявлению внимания к состоянию здоровья. Внимательные и опытные специалисты при контакте с пациентом обычно готовы доступно интерпретиро-

вать любые изменения его самочувствия вплоть до мельчайших деталей. И вдруг на их месте возникает пустота. Несколько сглаживается эта ситуация у пациентов, которым после операции назначают химиотерапию. Они вновь возвращаются в онкологический стационар и находят возможность проконсультироваться с врачом по всем интересующим вопросам.

Однако если пациент направлен под наблюдение онколога поликлиники, то проблема отсутствия квалифицированной помощи ощущается особенно остро. Обеспеченность амбулаторного звена врачами-онкологами невысока, и записи на прием в ряде регионов приходится ждать продолжительное время. И главное, результат ожидания вполне может разочаровать как самого пациента, так и его родственников. Большинство работающих в поликлинике врачей-онкологов, особенно на периферии, не имеют опыта работы в стационаре. Они не выполняли и зачастую даже не видели тех объемных операций, после которых к ним приходят на прием пациенты. Многие врачи поликлиник имеют лишь первичную специализацию по онкологии, а основной профиль у них, как правило, терапевтический либо общая врачебная практика. В части случаев функции онколога оказываются возложены на хирурга, терапевта, уролога в связи с отсутствием в лечебно-профилактическом учреждении профильных специалистов.

Заключение

В послеоперационном периоде у пациентов, перенесших хирургическое пособие по поводу рака прямой кишки, есть целый ряд трудно решаемых медико-социальных и психологических проблем, большая часть которых связаны с индивидуальной и семейной адаптацией к новым условиям существования, снижением качества жизни и вынужденной социальной изоляцией. Поэтому их решение требует выработки не только лечебно-тактических, но и организационных алгоритмов действий, а также формирования индивидуально- и семейно-ориентированных технологий реабилитации оперированных онкологических пациентов с ректальной неоплазией.

Исследование не имело спонсорской поддержки.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Araghi M., Soerjomataram I., Bardot A. Changes in colorectal cancer incidence in seven high-income countries: a population-based study. *Lancet Gastroenterol. Hepatol* 2019;4(7):511—8. doi: 10.1016/S2468-1253(19)30147-5
2. Goodarzi E., Beiranvand R., Mosavi-Jarrahi A. World wide incidence and mortality of colorectal cancer and human development index (HDI): An ecological study. *World Cancer Res. J.* 2019;5(6):e1433.
3. Rawla P., Sunkara T., Barsouk A. Epidemiology of colorectal cancer: incidence, mortality, survival, and risk factors. *Prz Gastroenterol.* 2019;14(2):89—103. doi: 10.5114/pg.2018.81072
4. Siegel R. L., Miller K. D. Cancer statistics. *CA Cancer J. Clin.* 2020;(70):7—30.

5. Siegel R. L., Torre L. A., Soerjomataram I., et al. Global patterns and trends in colorectal cancer incidence in young adults. *Gut*. 2019;68(12):2179–85. doi: 10.1136/gutjnl-2019-319511
6. Kucejko R. J., Breen E. M., Kleiman D. A. A Growing Divide? Social Determinants of the Use of Nonoperative Management of Rectal Cancer and Its Impact on Survival. *J. Surg. Res.* 2023 Dec;292:137–43. doi: 10.1016/j.jss.2023.06.045
7. Ларичев А. Б., Барабошин А. Т., Рябов М. М., Миловидова К. А. Особенности ситуативной и личностной тревожности пациентов перед операциями по поводу грыж передней брюшной стенки. В сб.: Актуальные вопросы медицинской науки: Сборник тезисов 73-ей Всероссийской научно-практической конференции студентов и молодых ученых с международным участием, посвященной 75-летию Ярославского государственного медицинского университета, Ярославль, 25–26 апреля 2019 года. Ярославль; 2019. С. 177–8.
8. Zhang R., Luo W., Qiu Y. Clinical Management of Low Anterior Resection Syndrome: Review of the Current Diagnosis and Treatment. *Cancers (Basel)*. 2023 Oct 16;15(20):5011. doi: 10.3390/cancers15205011
9. Губайдуллин Р. Р. Минимизация социальной депривации в профилактике и лечении синдрома «после интенсивной терапии». *Медицина. Социология. Философия. Прикладные исследования*. 2023;(4):9–13.
10. Парфенов А. Л., Разживин В. П., Петрова М. В. Хроническое критическое заболевание: современные аспекты проблемы (обзор). *Современные технологии в медицине*. 2022;(3):70–83.
11. Чулкова В. А., Пестерева Е. В., Демин Е. В., Рогачев М. В. Психологические аспекты взаимодействия врача с онкологическим пациентом: учебное пособие. СПб.: НИИ онкологии им. Н. Н. Петрова; 2015. 40 с.
12. Wieldraaijer T., Duineveld L. A. M., Bemelman W. A., et al. Information needs and information seeking behaviour of patients during follow-up of colorectal cancer in the Netherlands. *J. Cancer Surviv.* 2019 Aug;13(4):603–10. doi: 10.1007/s11764-019-00779-5
13. Health Information National Trends Survey (HINTS) — Part of NCI's Division of Cancer Control and Population Sciences: NIH National Cancer Institute. 2019. 07-05-2019. Available at: <https://hints.cancer.gov/publications-reports/hints-publications.aspx> (accessed 07.05.2019).
14. Беляев А. М., Чулкова В. А., Семглазова Т. Ю., Рогачев М. В., ред. Онкопсихология для врачей-онкологов и медицинских психологов. Руководство. Изд. 2-е, доп. СПб.: Изд-во АНО «Вопросы онкологии»; 2018. 436 с.
15. Garcia D., Olsavsky A. L., Hill K. N. Associations between parental depression, communication, and self-worth of siblings bereaved by cancer. *J. Fam. Psychol.* 2023 Sep 7. doi: 10.1037/fam0001137
16. Almont T., Bouhnik A.-D., Ben Charif A. Sexual Health Problems and Discussion in Colorectal Cancer Patients Two Years After Diagnosis: A National Cross-Sectional Study. *J. Sexual Med.* 2019;16(1):96–110. doi: 10.1016/j.jsxm.2018.11.008
17. Karlekar M., Almhanna K., Guyer D. Palliative care in colorectal and anal malignancies from diagnosis to death. *Ann. Palliat. Med.* 2023 Sep 20: apm-22-1390. doi: 10.21037/apm-22-1390. Epub ahead of print.
18. Goodarzi E., Beiranvand R., Mosavi-Jarrahi A. World wide incidence and mortality of colorectal cancer and human development index (HDI): An ecological study. *World Cancer Res. J.* 2019;6:e1433.
19. Oggesen B. T., Hamberg M. L. S., Thomsen T., Rosenberg J. Exploring Patients' Perspectives on Late Complications after Colorectal and Anal Cancer Treatment: A Qualitative Study. *Curr. Oncol.* 2023 Aug 10;30(8):7532–41. doi: 10.3390/currenconcol30080546
20. Melucci A. D., Loria A., Aquina C. T., et al. New Onset Geriatric Syndromes and One-year Outcomes Following Elective Gastrointestinal Cancer Surgery. *Ann. Surg.* 2023 Oct 2. doi: 10.1097/SLA.00000000000006108
21. Акимов А. М., Каюмова М. М. Стресс в семье в открытой городской популяции: гендерные различия. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2018;17(5):4b.
22. Максимова Л. А., ред. Психология стресса: теория и практика: учебно-методическое пособие; Урал. гос. пед. ун-т. Екатеринбург; 2018.
23. Прохорова М. А. Стресс в семье. Психологические аспекты. *Теория и практика современной науки*. 2017;(2):20.
24. Chaballout B. H., Chang E. M., Shaverdian N. The Patient's perspective on radiation therapy for anal cancer: Evaluation of expectations and stigma. *Cancer Rep. (Hoboken)*. 2023 Oct 11:e1908. doi: 10.1002/cnr2.1908. Epub ahead of print.
25. Wieldraaijer T., Duineveld L. A. M., Bemelman W. A. Information needs and information seeking behaviour of patients during follow-up of colorectal cancer in the Netherlands. *J. Cancer Surviv.* 2019;13(4):603–10. doi: 10.1007/s11764-019-00779-5
26. Lima H. A., Woldeesenbet S., Moazzam Z. Association of Minority-Serving Hospital Status with Post-Discharge Care Utilization and Expenditures in Gastrointestinal Cancer. *Ann. Surg. Oncol.* 2023;30(12):7217–25. doi: 10.1245/s10434-023-14146-3. Epub 2023 Aug 21.

Поступила 11.07.2024
Принята в печать 30.10.2024

REFERENCES

Здоровье и общество

- National Cancer Institute. 2019. 07-05-2019. Available at: <https://hints.cancer.gov/publications-reports/hints-publications.aspx> (accessed 07.05.2019).
14. Belyaev A. M., Chulkova V. A., Semiglazova T. Yu., Rogachev M. V., red. Oncopsychology for oncologists and medical psychologists. Manual. 2nd ed., suppl. St. Petersburg: Publishing house of ANO "Oncology Issues"; 2018. 436 p. (in Russian).
 15. Garcia D., Olsavsky A. L., Hill K. N. Associations between parental depression, communication, and self-worth of siblings bereaved by cancer. *J. Fam. Psychol.* 2023 Sep 7. doi: 10.1037/fam0001137
 16. Almont T., Bouhnik A.-D., Ben Charif A. Sexual Health Problems and Discussion in Colorectal Cancer Patients Two Years After Diagnosis: A National Cross-Sectional Study. *J. Sexual Med.* 2019;16(1):96–110. doi: 10.1016/j.jsxm.2018.11.008
 17. Karlekar M., Almhanna K., Guyer D. Palliative care in colorectal and anal malignancies from diagnosis to death. *Ann. Palliat. Med.* 2023 Sep 20: apm-22-1390. doi: 10.21037/apm-22-1390. Epub ahead of print.
 18. Goodarzi E., Beiranvand R., Mosavi-Jarrahi A. World wide incidence and mortality of colorectal cancer and human development index (HDI): An ecological study. *World Cancer Res. J.* 2019;6:e1433.
 19. Oggesen B. T., Hamberg M. L. S., Thomsen T., Rosenberg J. Exploring Patients' Perspectives on Late Complications after Colorectal and Anal Cancer Treatment: A Qualitative Study. *Curr. Oncol.* 2023 Aug 10;30(8):7532–41. doi: 10.3390/curroncol30080546
 20. Melucci A. D., Loria A., Aquina C. T., et al. New Onset Geriatric Syndromes and One-year Outcomes Following Elective Gastrointestinal Cancer Surgery. *Ann. Surg.* 2023 Oct 2. doi: 10.1097/SLA.0000000000006108
 21. Akimov A. M., Kayumova M. M. Family stress in an open urban population: gender differences. *Kardiovaskulyarnaya terapiya i profilaktika.* 2018;17(S):4b (in Russian).
 22. Maksimova L. A., ed. Stress Psychology: Theory and Practice: teaching aid; Ural. state ped. univ. Ekaterinburg; 2018 (in Russian).
 23. Proxorova M. A. Stress in the family. Psychological aspects. *Teoriya i praktika sovremennoj nauki.* 2017;(2):20 (in Russian).
 24. Chaballout B. H., Chang E. M., Shaverdian N. The Patient's perspective on radiation therapy for anal cancer: Evaluation of expectations and stigma. *Cancer Rep. (Hoboken).* 2023 Oct 11:e1908. doi: 10.1002/cnr2.1908. Epub ahead of print.
 25. Wieldraaijer T., Duineveld L. A. M., Bemelman W. A. Information needs and information seeking behaviour of patients during follow-up of colorectal cancer in the Netherlands. *J. Cancer Surviv.* 2019;13(4):603–10. doi: 10.1007/s11764-019-00779-5
 26. Lima H. A., Woldeesenbet S., Moazzam Z. Association of Minority-Serving Hospital Status with Post-Discharge Care Utilization and Expenditures in Gastrointestinal Cancer. *Ann. Surg. Oncol.* 2023;30(12):7217–25. doi: 10.1245/s10434-023-14146-3. Epub 2023 Aug 21.

Блинкова Л. Н., Якушин М. А., Карпова О. В.

ОРГАНИЗАЦИЯ ПИТАНИЯ ПРИ КОГНИТИВНЫХ РАССТРОЙСТВАХ И ДЕМЕНЦИИ (ОБЗОР)

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

Современная тенденция увеличения продолжительности жизни и старения населения планеты сопровождается появлением проблемы глобального масштаба, связанной с удвоением каждые 20 лет числа больных со старческим слабоумием. Концепция возраст-ассоциированных форм когнитивных расстройств (сосудистой деменции, болезни Альцгеймера, болезни Паркинсона) основана на положениях воздействия нездоровых привычек образа жизни и питания, генетических факторов, инволютивных метаболических процессов, осложнений гериатрических заболеваний и их коморбидности. Поиск литературы: систематических обзоров, отчетов клинических исследований по публикационному типу "meta-analysis" и в системе Medline — позволил выявить, что своевременная коррекция негативных факторов риска, в частности применение геро-диететики, способствуют уменьшению/замедлению развития сосудистой деменции и когнитивных расстройств.

Ключевые слова: когнитивные расстройства; деменция; геропротективное питание; геро-диететика; биологически активные вещества; антиоксиданты.

Для цитирования: Блинкова Л. Н., Якушин М. А., Карпова О. В. Организация питания при когнитивных расстройствах и деменции (обзор). Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2025;33(3):494—501. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2025-33-3-494-501>

Для корреспонденции: Блинкова Любовь Николаевна; канд. мед. наук, доцент, старший научный сотрудник ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н. А. Семашко» Минобрнауки России, e-mail: l.blinkova@niph.ru

Blinkova L. N., Yakushin M. A., Karpova O. V.

NUTRITION MANAGEMENT FOR COGNITIVE DISORDERS AND DEMENTIA (OVERVIEW)

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

The current trend of increasing life expectancy and aging of the world's population is accompanied by the emergence of a global problem associated with a doubling of patients with «senile dementia» every 20 years. The concept of age-associated forms of cognitive disorders (vascular dementia, Alzheimer's, Parkinson's, etc.) is based on the provisions of the effects of unhealthy lifestyle and nutrition habits, family history, involutive metabolic processes, pathological complications of diseases and their comorbidity. A literature search of systematic reviews, clinical research reports on the publication type «meta-analysis» and in the Medline system revealed that timely correction of negative PH, in particular the use of herodietetics, helps to reduce/slow down the development of vascular dementia and cognitive disorders.

Keywords: cognitive disorders, dementia, geroprotective nutrition, herodietetics, biologically active substances, antioxidants

For citation: Blinkova L. N., Yakushin M. A., Karpova O. V. Nutrition management for cognitive disorders and dementia (overview). *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2025;33(3):494—501 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2025-33-3-494-501>

For correspondence: Lyubov Nikolaevna Blinkova — D. in Medicine, Associate prof. of Medicine, the Senior Researcher, the N. A. Semashko National Research Institute of Public Health, 105064, Russian Federation, Moscow, Vorontsovo Pole Str., 12, bldg. 1. E-mail: l.blinkova@niph.ru

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support.

Received 18.09.2024

Accepted 30.10.2024

Введение

Тенденция увеличения продолжительности жизни и старения населения планеты сопровождается уменьшением созидательного ресурса и является проблемой глобального масштаба. Специалисты первичного звена медико-санитарной помощи на практике все чаще встречаются с пациентами пожилого (60—74 лет) и старческого (75—89 лет) возраста. Последнее столетие каждые 20 лет регистрируется удвоение числа граждан с когнитивной дисфункцией [1]. Ежегодно в мире, по данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), психиатрами наблюдается около 44 млн возрастных больных со старческим слабоумием. К 2050 г. ожидается 6-кратное увеличение распространенности когнитивных

расстройств (КР) и дементирующей патологии по сравнению с 2000 г. [1, 2]. В России, по официальным данным Росстата (2023), было зарегистрировано около 2 млн пациентов с установленным диагнозом «деменция»¹. Распространенность КР в 2023 г. среди лиц в возрасте 60 лет составляла от 5,0 до 36,7%, после 64 лет показатели отчетных форм фиксировали распространенность патологии от 6,7%, а в возрасте 80—84 лет — выше 25,2%. Социологическим опросом в 2023 г. установлено, что среди респондентов каждый пятый россиянин контактирует с престарелыми родственниками с КР или слышит о проблеме КР от друзей, знакомых, коллег [3, 4]. По

¹Статистический сборник Росстат. Режим доступа: https://rosstat.gov.ru/storage/mediabank/Zdravooxran_2023.htm

Здоровье и общество

прогнозам ученых, в мире к 2050 г. количество КР превысит 100 млн. случаев².

Материалы и методы

Поиск публикаций осуществлялся в электронных базах данных: eLIBRARY, PubMed, Scopus, а также на официальных сайтах органов государственной власти и статистических сборников Росстата. Проанализировано более 70 отечественных и зарубежных научных источников, касающихся современных представлений о влиянии метаболических изменений на когнитивное здоровье людей старшего возраста под влиянием организации геропротективного питания, за период с октября 2004 г. по август 2024 г. Применены аналитический и библиографический методы исследования, в частности данные проспективного исследования последних лет по применению средиземноморской диеты и активного вмешательства в составление рационов питания людей с КР.

Результаты исследования

Теоретические данные и отчеты клинических многоцентровых исследований показывают, что при факторах риска (ФР): от генетической предрасположенности, возрастных инволютивных метаболических процессов до вредных привычек образа жизни и токсических факторов (нарушения элиминации продуктов распада, экзогенного поступления солей тяжелых металлов, гербицидов с пищей) — риск заболевания с возрастом увеличивается в геометрической прогрессии [3—5]. В основе нарушений соматического здоровья лежит единая группа ФР, связанных с распространенностью курения, нездоровых пищевых привычек (злоупотребление алкогольными напитками, пищевая депривация рациона по белку, растительным волокнам, витаминам, антиоксидантам, биоэлементам), несоблюдения здорового режима физической активности, труда и отдыха. Современная концепция развития КР (сосудистой деменции, болезни Альцгеймера, болезни Паркинсона) ассоциирована с такими же патогенетическими особенностями. Исследования в области КР ежегодно дополняются статистической информацией и показывают, что не всякая деменция необратима. Своевременное исключение негативных ФР достоверно уменьшает/замедляет развитие сосудистой деменции. В клинических рекомендациях «Когнитивные расстройства у лиц пожилого возраста»³ на начальной стадии, которая может продолжаться несколько лет, наряду с коррекцией ФР образа жизни и когнитивным тренингом, замещающими прием лекарственных препаратов, диетическое питание также отнесено к базовым лечебным факторам. Геропротективное питание в дебюте КР

является одним из доступных и безопасных методов лечения. Это заключение подтверждается результатами многочисленных исследований с уровнем достоверности IIВ, напрямую применимых к целевой популяции, демонстрирующих устойчивость результатов или экстраполированные доказательства исследований, оцененных как 1++/или 1+.

Организация питания у пожилых и старых людей (геродиетика) является важным геропротективным фактором профилактики хронических инфекционных заболеваний. Поздний возраст имеет метаболические особенности коморбидных осложнений по количеству сосудистой и эндокринной патологии, старческой астении, возрастных инволютивных изменений головного мозга, но при этом сохраняет гетерогенность [3—6]. Возрастные изменения у многих людей чаще начинают регистрироваться с 50-летнего возраста, затем каждые 10 лет основной энергетический обмен уменьшается на 15—20% (около 100 ккал) и соответственно должна снижаться физиологическая потребность в калорийности рациона [5, 6]. В норме рацион пожилых людей должен составлять в зависимости от пищевого статуса, повседневной активности, стадии когнитивного дефекта, режима приема препаратов. При этом пожилые люди, в связи с привычками заедать стресс или, напротив, нервной анорексии, пищевой склонности к потреблению высокожировой и углеводной пищи, являются группой повышенного риска по развитию нарушений обмена веществ: недостаточность питания, или алиментарных форм ожирения, появлению тревожных состояний с картиной псевдодеменции. При рекомендации по назначению медикаментозной терапии, особенно на фоне «лекарственных каникул», должна проводиться ежедневная редукция калорийности рациона от энергетической потребности от 10 до 30% по показаниям. К сожалению, специалисты часто упускают данную рекомендацию из поля зрения. Многочисленными исследованиями последних лет доказано, что применение метода дозированного ограничения калорий (caloric restriction) эффективно в отношении повышения концентрации выработки нейротрофического фактора мозга (BDNF), регулирующего образование новых нейронов, и обладает протективным влиянием на нейропластичность. Рекомендации по физической активности на фоне организации персонализированного питания в ситуации обстипации и нарушения выведения метаболических продуктов, при ограничении подвижности, склонности пожилых людей к саркопении (снижению мышечной силы), физиологического уменьшения тощей массы тела на 2—3% приводят каждые 10 лет у людей старше 50 лет к уменьшению тощей массы по содержанию белковой составляющей на 30—40% и увеличению доли жировой массы. Метаболические изменения и клиническая коморбидность способствуют снижению нейропластичности, чувствительности к гипогликемии и жажде, повышению вязкости крови и изменению солевой составляющей, уменьшению всасывания кальция, железа,

² ЕМИСС государственная статистика. Режим доступа: <https://www.fedstat.ru/indicators/search?searchText=%>

³ Клинические рекомендации «Когнитивные расстройства у лиц пожилого и старческого возраста», 2020. Режим доступа: https://psyus.ru/med_psy/klinicheskie-rekomendatsii/kognitivnie_rasstroistva_pogilie_1204202.pdf

витамина D, колебаниям микробного ландшафта органов пищеварительного тракта [7, 8]. Интересное исследование показало, что дисбиоз полости рта считается потенциальным биомаркером снижения когнитивных функций, так как состав микробиоты полости рта среди пожилых людей коррелирует с нарушениями исполнительной функции и памяти. Контроль потребления основных пищевых веществ и свободной жидкости (водной составляющей рациона) позволяет векторно воздействовать на различные патогенетические мишени при развитии КР. Дегидратация (обезвоживание организма) ухудшает концентрацию внимания, приводит к снижению моторики и памяти. Основные требования к рациону питания при заболеваниях центральной нервной системы и головного мозга на всех этапах профилактических мероприятий и лечения (амбулаторного, стационарного, санаторного) дифференцированы в зависимости от характера клинических симптомов, тяжести течения, наличия осложнений и сопутствующей патологии. Персонализированное питание пожилого человека при организации геродиетического направления рациона должно обеспечивать энергетические и пластические потребности. В зависимости от возраста, пола, сочетанной патологии, физической активности пациента суточный рацион должен рассчитываться для каждого пациента индивидуально (примерно от 1600 до 2300 ккал). Завтрак должен составлять 30—35% от калорийности дневного редуцированного перечня продуктов, обед — 40—45%, легкий белковый ужин — 15%, перекусы — не более 5% по калорийности [6]. Допускаются все виды кулинарной обработки, если нет патологии желудочно-кишечного тракта и учитываются нарушения по стороны жевательного аппарата и кратность приема лекарственных средств. В зависимости от клинической ситуации, например при ожирении у пациентов с КР, улучшения нейропластичности можно достичь редукцией рациона питания до 30% от расчетной энергетической потребности методом интервального голодания: 16/8 (принятие пищи в интервале 8 ч с последующим 16-часовым голодом) [3, 5]. В рандомизированном контролируемом исследовании «Путь к ремиссии диабета 2-го типа» (T2DR), проводимом с 2019 г. по настоящее время в масштабах страны Национальной службой здравоохранения Англии (National Health Service, NHS), было показано, что активное и долгосрочное (12-месячное) поведенческое вмешательство с начального 3-месячного периода приводило к ремиссии заболевания, снижению массы тела, улучшению поведенческих реакций [7]. Пищевое поведение под контролем врача-диетолога изменяли при полной замене традиционного питания (TDR) у пациентов с повышенной массой тела и диагнозом сахарный диабет 2-го типа, что способствовало длительной ремиссии сахарного диабета. В клинических случаях с низкой массой тела (индекс массы тела $<18 \text{ кг/м}^2$), наличием железодефицитной анемии при показателях гемоглобина $<110 \text{ г/л}$ у женщин и $<120 \text{ г/л}$ у мужчин,

потере за последние 6 мес массы тела на 10%, при хронических инфекционных процессах (наличие пролежней, трофической язвы, незаживающей раны, свища, абсцесса, обструктивное заболевание легких), заболеваниях органов пищеварения, осложненных дисбиозом, диареей, мальабсорбцией, мальдигестией, рацион должен корректироваться в виде дополнительного питания с увеличением пищевой ценности и калорийности. Потребность в белке пожилых людей в зависимости от саркопении, физической активности, соматического состояния рассчитывается в пределах 0,78—1,0—1,3 г/кг массы тела в сутки в соответствии с Приказом Минздрава РФ от 05.08.2003 № 330, потребность в углеводах составляет 50—60% калорийности рациона за счет полисахаридов, из них не более 10% легкоусвояемых углеводов с исключением продуктов высокого гликемического индекса [8]. Жировой состав рациона — 25—30% (менее 10% — ненасыщенные жирные кислоты) с исключением трансизомеров жирных кислот и уменьшением пищевого холестерина ($<300 \text{ мг/сут}$), что соответствует принципам антиатеросклеротической диеты и обеспечивает у лиц старческого возраста достаточную калорийность в малом объеме рациона питания. Геропротективное питание предусматривает ограничение потребления поваренной соли (ионов натрия) до 3—5 г/сут и ее замену на кардиосоли (с ионами K^+), а также включение продуктов, богатых йодидом калия, магнием, витаминами (группы B, K, B_{12} и D, фолиевой кислоты) [4, 5]. Суточный рацион предполагает разнообразие продуктов и блюд: предпочтительны хлеб с отрубями или ржаной, нежирные сорта мяса (говядина, птица, индейка), морская, речная рыба и морепродукты (треска, пикша, камбала, макрель, сардины, тунец, лосось), растительные масла (подсолнечное, кукурузное, соевое, хлопковое, оливковое), овощные блюда, кисломолочные продукты с низким содержанием жира, яйца отварные и в блюдах (до двух штук в неделю), макаронные и крупяные изделия. К нежелательным продуктам отнесены продукты с высоким содержанием животного и молочного жира: жирные сорта мяса (утка, гусь, копчености), сливочное масло, сливки, тугоплавкие жиры (баранина, говяжий жир, свиное сало), продукты с повышенным количеством холестерина (субпродукты — печень, почки, кожа курицы, яичный желток, креветки), пальмовое масло и искусственно насыщенные твердые кулинарные жиры (маргарины) [4, 8]. При болезни Альцгеймера (БА), лобно-височной деменции и деменции с тельцами Леви, а также на фоне паркинсонизма в исследованиях выявлены снижение или извращение обонятельного восприятия, поскольку в патологический процесс могут вовлекаться обонятельные центры, локализованные в височных и лобных долях, возникает повышенное слюноотечение. Для этой категории пациентов рацион готовится с исключением продуктов, обладающих специфическими запахами эфиров (репчатый лук, чеснок, редис, горчица, горький перец и другие специи), или с использованием технологий их до-

Здоровье и общество

полнительной термической обработки [3, 8]. У людей с избыточным потреблением животного белка (мяса и мясных продуктов) в организме при химической адаптации повышается образование аммиака/аммония (>60 мкмоль/л). Гипераммониемия как лабораторный критерий биохимического анализа капиллярной крови является одним из патогенетических факторов развития приобретенной или физиологической печеночной энцефалопатии [9]. Хроническую постпрандиальную экзо- и эндоинтоксикацию ароматическими аминокислотами высокобелковой диеты необходимо дифференцировать с рядом состояний, сопровождающихся КР (алкогольная деменция, синдром отмены алкоголя, пеллагра, гипотиреоз). Начальные признаки КР проявляются в виде раздражительности, нарушений (инверсии) сна, повышенной утомляемости, рассеянности, нарушения речи, снижения мышечных рефлексов. В опубликованных рандомизированных исследованиях контроль потребления животных белков и замена их на сложные углеводы/растительные белки позволил существенно снизить токсическое влияние гипераммониемии на нейроны мозга, когнитивные и психомоторные расстройства [9–11]. При различных дегенеративных заболеваниях центральной нервной системы пациенты попадают в зону повышенного риска другого нарушения обмена веществ — недостаточности питания. Ятрогенное влияние лекарственных препаратов, большинство из которых обладает диспепсическим побочным действием, параллельно развивающейся ксеростомии (сухости во рту), дисфагии, гастропареза, наклонности к запорам должно мониторироваться при посещении пациентом врача. Необходимо учитывать, что питание, обогащенное пробиотиками/пребиотиками, за счет снижения кислотности кишечного содержимого демонстрирует уменьшение активности бактериальной уреазы и абсорбцию аммиака [11, 12]. В то же время последние данные показывают, что чрезмерное ограничение животного белка способствует увеличению уровня аммиака в сыворотке крови и активирует мышечный катаболизм, ухудшая нутритивный статус. При паркинсонизме животные белки, содержащие пищевые аминокислоты (изолейцин, лейцин, валин, фенилаланин, тирозин), грамотными специалистами персонализированно титруются и корректируются по продуктам питания, их содержанием. При составлении рациона при паркинсонизме необходимо учитывать, что аминокислоты животных белков конкурируют за транспортные системы кишечника по скорости всасывания с препаратами леводопы. Для пациентов этой категории поддержание массы тела достигается высококалорийной, нормопротеиновой диетой по режиму приема и составу, с повышенным содержанием витаминов С и Е, кальция и ненасыщенных жиров. Контроль рациона осуществляется для поддержания азотистого баланса и сохранения всасывания препаратов [13–15]. В области лечебно-профилактического питания и применения функциональных пищевых продуктов для уменьшения

развития симптомов деменции показано потребление биологически активных веществ с антиоксидантными свойствами из традиционных продуктов с контролем FODMAPs-компонентов ферментируемых олиго-, ди- и моносахаридов [4, 8, 12]. Для мужчин пожилого и старшего возраста рацион должен содержать не менее 340 г фруктово-ягодных FODMAPs-продуктов, для женщин — не менее 310 г. В перечень входят бананы, черника, клубника, дыня, ревень, авокадо, сухофрукты (1 ст. л.), овощных блюд без учета картофеля (красный перец, зеленая фасоль, маслины, сельдерей, батат и др.), для старых людей и долгожителей — 290 и 275 г соответственно (до 35–40 г пищевых волокон). Физиологические эффекты пищевых волокон способствуют поддержанию перистальтической функции кишечника, разнообразию состава микробиоты ротовой полости и кишечника, профилактике некоторых видов рака, сахарного диабета 2-го типа, снижения атерогенеза [3, 8, 11, 12]. В связи с этим необходимо отметить позитивное влияние на когнитивные функции средиземноморской диеты, состоящей из рыбы и морепродуктов, цельнозерновых круп, томатов, зелени, орехов, растительных масел. Средиземноморская диета, богатая антиоксидантами с ограниченным содержанием свободных сахаров (<5 –10% от общей суточной калорийности) и животных жиров, продемонстрировала замедление скорости развития КР [4, 12]. Оксидантно-антиоксидантная система является многокомпонентной, и ее элементы тесно связаны между собой. При длительном дефиците поступления некоторых антиоксидантов активируется перекисное окисление липидов — патогенетический механизм избыточного накопления свободных радикалов и повреждения на уровне молекулярной, клеточной и тканевой организации. Неконтролируемые процессы перекисного окисления липидов являются фактором неблагоприятного прогноза по развитию многих болезней (БА, онкологических заболеваний, сердечно-сосудистой патологии и др.) [9, 12]. В широкомасштабном исследовании ($n = 17\,478$) клиническое состояние объективно улучшалось у пациентов различных возрастно-половых групп с умеренными когнитивными нарушениями, исключение из этой группы составляли больные сахарным диабетом. Проведенный метаанализ указал на то, что превентивный эффект подобных пищевых вмешательств наблюдается только при долговременном строгом соблюдении принципов здорового питания [13–16]. По данным одного из проспективных исследований (12 458 наблюдений), в группе пациентов, соблюдающих рацион средиземноморской диеты, выявлено отчетливое снижение заболеваемости БА на 72%, что подкреплялось данными объективного контроля: повышением концентрации бета-амилоида, снижением уровня тау-протеина в ликворе, коррелирующего с утолщением коры головного мозга [13]. Ранее были получены данные относительно благоприятного влияния применения средиземноморской диеты на системные воспалительные процессы и сосудистые

расстройства, которые являются одновременно и катализатором дегенеративных процессов [11]. Зарегистрированы также корреляции относительно снижения риска развития деменции у лиц, получающих с традиционной пищей из продуктов питания полифенольные соединения (флавоноиды, кверцетин, дикувертин, ресверотрон, стерин и др.) [12]. Флавоноиды содержатся в ягодах красной и фиолетовой окраски, винограде, клубнике, в яблоках, зеленом и белом чае, репчатом луке, петрушке, зеленых стручковых овощах, сое. В клиническом проспективном исследовании у граждан возраста 50+, употребляющих 29 мг флавоноидов в день в виде антиоксидантов красного вина 150 мл/сут (до двух «дринков» — менее 25 г этанола), реже формировалась деменция по сравнению с лицами, употребляющими более высокие дозы и/или совсем исключаящими данные напитки [14—23].

Употребление кофе, чая и темного шоколада (какао) доказанно способствует улучшению когнитивных функций и снижению риска возрастных нейродегенеративных расстройств, но в исследованиях акцентируется внимание на регулярности приема и регламентированном по количеству использовании. Механизм терапевтического действия кофе обусловлен содержанием в нем множества (более 1 тыс.) биоактивных соединений, обладающих не только антиоксидантным, но и противовоспалительным и антифибротическим действием [13]. Одним из классов фитохимических веществ, содержащихся в кофе, чае и какао, являются метилксантин, в первую очередь химическое вещество кофеин. Кофеин активирует функционирование нейронных сетей, что способствует устойчивой когнитивной деятельности и оказывает протективное влияние на нейроны. Доказана защитная роль умеренного потребления кофеина при хронических нейродегенеративных заболеваниях. Результаты систематических обзоров, представленные в ходе сессии Ассоциации Альцгеймера (AAIC 2024), свидетельствуют о том, что кофеин в дозе 70—100 мг характеризуются линейной фармакокинетикой (биодоступность кофеина для организма составляет 100%). В нескольких метаанализах регулярное потребление кофе или чая в умеренной дозе (4—5 чашек в день) ассоциировалось со снижением риска КР, в том числе при БА (относительный риск 0,73; 95% доверительный интервал 0,55—0,97) [24—26]. Нейропротективное действие кофеина на когнитивные функции путем улучшения мозгового кровотока препятствовало развитию деменции, в том числе у 26% участников — носителей гена БА (APOEε4). Механизм действия кофеина основан на антагонизме различных подклассов аденозиновых рецепторов организма. Метаболиты ксантина (теобромин и теofilлин) также способствуют улучшению памяти. Однако сложный набор фитохимических веществ, содержащихся в кофе, какао-бобах и чайных листьях, затрудняет определение степени воздействия каждого компонента на пластичность и устойчивость нейронов. Интересно, что по скорости развития КР эф-

фект зависит от кратности приема чая. В исследованиях регулярность приема 1—3 чашек в день показывает лучшие результаты когнитивной активности по сравнению с людьми, совсем исключаящими его из рациона [27—29]. Позитивное действие приема кофе отмечено и на течение болезни Паркинсона [25, 27]. При этом потребление повышенной дозы кофеина (более 450 мг/сут), как правило, негативно влияет на нервную систему и работу сердца [28—31].

В проспективных доказательных исследованиях показано, что потребление биологически активных веществ: каротиноидов, лютеина, желтоокрашенных ягод, фруктов и овощей (морковь, помидоры, тыква, цитрусовые и др.) — оказывает тормозящее действие на оксидантный стресс и сопровождается улучшением познавательных способностей [12]. Антиоксидант ликопин, содержащийся в помидорах и арбузах, обладает нейропротекторным действием по уменьшению накопления амилоидных бляшек в головном мозге за счет ингибирования воспалительных цитокинов [12]. Средиземноморская диета, обогащенная пищевыми волокнами, способствует сохранению баланса симбиотической микрофлоры, в наблюдениях она демонстрирует лучшие показатели по тесту на замещение цифровых символов (DSST) и разнообразию (альфа-разнообразие) микроорганизмов в полости рта с более высокими видовыми вариантами (в 2,35 раза). У данной категории респондентов на 57% реже наблюдаются субъективные изменения памяти. Также показана корреляция между дисбиотическими процессами в кишечнике и степенью прогрессирования БА [12].

Известно, что кишечная микробиота, особенно лакто- и бифидобактерии, участвует в синтезе серотонина и гамма-аминомасляной кислоты. Нарушение выработки нейротрансмиттеров при дисбиозе может привести к активации нейродегенеративных процессов и расстройству когнитивных функций [19, 22, 30].

Есть убедительные доказательства благоприятного влияния на состояние когнитивных функций витамина D [32]. Объясняется данный феномен тем, что витамин D участвует в дофаминергической нейротрансмиссии, стимулирует нейро- и синаптогенез, оказывает нейропротективное влияние, регулирует обмен амилоида [33—36]. Достаточное содержание в крови витамина D коррелирует с низким риском БА, и наоборот [37—39]. Поддерживать уровень витамина D у пожилых и старых людей путем только потребления пищевых продуктов малоэффективно. Стандартная порция максимально обогащенных витамином D продуктов (лосось, грибы) содержит не более 100 МЕ, что не превышает десятой части суточной потребности [40, 41]. Другие «популярные» витамины — группы В, Е и С, равно как омега-3 полиненасыщенные жирные кислоты, при КР, особенно на фоне БА, не показали обнадеживающих результатов [42, 43].

Баланс биоэлементов, которые перорально поступают с питьем и с едой, гомеостатически энте-

Здоровье и общество

рально саморегулируется. Из продуктов с высоким содержанием железа животного и растительного происхождения, таких как мясо, морепродукты, рыба, яйца, бобовые (горох, фасоль, чечевица), овощи (брокколи), зелень, краснокрашенные ягоды и фрукты, человеческий организм способен усваивать около 10%. На повышение усвоения железа из животных источников влияет потребление витаминов С и В₁₂, а также пепсин желудка и биоэлемент медь. Биоэлемент железа депонируется в энтероцитах в составе ферритина. В условиях излишнего накопления в крови железа включается индукция синтеза ферритина в энтероците, по мере слущивания энтероцитов лишнее железо удаляется с фекалиями. Нарушение всасывания железа вызывают продукты с высоким содержанием кальция, витамина Е, фосфатов, фитатов и цинка (молочные продукты, кофе, чай, какао, сладкие газированные напитки). Прием большого количества дополнительного железа (более 25 мг/сут) в виде биодобавки может снизить усвоение цинка, поэтому рекомендовано потреблять их отдельно друг от друга. Продукты, содержащие цинк (овсяная крупа, геркулесовые хлопья, тыква и тыквенное масло), в пожилом возрасте должны присутствовать в рационе на постоянной основе. Цинк, уникальный биоэлемент с антиоксидантными свойствами, активирует более 100 ферментов, отвечающих в организме за темпы окислительных процессов. Для людей с высоким риском развития возрастной дегенерации желтого пятна 25 мг цинка в день доказанно полезны для замедления заболевания и сохранения зрения. Избыток цинка в крови индуцирует синтез в энтероцитах белка тионеина, связывающего цинк в комплекс, излишек которого активно выводится с десквамированным эпителием. Несмотря на коррекцию питания и физической активности, повернуть вспять течение развившейся патологии с помощью питания пока не удавалось никому [44—52]. Но в целом организация питания пожилых людей, использование геродиетических подходов к выбору продуктов питания с повышенным содержанием биоэлементов и антиоксидантов для достижения лечебного эффекта сопровождалась положительными результатами замедления симптоматики при большинстве форм КР.

Заключение

Исследование в области взаимосвязи организация питания и КР показало, что соблюдение принципов геродиетии и использование когнитивных свойств пищи для людей возраста 50+ демонстрировало устойчивость результатов по уменьшению негативных метаболических последствий старения человека, сохранения функции нейропластичности и замедления дементирующей патологии. Представляется возможным, что для поддержания качества жизни старшего поколения и достижения активного долголетия необходимо более активное проведение среди населения профилактических мероприятий по распространению знаний о влиянии питания

на когнитивное здоровье и вмешательство в изменение привычек питания на доклинической (латентной) стадии заболевания.

При профессиональном диалоге на основе научно обоснованных фактов и представлений для всех вовлеченных сторон в долгосрочной перспективе считаем необходимым:

- увеличить количество проводимых научных исследований, направленных на разработку методов алиментарной профилактики при ранней диагностике и лечении КР;
- активизировать информационно-просветительскую деятельность в вопросах приверженности положительным привычкам здорового питания и соблюдению геродиетических принципов осознанного выбора продуктов для лиц старших возрастных групп;
- включить когнитивное здоровье и алиментарную профилактику деменции в список национальных приоритетов здравоохранения;
- интегрировать в рамках стратегии продления жизни и сохранения у населения когнитивного здоровья (медицинской помощи, социальной поддержки) геродиетические методы питания в различные междисциплинарные образовательные программы для лечения пациентов с КР и для обучения живущих с пациентами родственников и ухаживающих лиц.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Якушин М. А., Карпова О. В. МИС «Деменция». Проблемы геронауки: АНО «ОСО ИТЕМ». 2023;47:280—1.
2. Парфенов В. А., Захаров В. В., Преображенская И. С. Когнитивные расстройства. М.: Группа Ремедиум; 2014. С. 1—106.
3. Кишкун А. А. Биологический возраст и старение: возможности определения и пути коррекции: Руководство для врачей. М.: ГЭОТАР-Медиа. 2008. С. 62—3.
4. Блинкова Л. Н. Организационные аспекты питания пожилых людей. *Вопросы питания*. 2014;83(53):13.
5. Статевич Н. Ю., Якушин М. А., Шарошина К. Б. и др. Распространенность старческой астении и анализ коморбидной патологии у лиц старше 60 лет (анализ научных публикаций). *Вестник медицинского стоматологического института*. 2023;(4):29—30.
6. Dalal R., McGee R. G., Riordan S. M., et al. Probiotics for people with hepatic encephalopathy. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;2:CD008716.
7. Valabhji J., Gorton T., Barron E., Safazadeh S., Earnshaw F., Helm C., et al. Early findings from the NHS Type 2 Diabetes Path to Remission Programme: a prospective evaluation of real-world implementation. *Lancet Diabetes Endocrinol*. 2024;12(9):612—3.
8. Приказ Минздрава России от 05.08.2003 г. № 330 «О мерах по совершенствованию лечебного питания в лечебно-профилактических учреждениях РФ» (ред. 24.11.2016).
9. Swaminathan M., Ellul M. A., Cross T. J. Hepatic encephalopathy: current challenges and future prospects. *Hepat. Med*. 2018 Mar 22;10:1—11. doi: 10.2147/HMER.S118964
10. Williamson J. D., Pajewski N. M., Auchus A. P. Effect of Intensive vs Standard Blood Pressure Control on Probable Dementia: A Randomized Clinical Trial. *JAMA*. 2019;321(6):553—61.
11. Kornerup L. S., Gluud L. L., Vilstrup H., Dam G. Update on the Therapeutic Management of Hepatic Encephalopathy. *Curr. Gastroenterol. Rep*. 2018 Apr 11;20(5):21. doi: 10.1007/s11894-018-0627-8
12. Andrews V., Zammit G., O'Leary F. Dietary pattern, food, and nutritional supplement effects on cognitive outcomes in mild cognitive impairment: a systematic review of previous reviews. *Nutr. Rev*. 2023;81(11):1462—89.

13. Del Parigi A., Panza F., Capurso C., Solfrizzi V. Nutritional factors, cognitive decline, and dementia. *Brain Res. Bull.* 2006;69(1):1–19.
14. Chandler M. J., Parks A. C., Marsiske M., et al. Everyday Imp act of Cognitive Interventions in Mild Cognitive Imp airmen: a Systematic Review and Meta-Analysis. *Neuropsychol. Rev.* 2016;26(3):225–51.
15. Hill N. T., Mowszowski L., Naismith S. L., et al. Computerized Cognitive Training in Older Adults With Mild Cognitive Impairment or Dementia: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Am. J. Psychiatry.* 2017;174(4):329–40.
16. Singh B., Parsaik A. K., Mielke M. M., et al. Association of mediterranean diet with mild cognitive impairment and Alzheimer's disease: a systematic review and meta-analysis. *J. Alzheimers Dis.* 2014;39(2):271–82.
17. Tsigoulis G., Judd S., Letter A. J., et al. Adherence to a Mediterranean diet and risk of incident cognitive impairment. *Neurology.* 2013;80(18):1684–92.
18. Гринюк В. В. Эволюция нелекарственной терапии когнитивных нарушений. *Поведенческая неврология.* 2024;(1):44–51.
19. Barnes L. L., Klodian D., Liu X., et al. Trial of the MIND diet for prevention of cognitive decline in older persons. *N. Engl. J. Med.* 2023;389:602–11.
20. García-Casares N., Gallego Fuentes P., Barbancho M. Á., et al. Alzheimer's disease, mild cognitive impairment and mediterranean diet. A systematic review and doseresponse meta-analysis. *J. Clin. Med.* 2021;10(20):4642.
21. Ballarín T., van Lent D. M., Brunner J., et al. Mediterranean diet, Alzheimer disease biomarkers and brain atrophy in old age. *Neurol. 2021;96:e2920—e2932.*
22. Gu Y., Luchsinger J. A., Stern Y., et al. Mediterranean Diet, Inflammatory and Metabolic Biomarkers, and Risk of Alzheimer's Disease. *J. Alzheimer Dis.* 2010;22(2):483–92.
23. Jeszka-Skowron M., Zgoła-Grzekowiak A., Grzekowiak T. Analytical methods applied for the characterization and the determination of bioactive compounds in coffee. *Eur. Food Res. Technol.* 2015;240:19–31.
24. Liu Q.-P., Wu Y. F., Cheng H. Y., et al. Habitual coffee consumption and risk of cognitive decline/dementia: A systematic review and metaanalysis of prospective cohort studies. *Nutrition.* 2016;32:628–36.
25. Сиволап Ю. П., Дамулин И. В. Кофеин: полезное психоактивное вещество? *Вопросы диетологии.* 2017;7(1):42–6.
26. Camandola S., Plick N., Mattson M. P. Impact of Coffee and Cacao Purine Metabolites on Neuroplasticity and Neurodegenerative Disease. *Neurochem. Res.* 2019 Jan;44(1):214–27. doi: 10.1007/s11064-018-2492-0
27. Colombo R., Papetti A. An outlook on the role of decaffeinated coffee in neurodegenerative diseases. *Crit. Rev. Food Sci. Nutr.* 2020;60(5):760–79. doi: 10.1080/10408398.2018.1550384. Epub 2019 Jan 7.
28. Nabbi-Schroeter D., Elmenhorst D., Oskamp A., Laskowski S., Bauer A., Kroll T. Effects of Long-Term Caffeine Consumption on the Adenosine A1 Receptor in the Rat Brain: an In Vivo PET Study with [18F]CPFPX. *Mol. Imaging Biol.* 2018 Apr;20(2):284–91.
29. Cho B. H., Choi S. M., Kim J. T., Kim B. C. Association of coffee consumption and non-motor symptoms in drug-naïve, early-stage Parkinson's disease. *Parkinsonism Relat. Disord.* 2018 May;50:42–7. doi: 10.1016/j.parkreldis.2018.02.016. Epub 2018 Feb 9.
30. Scheperjans F., Pekkonen E., Kaakkola S., Auvinen P. Linking Smoking, Coffee, Urate, and Parkinson's Disease — A Role for Gut Microbiota? *J. Parkinsons Dis.* 2015;5(2):255–62.
31. Зайцева О. Е. Должны потребители кофеин-содержащих напитков знать фармакокинетику кофеина? *Фундаментальные исследования.* 2015;(1-5):946–52.
32. Щербакова А. С., Ткач В. В., Ткач А. В. Влияние дефицита витамина D на течение нейродегенеративных заболеваний. *Modern Science.* 2021;1(2):250–4.
33. Cui X., Pelekanos M., Burne T. H., et al. Maternal vitamin D deficiency alters the expression of genes involved in dopamine specification in the developing rat mesencephalon. *Neurosci. Lett.* 2010;486(3):220–3.
34. Cui X., Pelekanos M., Liu P. Y., et al. The vitamin D receptor in dopamine neurons; its presence in human substantia nigra and its ontogenesis in rat midbrain. *Neuroscience.* 2013;236:77–87.
35. Moore C., Murphy M. M., Keast D. R., et al. Vitamin D intake in the United States. *J. Am. Dietet. Assoc.* 2004;104(6):980–3.
36. Kesby J. P., Cui X., O'Loan J., et al. Developmental vitamin D deficiency alters dopamine-mediated behaviors and dopamine transporter function in adult female rats. *Psychopharmacology.* 2010;208(1):159–68.
37. Jayedi A., Rashidy-Pour A., Shab-Bidar S. Vitamin D status and risk of dementia and Alzheimer's disease: A meta-analysis of dose-response. *Nutrit. Neurosci.* 2019;22(11):750–9.
38. Annweiler C. Vitamin D in dementia prevention. *Ann. N. Y. Acad. Sci.* 2016;1367(1):57–63.
39. Llewellyn D. J., Lang I. A., Langa K. M., Muniz-Terrera G., Phillips C. L., Cherubini A., Ferrucci L., Melzer D. Vitamin D and risk of cognitive decline in elderly persons. *Arch. Intern. Med.* 2010;170(13):1135–41.
40. Alsharidah M., Murtaza A., Alsharidah G. M., Bashir S. Fasting in Ramadan affects cognitive and physiological function in normal subjects (pilot study). *Neurosci. Med.* 2016;7:60–5.
41. Moberg P. J., Turetsky B. I. Scent of a disorder: olfactory functioning in schizophrenia. *Curr. Psychiatry Rep.* 2003;5:311–31.
42. Crichton G. E., Bryan J., Murphy K. J. Dietary antioxidants, cognitive function and dementia — a systematic review. *Plant. Foods Hum. Nutr.* 2013;68:279–92.
43. Vlachos G. S., Scarmeas N. Dietary interventions in mild cognitive impairment and dementia. *Dialogues Clin. Neurosci.* 2019;21(1):69–82.
44. Logroscino G., Mayeux R. Diet and Parkinson's disease. *Neurology.* 1997;49(2):310–1.
45. Методические рекомендации МР 2.3.1.1915-04 «Рекомендуемые уровни потребления пищевых и биологических веществ». В. А. Тутельян, Г. Г. Онищенко, А. В. Скальный и др. М.; 2004. 36 с.
46. Larrieu S., Letenneur L., Helmer C., et al. Nutritional factors and risk of incident dementia in the PAQUID longitudinal cohort. *J. Nutr. Health Aging.* 2004;8:150–4.
47. Johnson E. J. Role of lutein and zeaxanthin in visual and cognitive function throughout the lifespan. *Nutr. Rev.* 2014;72:605–12.
48. Liu C. B., Wang R., Yi Y. F., et al. Lycopene mitigates β -amyloid induced inflammatory response and inhibits NF- κ B signaling at the choroid plexus in early stages of Alzheimer's disease rats. *J. Nutr. Biochem.* 2018;53:66–71.
49. Wang J., Li L., Wang Z., et al. Supplementation of lycopene attenuates lipopolysaccharide-induced amyloidogenesis and cognitive impairments via mediating neuroinflammation and oxidative stress. *J. Nutr. Biochem.* 2018;56:16–25.
50. Cattane A., Cattane N., Galluzzi S., et al. Association of brain amyloidosis with pro-inflammatory gut bacterial taxa and peripheral inflammation markers in cognitively impaired elderly. *Neurobiol. Aging.* 2017;49:60–8. doi: 10.1016/j.neurobiolaging.2016.08.019
51. Gu S. L., Gong Y., Zhang J., et al. Effect of the Short-Term Use of Fluoroquinolone and β -Lactam Antibiotics on Mouse Gut Microbiota. *Infect. Drug Resist.* 2020;13:4547–58.
52. Tian J., Lu Y., Zhang H., et al. Gamma-aminobutyric Acid Inhibits T Cell Autoimmunity and the Development of Inflammatory Responses in a Mouse Type 1 Diabetes Model. *J. Immunol.* 2004;173(8):5298–304. doi: 10.4049/jimmunol.173.8.5298

Поступила 18.09.2024
Принята в печать 30.10.2024

REFERENCES

1. Yakushin M. A., Karpova O. V. MIS "Dementia". Problems of gerontology: ANO "OSO ITEM". 2023;47:280–1 (in Russian).
2. Parfenov V. A., Zakharov V. V., Preobrazhenskaya I. S. Cognitive disorders. Moscow: Remedium Group; 2014. P. 1–106 (in Russian).
3. Kishkun A. A. Biological age and aging: possibilities for determination and correction methods: Guidebook for physicians. Moscow: GEOTAR-Media; 2008. P. 62–3 (in Russian).
4. Blinkova L. N. Organizational aspects of nutrition in elderly people. *Questions of Nutrition.* 2014;83(53):13 (in Russian).
5. Statevich N. Yu., Yakushin M. A., Sharoshina K. B., et al. Prevalence of geriatric asthenia and analysis of comorbid pathology among individuals over 60 years old (analysis of scientific publications). *Bulletin of the Medical Dental Institute.* 2023;(4): 29–30 (in Russian).
6. Dalal R., McGee R. G., Riordan S. M., et al. Probiotics for people with hepatic encephalopathy. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;2:CD008716.
7. Valabhji J., Gorton T., Barron E., Safazadeh S., Earnshaw F., Helm C., et al. Early findings from the NHS Type 2 Diabetes Path to Remission Programme: a prospective evaluation of real-world implementation. *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2024;12(9):612–3.
8. Order of the Ministry of Health and Social Development of Russia dated August 5, 2003 No. 330 "On measures to improve therapeutic

Здоровье и общество

- nutrition in healthcare institutions of the Russian Federation" (as amended on November 24, 2016) (in Russian).
9. Swaminathan M., Ellul M. A., Cross T. J. Hepatic encephalopathy: current challenges and future prospects. *Hepat. Med.* 2018 Mar 22;10:1–11. doi: 10.2147/HMER.S118964
 10. Williamson J. D., Pajewski N. M., Auchus A. P. Effect of Intensive vs Standard Blood Pressure Control on Probable Dementia: A Randomized Clinical Trial. *JAMA.* 2019;321(6):553–61.
 11. Kornerup L. S., Gluud L. L., Vilstrup H., Dam G. Update on the Therapeutic Management of Hepatic Encephalopathy. *Curr. Gastroenterol. Rep.* 2018 Apr 11;20(5):21. doi: 10.1007/s11894-018-0627-8
 12. Andrews V., Zammit G., O'Leary F. Dietary pattern, food, and nutritional supplement effects on cognitive outcomes in mild cognitive impairment: a systematic review of previous reviews. *Nutr. Rev.* 2023;81(11):1462–89.
 13. Del Parigi A., Panza F., Capurso C., Solfrizzi V. Nutritional factors, cognitive decline, and dementia. *Brain Res. Bull.* 2006;69(1):1–19.
 14. Chandler M. J., Parks A. C., Marsiske M., et al. Everyday Impact of Cognitive Interventions in Mild Cognitive Impairment: a Systematic Review and Meta-Analysis. *Neuropsychol. Rev.* 2016;26(3):225–51.
 15. Hill N. T., Mowszowski L., Naismith S. L., et al. Computerized Cognitive Training in Older Adults With Mild Cognitive Impairment or Dementia: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Am. J. Psychiatry.* 2017;174(4):329–40.
 16. Singh B., Parsaik A. K., Mielke M. M., et al. Association of Mediterranean diet with mild cognitive impairment and Alzheimer's disease: a systematic review and meta-analysis. *J. Alzheimers Dis.* 2014;39(2):271–82.
 17. Tsigoulis G., Judd S., Letter A. J., et al. Adherence to a Mediterranean diet and risk of incident cognitive impairment. *Neurology.* 2013;80(18):1684–92.
 18. Greenyuk V. V. Evolution of non-drug therapy for cognitive impairments. *Behavioral Neurology.* 2024;(1):44–51 (in Russian).
 19. Barnes L. L., Klodian D., Liu X., et al. Trial of the MIND diet for prevention of cognitive decline in older persons. *N. Engl. J. Med.* 2023;389:602–11.
 20. García-Casares N., Gallego Fuentes P., Barbancho M. Á., et al. Alzheimer's disease, mild cognitive impairment and Mediterranean diet. A systematic review and dose-response meta-analysis. *J. Clin. Med.* 2021;10(20):4642.
 21. Ballarín T., van Lent D. M., Brunner J., et al. Mediterranean diet, Alzheimer disease biomarkers and brain atrophy in old age. *Neurology.* 2021;96:e2920–e2932.
 22. Gu Y., Luchsinger J. A., Stern Y., et al. Mediterranean Diet, Inflammatory and Metabolic Biomarkers, and Risk of Alzheimer's Disease. *J. Alzheimer Dis.* 2010;22(2):483–92.
 23. Jeszka-Skowron M., Zgoła-Grzekowiak A., Grzekowiak T. Analytical methods applied for the characterization and the determination of bioactive compounds in coffee. *Eur. Food Res. Technol.* 2015;240:19–31.
 24. Liu Q.-P., Wu Y. F., Cheng H. Y., et al. Habitual coffee consumption and risk of cognitive decline/dementia: A systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies. *Nutrition.* 2016;32:628–36.
 25. Sivolap Yu. P., Damulin I. V. Caffeine: a beneficial psychoactive substance? *Issues of Dietetics.* 2017;7(1):42–6 (in Russian).
 26. Camandola S., Plick N., Mattson M. P. Impact of Coffee and Cacao Purine Metabolites on Neuroplasticity and Neurodegenerative Disease. *Neurochem. Res.* 2019 Jan;44(1):214–27. doi: 10.1007/s11064-018-2492-0
 27. Colombo R., Papetti A. An outlook on the role of decaffeinated coffee in neurodegenerative diseases. *Crit. Rev. Food Sci. Nutr.* 2020;60(5):760–79. doi: 10.1080/10408398.2018.1550384. Epub 2019 Jan 7.
 28. Nabbi-Schroeter D., Elmenhorst D., Oskamp A., Laskowski S., Bauer A., Kroll T. Effects of Long-Term Caffeine Consumption on the Adenosine A1 Receptor in the Rat Brain: an In Vivo PET Study with [18F]CPFPX. *Mol. Imaging Biol.* 2018 Apr;20(2):284–91.
 29. Cho B. H., Choi S. H., Kim J. T., Kim B. C. Association of coffee consumption and non-motor symptoms in drug-naïve, early-stage Parkinson's disease. *Parkinsonism Relat. Disord.* 2018 May;50:42–7. doi: 10.1016/j.parkreldis.2018.02.016. Epub 2018 Feb 9.
 30. Scheperjans F., Pekkonen E., Kaakkola S., Auvinen P. Linking Smoking, Coffee, Urate, and Parkinson's Disease — A Role for Gut Microbiota? *J. Parkinsons Dis.* 2015;5(2):255–62.
 31. Zaitseva O. E. Should consumers of caffeine-containing beverages know about caffeine pharmacokinetics? *Fundamental Research.* 2015;(1-5):946–52 (in Russian).
 32. Shcherbakova A. S., Tkach V. V., Tkach A. V. The influence of vitamin D deficiency on neurodegenerative diseases progression. *Modern Science.* 2021;1(2):250–4 (in Russian).
 33. Cui X., Pelekanos M., Burne T. H., et al. Maternal vitamin D deficiency alters the expression of genes involved in dopamine specification in the developing rat mesencephalon. *Neurosci. Lett.* 2010;486(3):220–3.
 34. Cui X., Pelekanos M., Liu P. Y., et al. The vitamin D receptor in dopamine neurons; its presence in human substantia nigra and its ontogenesis in rat midbrain. *Neuroscience.* 2013;236:77–87.
 35. Moore C., Murphy M. M., Keast D. R., et al. Vitamin D intake in the United States. *J. Am. Dietet. Assoc.* 2004;104(6):980–3.
 36. Kesby J. P., Cui X., O'Loan J., et al. Developmental vitamin D deficiency alters dopamine-mediated behaviors and dopamine transporter function in adult female rats. *Psychopharmacology.* 2010;208(1):159–68.
 37. Jayedi A., Rashidy-Pour A., Shab-Bidar S. Vitamin D status and risk of dementia and Alzheimer's disease: A meta-analysis of dose-response. *Nutrit. Neurosci.* 2019;22(11):750–9.
 38. Annweiler C. Vitamin D in dementia prevention. *Ann. N. Y. Acad. Sci.* 2016;1367(1):57–63.
 39. Llewellyn D. J., Lang I. A., Langa K. M., Muniz-Terrera G., Phillips C. L., Cherubini A., Ferrucci L., Melzer D. Vitamin D and risk of cognitive decline in elderly persons. *Arch. Intern. Med.* 2010;170(13):1135–41.
 40. Alsharidah M., Murtaza A., Alsharidah G. M., Bashir S. Fasting in Ramadan affects cognitive and physiological function in normal subjects (pilot study). *Neurosci. Med.* 2016;7:60–5.
 41. Moberg P. J., Turetsky B. I. Scent of a disorder: olfactory functioning in schizophrenia. *Curr. Psychiatry Rep.* 2003;5:311–31.
 42. Crichton G. E., Bryan J., Murphy K. J. Dietary antioxidants, cognitive function and dementia — a systematic review. *Plant. Foods Hum. Nutr.* 2013;68:279–92.
 43. Vlachos G. S., Scarmeas N. Dietary interventions in mild cognitive impairment and dementia. *Dialogues Clin. Neurosci.* 2019;21(1):69–82.
 44. Logroscino G., Mayeux R. Diet and Parkinson's disease. *Neurology.* 1997;49(2):310–1.
 45. Methodological Recommendations MR 2.3.1.1915-04 "Recommended Levels of Consumption of Food and Biological Substances". V. A. Tutel'yan, G. G. Onishchenko, A. V. Skalyi, et al. Moscow; 2004. 36 p. (in Russian).
 46. Larrieu S., Letenneur L., Helmer C., et al. Nutritional factors and risk of incident dementia in the PAQUID longitudinal cohort. *J. Nutr. Health Aging.* 2004;8:150–4.
 47. Johnson E. J. Role of lutein and zeaxanthin in visual and cognitive function throughout the lifespan. *Nutr. Rev.* 2014;72:605–12.
 48. Liu C. B., Wang R., Yi Y. F., et al. Lycopene mitigates β -amyloid induced inflammatory response and inhibits NF- κ B signaling at the choroid plexus in early stages of Alzheimer's disease rats. *J. Nutr. Biochem.* 2018;53:66–71.
 49. Wang J., Li L., Wang Z., et al. Supplementation of lycopene attenuates lipopolysaccharide-induced amyloidogenesis and cognitive impairments via mediating neuroinflammation and oxidative stress. *J. Nutr. Biochem.* 2018;56:16–25.
 50. Cattane A., Cattani N., Galluzzi S., et al. Association of brain amyloidosis with pro-inflammatory gut bacterial taxa and peripheral inflammation markers in cognitively impaired elderly. *Neurobiol. Aging.* 2017;49:60–8. doi: 10.1016/j.neurobiolaging.2016.08.019
 51. Gu S. L., Gong Y., Zhang J., et al. Effect of the Short-Term Use of Fluoroquinolone and β -Lactam Antibiotics on Mouse Gut Microbiota. *Infect. Drug Resist.* 2020;13:4547–58.
 52. Tian J., Lu Y., Zhang H., et al. Gamma-aminobutyric Acid Inhibits T Cell Autoimmunity and the Development of Inflammatory Responses in a Mouse Type 1 Diabetes Model. *J. Immunol.* 2004;173(8):5298–304. doi: 10.4049/jimmunol.173.8.5298

Образование и кадры

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2025

УДК 614.2

Гаража Н. А., Рзун И. Г., Заярная И. А., Зайковский Б. Б., Стрижак М. С.**ИНКЛЮЗИВНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ В ВЫСШЕЙ ШКОЛЕ: ПЕРСОНАЛИЗАЦИЯ, ДОСТУПНОСТЬ, ЦИФРОВИЗАЦИЯ**

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

Актуальность инклюзивного образования в вузе обусловлена не только моральными императивами, но и прагматическими потребностями современного общества. Современный рынок труда требует разнообразия талантов и компетенций, а инклюзия создает условия для раскрытия потенциала студентов, которые традиционно исключались из образовательного процесса.

Авторы исследования обращают внимание на такие ключевые проблемы повышения инклюзивности высшего образования, как социальные и социокультурные составляющие социализации молодежи, которые может предоставить вуз.

Многие физические и информационные барьеры, которые традиционно препятствовали получению высшего образования людьми с инвалидностью, позволяют устранить цифровые технологии. Цифровизация стирает географические границы и создает равные возможности для всех, независимо от места проживания и состояния здоровья. Специализированное программное обеспечение, ассистивные устройства, онлайн-платформы — все это может значительно облегчить обучение для студентов с ограниченными возможностями здоровья. Однако важно не просто внедрять технологии, а обучать студентов и преподавателей их эффективному использованию.

Ключевые слова: инклюзивное образование; инклюзия; высшая школа; вуз; доступность; цифровизация.

Для цитирования: Гаража Н. А., Рзун И. Г., Заярная И. А., Зайковский Б. Б., Стрижак М. С. Инклюзивное образование в высшей школе: персонализация, доступность, цифровизация. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2025;33(3):502—508. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2025-33-3-502-508>

Для корреспонденции: Гаража Наталья Алексеевна, канд. ист. наук., доцент, Новороссийский филиал ФГОБУ ВО «Финансовый университет при Правительстве Российской Федерации», e-mail: nagarazha@fa.ru

Garazha N. A., Rzun I. G., Zayarnaya I. A., Zaikovskii B. B., Strizhak M. S.**THE INCLUSIVE EDUCATION IN HIGHER SCHOOL: PERSONALIZATION, ACCESSIBILITY, DIGITIZATION**

The Novorossiysk Branch of the The Federal State Educational Budget Institution of Higher Education “The Financial University under the Government of the Russian Federation”, 353900, Novorossiysk, Russia

The relevance of inclusive education in higher education institution is determined not only by moral imperatives, but also by pragmatic needs of modern society. The modern labor market requires variety of talents and competencies. The inclusion forms conditions for disclosure of potential of those students who traditionally excluded from educational process. The article draw attention to such key issues of increasing inclusiveness of higher education as attention to social and social cultural components of socialization of the youth that university can provide.

Many physical and information barriers that traditionally prevented the disabled to obtain higher education can be eliminated by digital technologies. The digitization erases geographical boundaries and creates equal opportunities for everyone, regardless of place of residence and health status. The specialized software, assistive devices, online platforms can significantly facilitate learning for students with disabilities. However, it is important not just to implement technologies, but to train students and teachers to apply them effectively.

Key words: inclusive education; inclusion; higher education; university; accessibility; digitization.

For citation: Garazha N. A., Rzun I. G., Zayarnaya I. A., Zaikovskii B. B., Strizhak M. S. The inclusive education in higher school: personalization, accessibility, digitization. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2025;33(3):502–508 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2025-33-3-502-508>

For correspondence: Garazha N. A., candidate of historical sciences, associate professor, the Novorossiysk Branch of the The Federal State Educational Budget Institution of Higher Education “The Financial University under the Government of the Russian Federation”. e-mail: nagarazha@fa.ru

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support.

Received 19.08.2024

Accepted 30.10.2024

Введение

По данным Министерства образования и науки Российской Федерации, в настоящее время в 818 вузах страны обучаются порядка 34 тыс. инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья

(ОВЗ) [1]. Удельный вес студентов с ОВЗ или инвалидностью в общей численности обучающихся по программам среднего профессионального образования составляет около 1%, по программам высшего образования — 0,5%. Только 1/4 из них обучаются по адаптированным образовательным программам, ко-

Образование и кадры

которые предполагают максимальный учет ограничений, связанных с состоянием здоровья. Большая часть студентов с инвалидностью и ОВЗ обучаются на общих условиях [2]. В возрастной категории, которой наиболее свойственно получать образование, осваивать профессиональные компетенции (от 18 до 30 лет), по данным Росстата, в России насчитывается 527 тыс. человек [3].

И если в целом уровень заболеваемости студентов становится все более серьезной проблемой, то внедрение в образовательный процесс высшего учебного заведения технологий обучения молодых людей с ОВЗ и инвалидов вызывает необходимость более тщательного контроля реализации медицинской помощи студентам, проведения регулярных профилактических осмотров, обеспечения студентам соответствующей психологической помощи для создания благоприятной для обучения среды [4]. Инклюзивное образование должно стать не просто формальным требованием, а ценностью, разделяемой всеми участниками образовательного процесса. Это требует проведения информационных кампаний, тренингов и других мероприятий, направленных на повышение осведомленности и формирование позитивного отношения к людям с инвалидностью.

Важно не просто включить студентов с ОВЗ в учебный процесс, но и дать им возможность участвовать в общественной жизни вуза, в студенческих организациях, спортивных командах и культурных мероприятиях. Это способствует их социальной адаптации и формированию чувства принадлежности к сообществу.

Вузы также должны активно сотрудничать с организациями инвалидов и родителями, чтобы получать обратную связь и учитывать их потребности при разработке и реализации инклюзивных программ. Это помогает создавать более эффективные и релевантные решения.

Федеральный закон «Об образовании в Российской Федерации» № 273-ФЗ [5] в 2012 г. определил содержание инклюзивного образования как обеспечение равного доступа к образованию для всех обучающихся с учетом разнообразия особых образовательных потребностей и на всех его уровнях. Федеральный закон закрепляет право на образование для всех, независимо от состояния здоровья. Ключевым понятием становится «разумное приспособление», которое подразумевает адаптацию образовательной среды и учебного процесса к индивидуальным потребностям студента. Вместо формального обеспечения условий акцент делается на активном выявлении и устранении конкретных препятствий, мешающих обучению. Это требует гибкости и готовности к инновациям со стороны вуза.

Специальные федеральные государственные образовательные стандарты (ФГОС) для обучающихся с ОВЗ не только определяют содержание образования, но и устанавливают требования к условиям реализации образовательных программ для студентов с ОВЗ. Вместо универсального подхода ФГОС пред-

усматривают дифференцированный подход, учитывающий различные нозологии и образовательные потребности. Это требует от вузов разработки адаптированных образовательных программ и методик, а также наличия специалистов, способных их реализовать.

Среди ключевых барьеров, сдерживающих распространение инклюзивного образования и мешающих профессиональной подготовке инвалидов и лиц с ОВЗ, специалисты, как правило, выделяют оценочный, физический и академический виды барьеров [6].

Министерство образования и науки Российской Федерации осуществляет все виды поддержки для учебных заведений, в том числе методическую по организации образовательного процесса для обучения инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья [7]. В рамках вузов и отдельных исследовательских коллективов идет постоянный процесс рефлексии и аккумулирования опыта работы, что находит выражение в издании и распространении методических пособий, проведении мастер-классов, конференций с целью оказания помощи в освоении организационно-методических основ инклюзивного образования в высшей школе и развитии инклюзивной компетенции. Особое внимание уделяется вопросам гуманистической функции инклюзивного образования, специфике его правового обеспечения и организации учебного процесса студентов с ОВЗ [8].

Более того, некоторые университеты становятся методическими центрами в целях совершенствования и развития системы инклюзивного образования. На Юге России с 2017 г. для повышения доступности высшего образования и дальнейшего трудоустройства лиц с инвалидностью и ОВЗ функционирует Ресурсный учебно-методический центр Южного федерального университета (РУМЦ ЮФУ). Основными задачами центра являются трансляция передового опыта работы со студентами с инвалидностью и увеличение количества лиц с инвалидностью, ориентированных на получение высшего образования. На данный момент РУМЦ ЮФУ сотрудничает с 39 вузами Ростовской области, Краснодарского края, Республики Адыгея и Республики Калмыкия [9].

Целостная налаженная система инклюзивного образования обеспечивается преемственностью всех звеньев системы образования. В Краснодарском крае действует 52 государственных коррекционных учреждения, в которых обучаются дети с различными нарушениями в развитии. В регионе есть инклюзивные школы и отдельные классы для особенных детей. Власти, бизнес и некоммерческие организации (НКО) запускают проекты, направленные на формирование доступной среды и помощь семьям с особенными детьми [10].

Значительный функционал просветительской, консультативной и иной поддержки учебных заведений и молодых людей с ОВЗ выполняют специализированные интернет-порталы. Так, проект

«Инклюзивное образование» позволяет обмениваться опытом, создает среду для общения инвалидов, образовательных организаций и органов власти [11]. Есть проекты, задача которых состоит в помощи учебным заведениям в вопросах материально-технического оснащения, в том числе в части создания инклюзивной безбарьерной среды [12].

В целом инклюзивное образование требует интеграции различных подходов и технологий для обеспечения доступности и учета индивидуальных особенностей каждого обучающегося [13]. Опыт консолидированных усилий государства, сферы образования и науки, институтов гражданского общества может быть направлен на создание поддерживающей образовательной среды, что способствует созданию более гуманного и справедливого общества.

Методы и материалы

Теоретико-методологической основой исследования выступила теория возможностей Амартии Сена [14], положения которой акцентируют внимание на реальных возможностях индивида реализовать свой потенциал и достичь желаемого уровня благополучия. В контексте инклюзии это означает, что недостаточно просто обеспечить студентам с ОВЗ место в вузе. Необходимо исследовать, какие реальные возможности у них есть для полноценного участия в учебном процессе, развития своих навыков и достижения профессионального успеха.

Существенный акцент авторы делают не на классической медицинской и технологической, а на социальной модели инвалидности [15], подчеркивая, что барьеры, созданные обществом, являются главным препятствием для участия молодежи с инвалидностью во всех сферах жизнедеятельности общества и государства. Исследование направлено на выявление и анализ этих барьеров в системе высшего образования, а также на разработку стратегий их устранения. Данная модель подкрепляется социокультурным подходом, рассматривающим человека с инвалидностью как самостоятельного субъекта, агента социальных изменений. Базисом подхода выступает стратегия создания «универсального дизайна среды», пригодной и доступной для людей с различными социально-демографическими характеристиками. Универсальный дизайн социальных учреждений и учреждений культуры — это в том числе специальные и адресные программы, инициативы, рассчитанные на широкую публику и учитывающие условия комфортного пребывания и доступности для разных посетителей [16].

Методологическим ориентиром также стали положения критической педагогики, ориентированной на критический анализ существующей системы образования и выявление в ней механизмов неравенства и дискриминации, что предполагает курс на разработку новых педагогических подходов, направленных на расширение прав и возможностей студентов из маргинализированных групп. В контексте инклюзии это означает не просто «включение» студентов с ОВЗ в существующую систему, а

Таблица 1

Значимые причины низкого уровня инклюзивного образования

Причина	Последствия
Дефицит финансирования	Разработка инклюзивных образовательных программ и информационных систем требует значительных затрат; как следствие нехватка специализированных аудиторий и наличия в них ресурсов
Отсутствие в нужном объеме квалифицированных специалистов	В образовательном пространстве вуза динамично меняются дисциплины; как следствие в реализации образовательной программы могут участвовать преподаватели и представители бизнеса; преподаватель-предметник не всегда способен быстро адаптироваться к особенностям инклюзивного образования
Отсутствие адаптированных учебных материалов	Обучающимся с особенностями развития может потребоваться индивидуальная образовательная траектория обучения; обеспечение специализированной методикой и учебным материалом не справляется с динамично развивающейся образовательной программой

радикальное преобразование этой системы с целью обеспечения равных возможностей для всех [17].

Для достижения поставленных в исследовании целей авторы применяли метод кейс-стади, позволивший детально изучить конкретные примеры успешной или неуспешной реализации инклюзивных практик в вузе.

В осмыслении проблемы инклюзивности системы высшего образования, параметров взаимодействия педагога и обучающегося был применен метод концептуального моделирования.

Результаты исследования

Проблема низкого уровня инклюзии в вузах России — это не просто констатация факта, а сложный многоаспектный вызов, требующий глубокого осмысления и поиска инновационных решений. Дело не только в недостатке пандусов или специализированного оборудования. Это системная проблема, затрагивающая ключевые аспекты образовательной философии, организации учебного процесса и отношения к студентам с особыми потребностями.

Рассмотрим наиболее значимые причины низкого уровня инклюзивного образования (табл. 1).

В практике инклюзивного образования используются три модели обучения: полная инклюзия, частичная инклюзия и эпизодическая. Выбор модели зависит от факторов, перечисленных в табл. 1. При выполнении трех основных компонентов, а именно — при должном финансировании, решается кадровый и методический вопрос, и, следовательно, мы имеем дело с моделью «Полная инклюзия».

На рис. 1—3 визуализированы три модели процесса обучения при инклюзивном образовании.

Полная инклюзия. Ребенок с ограниченными возможностями здоровья самостоятельно занимается на всех занятиях совместно со сверстниками, используя цифровые платформы с методическим обеспечением, или непосредственно с преподавателем, который соответствует профессиональным и цифровым компетенциям для работы с такими категориями обучающихся (см. рис. 1).

Частичная инклюзия. Дети-инвалиды совмещают индивидуальное обучение на дому с посе-



Рис. 1. Модель полной инклюзии.

щением образовательного учреждения и обучающиеся по индивидуальным учебным планам. Для транслирования знаний необходим специально обученный тьютор. Получение информации и обратная связь от студента транслируются через цифровые платформы или посредством тьютора (см. рис. 2).

Эпизодическая инклюзия. Студенты с ограниченными возможностями практически все время учатся отдельно с помощью тьюторов, но эпизодически объединяются в общую группу со студентами (см. рис. 3).

Важная роль в процессе обучения студентов с ОВЗ отводится тьютору. И для высших учебных заведений необходим не просто тьютор-наставник, а тьютор — специалист в узкопрофильном направлении. Это усложняет процесс обучения. В учебных планах одной образовательной программы насчитывается в среднем 60 дисциплин. В рамках одного высшего учреждения насчитывается несколько десятков таких образовательных программ. Кадровый состав в вузе состоит не только из педагогов, но и из практиков. Поэтому чаще всего в образовательной среде работает модель частичной инклюзии. Главная задача при работе с обучающимися с ОВЗ — переход к модели полной инклюзии. Для этого необходимо выполнение критериев, описанных в модели на рис. 1.

Преподаватели должны быть готовы к сотрудничеству со специалистами, родителями и самими студентами, чтобы создать действительно поддерживающую среду. Тьюторы и ассистенты играют важную роль в обеспечении инклюзивного образования. Однако их задача не сводится к «обслуживанию» студента. Они должны помогать ему развивать са-

мостоятельность и уверенность в себе для максимальной реализации своего потенциала.

Обсуждение

Важнейшей составляющей развития процесса инклюзивного образования в высшей школе является цифровизация. Это не просто замена учебников на электронные версии или проведение лекций онлайн. Цифровизация в контексте инклюзии — это кардинальное переосмысление подходов к обучению, создающее беспрецедентные возможности для персонализации, доступности и вовлеченности каждого студента вне зависимости от его особенностей и потребностей.

Цифровая модель адаптивной образовательной среды в вузе (рис. 4) для инклюзии включает ряд компонентов:

- **Внешняя среда обучения.** Наличие архитектурных и информационных решений.
- **Теоретико-методологические основы инклюзивного обучения.** Анализ целей, задач и методов решения проблемы с учетом индивидуальных особенностей.
- **Методическая система.** Разработанная методика подачи знаний с выделенными каналами трансляции знаний.

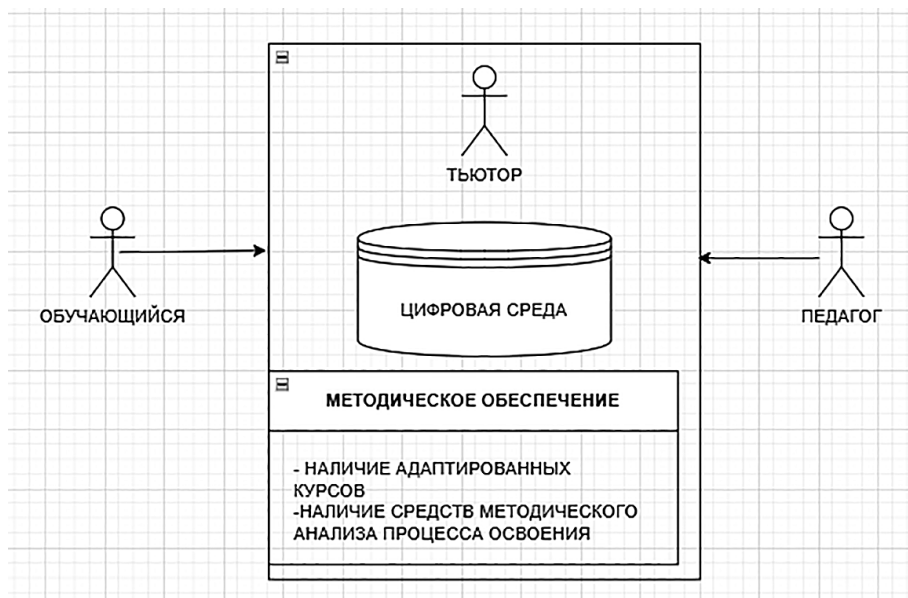


Рис. 2. Модель частичной инклюзии.

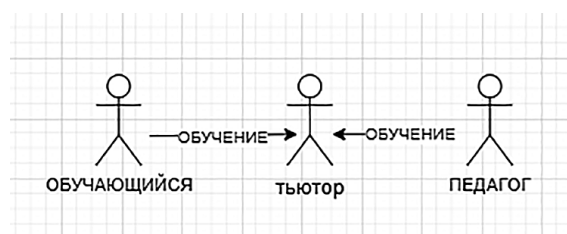


Рис. 3. Модель эпизодической инклюзии.



Рис. 4. Цифровая модель адаптивной образовательной среды.

димость переосмысления модели образовательного процесса с такой группой студентов. Цифровые сервисы и технологии способны решить, частично или полностью, проблемы, связанные с процессом обучения.

Выделим основные компоненты модели цифровых навыков педагога тьютора для инклюзивного образования. В контексте цифровизации образования его работа требует наличия определенных цифровых компетенций. В табл. 2 предложены компоненты модели цифровых навыков, необходимых для успешного выполнения профессиональных обязанностей педагога тьютора в рамках инклюзивного образования.

Модель цифровых навыков педагога тьютора должна учитывать специфику инклюзивного образования и помогать педагогу. Имеющиеся цифровые платформы для работы с детьми с ОВЗ (например, <https://inclusion24.ru/>) содержат технические возможности для реализации дисциплин школьного курса. Существует потребность в орга-

Таблица 2

Компоненты модели цифровых навыков педагога тьютора

Компонент	Характеристика
Базовые цифровые навыки	Работа с программными продуктами: умение создавать документы, таблицы, презентации, использовать электронные календари и планирование работ. Работа со средствами коммуникации: электронная почта, мессенджеры, виртуальные диски, системы и средства хранения информации. Работа с поисковыми сервисами: способность находить актуальную и достоверную информацию, уметь коммуницировать в сетевой среде и профессионально работать с информацией
Владение цифровыми инструментами для создания адаптированных учебных материалов	Создание мультимедийных ресурсов, умение создавать видеоуроки, интерактивные презентации и аудиокниги. Использование специализированных цифровых платформ: Moodle, Yandex и др. Умение адаптировать контент под индивидуальную потребность студента (например, создание субтитра)
Умение управлять учебным процессом в цифровой среде	Использовать технологии и средства для организации дистанционного обучения. Мониторинг успеваемости с помощью электронных систем контроля и взаимодействия. Организация обратной связи с обучающимся через цифровые каналы, а также организация технических вопросов, возникающих в процессе коммуникации
Применение технологий ассистивных устройств	Знание и умение использовать специальные средства и оборудование, например принципы работы электронных луп. Использование искусственного интеллекта, голосовых помощников в организации учебного процесса
Развитие профессиональных сообществ и обмен опытом.	Участие в онлайн-сообществах педагогов, обмен опытом, активное участие в конференциях, форумах, посвященных инклюзивному образованию. Постоянное самообразование

- **Субъекты и партнеры инклюзивного образования.** К ним относятся педагоги, психологи, социальные работники, тьюторы, консультанты, ассистенты, представители общественных организаций и социально-реабилитационных центров, работодатели, представители государственных структур.
- **Цифровые инструменты.** Приспособленные к инклюзивному обучению цифровые средства, которые формируют, совершенствуют и могут получать обратную связь. Платформы онлайн-обучения.
- **Адаптивные учебные материалы.** Они предлагают задания на основании решенных материалов или тестов, т.е. подстраиваются к уровню знаний и способностей студента.
- **Ассистивные технологии.** К ним относятся голосовые помощники и программы преобразования текста в речь. Они помогают студентам с нарушениями речи и слуха, делают образовательный процесс более доступным и удобным.
- **Платформы для онлайн-обучения.** Они предоставляют возможность учиться в любом месте и в любое время.

На 1 января 2025 г. численность студентов в России составляет более 8 млн человек, и, к сожалению, студенты с ОВЗ составляют незначительный процент. Статистические данные показывают необхо-

Таблица 3

Элементы структуры учебного курса	
Элемент	Содержание
Цели и задачи курса	Определение целей обучения, соответствующих потребностям студента с ОВЗ. Учет индивидуальных образовательных потребностей каждого учащегося
Содержание курса	Адаптация содержания к уровню подготовки студента. Использование различных форм подачи материала: визуальных, аудиальных, тактильных. Включение специальных учебных материалов: альтернативных текстов, учебных пособий с крупным шрифтом, аудио- и видеоматериалов
Методы и формы обучения	Разработка адаптированных критериев оценки. Гибкость в выборе форм контроля: устные ответы, письменные работы, практические задания. Возможность использования ассистентов или технические средства при выполнении контрольных работ
Психолого-педагогическое сопровождение	Работа с психологами и педагогами-дефектологами. Проведение консультаций и тренингов для преподавателей и родителей. Создание комфортной психологической атмосферы в учебном процессе
Мониторинг и коррекция	Регулярный мониторинг успеваемости и адаптации студентов. Коррекция учебной программы в зависимости от результатов мониторинга
Цифровое сопровождение и обновление курса	Четко прописаны цифровые каналы обмена учебной информацией.

низации методической и технической поддержки преподавателям вузов в организации дисциплин, входящих в образовательную программу, которую будет осваивать студент с ОВЗ.

Для формирования учебно-методического контента цифровой модели адаптивной образовательной среды нужно выработать структуру учебного курса и масштабировать эту структуру на другие курсы. Это позволит обучающемуся легче адаптироваться к разнообразию дисциплин. В табл. 3 выделены основные компоненты учебного курса для студента с ОВЗ.

Цифровизация позволяет создавать индивидуальные образовательные маршруты, учитывающие особенности обучения, темп усвоения материала и предпочтительные форматы представления информации для каждого студента. Адаптивные платформы, системы машинного обучения и инструменты аналитики позволяют преподавателям отслеживать прогресс каждого студента и корректировать учебный процесс в режиме реального времени [18].

Цифровые инструменты не только адаптируют контент к потребностям студента, но и помогают раскрыть его уникальный потенциал. Так, студенты с дислексией могут использовать программы для чтения текста вслух, студенты с нарушениями моторики — специальные устройства ввода, а студенты с аутизмом — платформы для визуализации информации. Цифровизация предоставляет каждому студенту возможность учиться в своем темпе и использовать те инструменты, которые максимально соответствуют его потребностям.

Заключение

Требования к инклюзивному образованию в российском высшем образовании — это не просто набор формальных правил, а комплексный и динамичный процесс, требующий постоянного совер-

шенствования и инноваций. Ключевым фактором успеха является не только создание доступной среды и предоставление специализированной поддержки, но и формирование инклюзивной культуры, в которой каждый студент чувствует себя ценным и уважаемым членом сообщества. Только тогда инклюзивное образование сможет действительно реализовать свой потенциал и обеспечить равные возможности для всех.

Инклюзивное образование — это не просто социальная ответственность, а стратегическая инвестиция в будущее страны. Оно позволяет раскрыть потенциал каждого студента, создать более справедливое и равноправное общество и повысить конкурентоспособность страны на мировом рынке.

Цифровизация инклюзивного образования требует подготовки преподавателей к работе в цифровой среде. Преподаватели должны обладать цифровой грамотностью, уметь использовать цифровые инструменты и создавать доступный и увлекательный контент. Важно проводить тренинги и мастер-классы для преподавателей, направленные на развитие их цифровых компетенций и формирование инклюзивного подхода к обучению. Важно создать систему обратной связи, в которой студенты и преподаватели могут делиться своими отзывами и предложениями по улучшению цифровых инструментов и образовательных программ. Эта обратная связь должна учитываться при разработке новых инструментов и программ, чтобы они максимально соответствовали потребностям пользователей.

Актуальность цифровизации процесса инклюзивного образования в высшей школе обусловлена необходимостью создания более персонализированной, доступной и вовлекающей образовательной среды, в которой каждый студент может раскрыть свой потенциал и добиться успеха. Цифровизация может стать мощным инструментом для построения более справедливого и равноправного общества, в котором образование доступно для всех, независимо от их особенностей и потребностей.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Министерство образования и науки Российской Федерации. Режим доступа: <https://minobrnauki.gov.ru/press-center/news/molodezhnaya-politika/74549/>

2. Дудырев Ф. Ф., Рожкова К. В., Романова О. А., Травкин П. В. Обучение и трудоустройство студентов программ среднего профессионального образования с ограниченными возможностями здоровья и инвалидностью. *Мониторинг экономики образования*. 2020;(4):1—8.

3. Положение инвалидов. Федеральная служба государственной статистики. Режим доступа: <https://rosstat.gov.ru/folder/13964>

4. Ваняйкин Р. А., Петрова М. М., Каскаева Д. С., Пронина Е. А., Шимохина Н. Ю. Заболеваемость учащихся высших учебных заведений в условиях современного образовательного процесса и воздействия факторов среды обитания (обзор литературы). *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2024;(6):1259—66.

5. Федеральный закон «Об образовании в Российской Федерации» № 273-ФЗ. Режим доступа: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_140174/

6. Мальцева Т. Е. Инклюзивное образование в России: проблемы и возможности их решения. *Человек. Наука. Социум*. 2024;1(17):121—39.
7. Методические рекомендации по организации образовательного процесса для обучения инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья в образовательных организациях высшего образования, в том числе оснащённости образовательного процесса (утв. Министерством образования и науки РФ 8 апреля 2014 г. № АК-44/05вн). Режим доступа: <https://base.garant.ru/70680520/>
8. Бугайчук Т. В., Коряковцева О. А., Усанина Н. С., Юферова М. А. Инклюзивное образование в вузе в вопросах и ответах: учебно-методическое пособие. Под. ред. М. В. Новикова. Ярославль; 2018.
9. Инклюзивное образование на Юге России: время возможностей. Режим доступа: <https://vk.com/@-111818156-inkluzivnoe-obrazovanie-na-uge-rossii-vremya-vozmozhnostei-o>
10. Как на Кубани развивается инклюзивное образование. Режим доступа: <https://www.kommersant.ru/doc/7249871>
11. Инклюзивное образование. Режим доступа: <https://инклюзивноеобразование.рф/>
12. Инклюзивное образование. Режим доступа: <https://www.obrazov.org/>
13. Низамеева А. М. Инклюзивное образование: методы и практики. *Ученые записки Казанского филиала «Российского государственного университета правосудия»*. 2024;20:250—4.
14. Подход, основанный на возможностях. Режим доступа: <https://plato.stanford.edu/archIves/sum2020/entries/capability-approach/>
15. Сухушина Е. В., Мариненко Е. С., Вялова В. П. Особенности представления инвалидности в научном дискурсе: опыт практического исследования. *Вестник Томского государственного университета. Философия. Социология. Политология*. 2024;(82):183—98.
16. Халикова Д. Р., Хилькевич Е. В. Социокультурная инклюзия: концептуальные основы и тенденции развития. *Аутизм и нарушения развития*. 2022;20(2):4—12. doi: 10.17759/autdd.2022200201
17. Богомолов А. В., Бузинова Т. С. Проблема субъектности в историко-педагогическом дискурсе: к вопросу о теоретических предпосылках методологии AGILE. *Kant*. 2024;3(52):278—82.
18. Елькина И. Ю., Есина С. В., Запорожцева Г. Е., Комиссарова О. А., Рыбакова Н. А., Фролова С. В., Коновальчук А. Н. Гуманистические аспекты взаимодействия субъектов образовательного процесса современного вуза. М.; 2021.
3. The situation of persons with disabilities. Federal State Statistics Service. Available at: <https://rosstat.gov.ru/folder/13964> (in Russian).
4. Vanyaikin R. A., Petrova M. M., Kaskaeva D. S., Pronina E. A., Shimokhina N. Yu. Morbidity of students of higher educational institutions in the context of the modern educational process and the impact of environmental factors (literature review). *Problems of social hygiene, health care and the history of medicine*. 2024;(6):1259—66 (in Russian).
5. Federal Law “On Education in the Russian Federation” (No. 273-FZ) . Available at: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_140174/ (in Russian).
6. Maltseva T. E. Inclusive education in Russia: problems and solutions. *Man. Science. Society*. 2024;1(17):121—39 (in Russian).
7. Methodological recommendations for organizing the educational process for teaching disabled people and people with limited health capabilities in higher education institutions, including equipping the educational process (approved by the Ministry of Education and Science of the Russian Federation on April 8, 2014 N AK-44/05vn) . Available at: <https://base.garant.ru/70680520/> (in Russian).
8. Bugaychuk T. V., Koryakovtseva O. A., Usanina N. S., Yufanova M. A. Inclusive education at the university in questions and answers: a teaching aid. Ed. M. V. Novikov. Yaroslavl; 2018 (in Russian).
9. Inclusive education in the South of Russia: time of opportunities. Available at: <https://vk.com/@-111818156-inkluzivnoe-obrazovanie-na-uge-rossii-vremya-vozmozhnostei-o> (in Russian).
10. How inclusive education is developing in Kuban. Available at: <https://www.kommersant.ru/doc/7249871> (in Russian).
11. Inclusive education. Available at: <https://инклюзивноеобразование.рф/> (in Russian).
12. Inclusive education. Available at: <https://www.obrazov.org/> (in Russian).
13. Nizameeva A. M. Inclusive education: methods and practices. *Scientific notes of the Kazan branch of the “Russian State University of Justice”*. 2024;20:250—4 (in Russian).
14. Capability-based approach. Available at: <https://plato.stanford.edu/archIves/sum2020/entries/capability-approach/> (in Russian).
15. Sukhushina E. V., Marinenko E. S., Vyalova V. P. Features of the presentation of disability in scientific discourse: the experience of practical research. *Bulletin of Tomsk State University. Philosophy. Sociology. Political Science*. 2024;82:183—98 (in Russian).
16. Khalikova D. R., Khilkevich E. V. Sociocultural inclusion: conceptual foundations and development trends. *Autism and Developmental Disorders*. 2022;20(2):4—12. doi: 10.17759/autdd.2022200201 (in Russian).
17. Bogomolov A. V., Buzinova T. S. The problem of subjectivity in historical and pedagogical discourse: on the issue of theoretical prerequisites of the AGILE methodology. *Kant*. 2024;3(52):278—82 (in Russian).
18. Elkina I. Yu., Esina S. V., Zaporozhtseva G. E., Komissarova O. A., Rybakova N. A., Frolova S. V., Konovalchuk A. N. Humanistic aspects of the interaction of subjects of the educational process of a modern university. Moscow; 2021 (in Russian).

Поступила 19.08.2024
Принята в печать 30.10.2024

REFERENCES

1. Ministry of Education and Science of the Russian Federation. Available at: <https://minobrnauki.gov.ru/press-center/news/molodezhnaya-politika/74549/> (in Russian).
2. Dudryev F. F., Rozhkova K. V., Romanova O. A., Travkin P. V. Training and employment of students of secondary vocational education programs with disabilities. *Monitoring the Economics of Education*. 2020;(4):1—8 (in Russian).

Шинкарева Н. В.^{1,2}, Горенков Р. В.¹, Пономарева Я. М.³, Александрова О. Ю.¹, Шинкарев С. В.², Фержауи А. В.⁴

**АНАЛИЗ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ, ВЛИЯЮЩИХ НА АДАПТАЦИЮ СОТРУДНИКОВ ПОЛИКЛИНИК
К ИЗМЕНЕНИЯМ В РАБОТЕ, В ТОМ ЧИСЛЕ В РЕЗУЛЬТАТЕ ВНЕДРЕНИЯ ПРОЕКТНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ**

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

²ГБУЗ МО «Красногорская больница», 143410, г. Красногорск;

³ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт имени М. Ф. Владимирского», 129110, г. Москва;

⁴ГБПОУ МО «Московский областной медицинский колледж», 143432, г. Москва

Внедрение бережливых технологий в медицинские организации, оказывающие первичную медико-санитарную помощь (ПМСП), по многим критериям реализуется за счет проектной деятельности. При этом опыт реализации проектов показывает различные по эффективности результаты в поликлиниках Московской области, что отчасти связано с психологическими особенностями сотрудников, неготовностью к изменениям в работе. Цель исследования — оценка некоторых психологических характеристик медицинских работников первичного звена здравоохранения, которые могут повлиять на внедрение изменений основных процессов в работе поликлиник.

Проведено анкетирование 3978 руководителей и работников поликлиник Московской области по дифференциальному типу рефлексии, когнитивной регуляции эмоций, интегральным типам коммуникативной агрессивности для анализа психологического статуса сотрудников поликлиник, в которых внедряется проектная деятельность. По дифференциальному типу рефлексии средний уровень системной рефлексии снижен у 62,6% респондентов, у 7% выявлена выраженность показателя квазирефлексия, у 20,78% установлено отклонение по параметру интроспекция. По когнитивной регуляции эмоций самообвинение у 32,5% респондентов превышало «норму», показатель руминация у 22,8% протестированных работников был выше «нормы», отклонение от «нормы» по параметрам катастрофизация отмечено у 7,9%, обвинение других — у 4,5%, принятие у 70,6% респондентов снижено, позитивная перефокусировка у 77,7% сотрудников поликлиник развития недостаточно, рассмотрение в перспективе у 65,8% респондентов недостаточно развито, фокусировка на планирование у 51,2% выражена слабо. По интегральным типам коммуникативной агрессивности анализ средних показателей по группам показал невысокий уровень коммуникативной агрессии. При этом у 85,9% респондентов отмечен показатель выше среднего по параметру «неумение переключать агрессию на деятельность или неодушевленные объекты».

Для повышения эффективности результатов работы по внедрению изменений в рамках проектной деятельности необходимо проводить психологическую работу с персоналом медицинских организаций в индивидуальном и групповом (тренинговом) формате.

К л ю ч е в ы е с л о в а: психологический статус; первичная медико-санитарная помощь; рефлексия; коммуникативная агрессивность; проектная деятельность.

Для цитирования: Шинкарева Н. В., Горенков Р. В., Пономарева Я. М., Александрова О. Ю., Шинкарев С. В., Фержауи А. В. Анализ психологических факторов, влияющих на адаптацию сотрудников поликлиник к изменениям в работе, в том числе в результате внедрения проектной деятельности. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2025;33(3):509—516. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2025-33-3-509-516>

Для корреспонденции: Шинкарева Наталья Владимировна, мл. науч. сотр. отдела изучения образа жизни и охраны здоровья населения ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н. А. Семашко» Минобрнауки России, зав. Региональным центром организации первичной медико-санитарной помощи, врач-методист Красногорской больницы, e-mail: natalya.shinkareva@gmail.com

Shinkareva N. V.^{1,2}, Gorenkov R. V.¹, Ponomareva I. M.³, Alexandrova O. Yu.¹, Shinkarev S. V.², Ferzhau A. V.⁴

**THE ANALYSIS OF PSYCHOLOGICAL FACTORS IMPACTING ADAPTATION OF WORKERS OF
POLYCLINICS TO ALTERATIONS IN WORK INCLUDING ONES RESULTED FROM IMPLEMENTATION
OF PROJECT ACTIVITIES**

¹N. A. Semashko National Research Institute of Public Health, 105064, Moscow, Russia;

²The State Budget Institution of Moscow Oblast “The Krasnogorsk Hospital”, 143410, Krasnogorsk, Russia;

³The State Budget Institution of Moscow Oblast “The M. F. Vladimirsky Moscow Oblast Research Clinical Institute”, 129110, Moscow, Russia;

⁴The State Budget Professional Educational Institution “The Moscow Oblast Medical College”, 143432, Moscow, Russia

According to many criteria, implementation of lean technologies into medical organizations rendering primary health care is implemented through project activities. At that, experience of implementation of projects presents different results in terms of efficiency in clinics of the Moscow Oblast that is partly related to psychological characteristics of employees and unpreparedness for changes in work.

The purpose of the study is to assess particular psychological characteristics of medical workers in primary health care organizations which may affect implementation of changes in basic processes in functioning of clinics.

The questionnaire survey of 3 978 managers and workers of polyclinics of the Moscow Oblast was carried out concerning differential type of reflection, cognitive regulation of emotions and integral types of communicative aggressiveness to analyze psychological status of workers of polyclinics where project activities were implemented.

According to differential type of reflection average level of systemic reflection is decreased in 62.6% of respondents. In 7% evidence of quasi-reflection indicator was revealed. In 20.78% of employees deviation in introspection parameter was detected. On cognitive regulation of emotions self-blame was above “norm” in 32.5% of respondents; indicator of rumination was above “norm” in 22.8% of workers, deviation from the “norm” in terms of catastrophizing was marked in 7.9%, blaming others in 4.5%, acceptance was decreased in 70.6% of respondents, positive refocusing was insufficient in 77.7% of workers of polyclinics, perspective consideration was insufficient in 65.8% of respondents; and 51.2% of respondents had weak focusing on planning. On integral types of communicative aggressiveness low level of communicative aggression

was established. At that, in 85.9% of respondents parameter "inability to switch aggression to activities or inanimate objects" was above average value.

To increase efficiency of results of implementation of changes within the framework of project activities it is necessary to carry out psychological work with personnel of medical organizations in individual and group (training) format.

Key words: psychological status; primary health care; reflection; communicative aggressiveness; project activity.

For citation: Shinkareva N. V., Gorenkov R. V., Ponomareva I. M., Alexandrova O. Yu., Shinkarev S. V., Ferzhau A. V. The analysis of psychological factors impacting adaptation of workers of polyclinics to alterations in work including ones resulted from implementation of project activities. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhranenia i istorii meditsini*. 2025;33(3):509–516 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2025-33-3-509-516>

For correspondence: Shinkareva N. V., the Junior Researcher of the Department of Study of Life-Style and Population Health Protection of the Federal State Budget Scientific Institution The N. A. Semashko National Research Institute of Public Health of the Minobrnauka of Russia. e-mail: natalya.shinkareva@gmail.com

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support.

Received 26.06.2024

Accepted 30.10.2024

Введение

Внедрение бережливого производства в медицинских организациях напрямую зависит от уровня теоретических знаний и степени вовлеченности сотрудников в процессы изменения организации работы, их навыков и опыта реализации проектов. Это находит отражение в активности сотрудников, их взаимодействии друг с другом, сопротивлении полной или частичной перестройке процессов [1–5].

По данным международного опыта внедрения бережливых технологий в медицинские организации, определяющую роль играет «человеческий фактор» [1, 6]. Для сотрудников поликлиник проектная деятельность с применением lean-технологий, направленная на изменение привычной организации основных процессов, идущая вразрез со сложившимся укладом и предыдущим опытом работы, является стрессом.

Оценка психологических факторов, влияющих на адаптацию сотрудников поликлиник к изменениям в работе, актуальна не только для нашей страны, но и за рубежом [6–10].

В данном исследовании авторы оценивали психологический статус сотрудников поликлиник, а также потенциальную возможность эффективных коммуникаций, в том числе в ходе реализации проектной деятельности.

Психологический статус сотрудников первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) отражается в таких критериях, как рефлексия, когнитивная регуляция эмоций, коммуникативная агрессивность.

Рефлексия является одним из наиболее важных механизмов межличностного восприятия, она представляет собой способность сознательно обращать внимание на свои мысли, эмоции и поведение, оценивать принятые решения и перспективы, это обращение внимания на себя, переосмысление, анализ [11–13].

Когнитивная регуляция эмоций проявляется как в деструктивных мыслительных стратегиях, нарушающих адаптацию, в том числе профессиональную, снижающих работу приспособительных механизмов в условиях трудовой деятельности, (самообвинение, руминации, катастрофизация и обвинение

других), так и в продуктивных, способствующих успешной адаптации, в том числе профессиональной (принятие, позитивная перефокусировка, фокусирование на планировании, позитивная переоценка и рассмотрение в перспективе) [14–16].

Коммуникативная агрессия в общении между людьми проявляется в действии одного из коммуникаторов с целью получения преимуществ статусного, личностного, делового, психологического или иного характера [17].

Цель исследования — оценка некоторых психологических характеристик администрации и работников медицинских организаций, оказывающих ПМСП населению Московской области, которые могут повлиять на эффективность результатов при внедрении изменений в организацию работы поликлиник в ходе проектной деятельности.

Материалы и методы

Для объективной оценки психологического статуса руководства и медицинских работников первичного звена здравоохранения Московской области проведено анкетирование 3978 человек в поликлиниках Московской области. В их число вошли руководители ($n=119$), врачи и фармацевты ($n=1076$), фельдшеры ($n=175$), медицинские сестры/братья ($n=2184$), младший медицинский персонал ($n=67$), административный немедицинский персонал ($n=357$).

Все сотрудники в той или иной мере участвовали в реализации регионального проекта «Новая модель медицинской организации, оказывающей ПМСП» и ведомственного проекта «Поликлиника: перезагрузка» в Московской области. Опрос проведен в октябре 2023 г.

В опросе приняли участие женщины ($n=3734$) и мужчины ($n=244$) возрастных групп от 18 до 65 лет и старше. Исследование проводили анонимно в электронном формате по принципу доступности.

Применен следующий психодиагностический инструментарий:

1. Опросник «Дифференциальный тип рефлексии» — психодиагностическая методика, разработанная с целью диагностики типа рефлексии как устойчивой личностной черты. Разработана Д. А. Ле-

онтьевым, Е. М. Лаптевой, Е. Н. Осиным и А. Ж. Салиховой [13].

Продуктивная системная рефлексия связана с тем, что человек может взглянуть на себя со стороны. Это позволяет охватить одновременно фокус на личных качествах и состояниях в данный момент времени, а также оценить свое актуальное поведение.

Квазирефлексия направлена на объект, не имеющий отношения к актуальной жизненной ситуации, и по сути является отвлечением внимания в отдельный момент времени на посторонние предметы.

Интроспекция (самокопание) обусловлена сосредоточенностью на собственных переживаниях и состояниях, что также может формировать защитные формы поведения и реакции в виде проекции, что сопровождается раздражением, обидой, астеническими и депрессивными состояниями

2. Опросник когнитивной регуляции эмоций
(N. Garnefski, V. Kraaij, адаптация Е. И. Рассказовой,
А. Б. Леоновой, И. В. Плужникова).

Целесообразно рассматривать показатели опросника когнитивной регуляции эмоций, разделив их на две группы: деструктивные (самообвинение, руминация, катастрофизация и обвинение других) и конструктивные (принятие, позитивная перефокусировка, рассмотрение в перспективе и позитивная переоценка) механизмы регуляции эмоций. Отнесение результатов по данной методике приводилось согласно эмпирической верификации, проведенной Е. И. Рассказовой, А. Б. Леоновой, И. В. Плужниковым в «Разработке русскоязычной версии опросника когнитивной регуляции эмоций» [14].

3. Определение интегральных форм коммуникативной агрессивности (анкета В. В. Бойко).

Для обработки полученных данных в изучаемой выборке использовали методы описательной статистики (descriptive statistics). Обработка полученных массивов данных по результатам психодиагностики проведена в программе MS Excel с пакетом надстроек «Анализ данных». Целью использования методов описательной статистики является углубленное описание полученных исследовательских данных для осмысления и возможного дальнейшего выдвижения и тестирования статистических гипотез. Для расчетов использовали следующие параметры результатов психодиагностического обследования: среднее арифметическое (M), среднеквадратичное (стандартное) отклонение (SD), доверительный интервал. Данные расчетные показатели сравнивали с

нормативными границами тестовых баллов в выше-описанных психодиагностических методиках. Для проверки наличия или отсутствия статистически значимой разницы в средних значениях между исследуемыми группами применяется однофакторный дисперсионный анализ.

Результаты опросника «Дифференциальный тип рефлексии»

Проведена оценка по трем видам рефлексии: системная рефлексия, квазирефлексия и интроспекция.

В исследуемых группах средний уровень системной рефлексии ниже показателя выраженности системной рефлексии согласно шкале (расчетный показатель системной рефлексии — 39,58 балла и выше) у 2490 из 3978 сотрудников поликлиник ($M=35,34$; $SD=7,53$; см. таблицу).

При этом отклонения от нормы у врачей и медицинского персонала наблюдались в 60,69 и 60,61% случаев соответственно. У фельдшеров, младшего медицинского персонала и руководителей структурных подразделений отклонения от нормы были выше: 67,43; 68,66 и 68,91% соответственно (рис. 1). Дисперсионный анализ по показателю системной рефлексии показал отсутствие достаточных доказательств статистической разницы между исследуемыми группами $F=1,41$; $p=0,22$ (при $p<0,05$, $F_{\text{критич.}} = 2,22$).

У 93% респондентов показатели квазирефлексии не выражены (соответствуют диапазону 27,39 балла и ниже), у 7% выявлена выраженность показателя квазирефлексия, которая может проявиться в работе отвлечением внимания от выполнения непосредственной задачи ($M=18,14$; $\sigma=5,98$). Статистические различия между группами сотрудников поликлиник требуют дальнейшего изучения ($F(2,22)=6,93$; $p=2,11$ (при $p<0,05$)).

Тестирование показало, что у 830 из 3978 респондентов есть отклонение от расчетного диапазона по параметру интроспекция ($M=19,39$; $\sigma=6,06$). Статистические различия между группами респондентов указывают на необходимость проведения дополнительных исследований для поиска причин и факторов различий ($F(2,22)=11,92$; $p=2,56$ (при $p<0,05$)).

Результаты опросника когнитивной регуляции эмоций

Средние значения показателей по большинству шкал опросника когнитивной регуляции эмоций

Результаты психодиагностического исследования: определение интегральных форм коммуникативной агрессивности сотрудников медицинских организаций первичного звена здравоохранения (при $p < 0,05$)

[illegible]

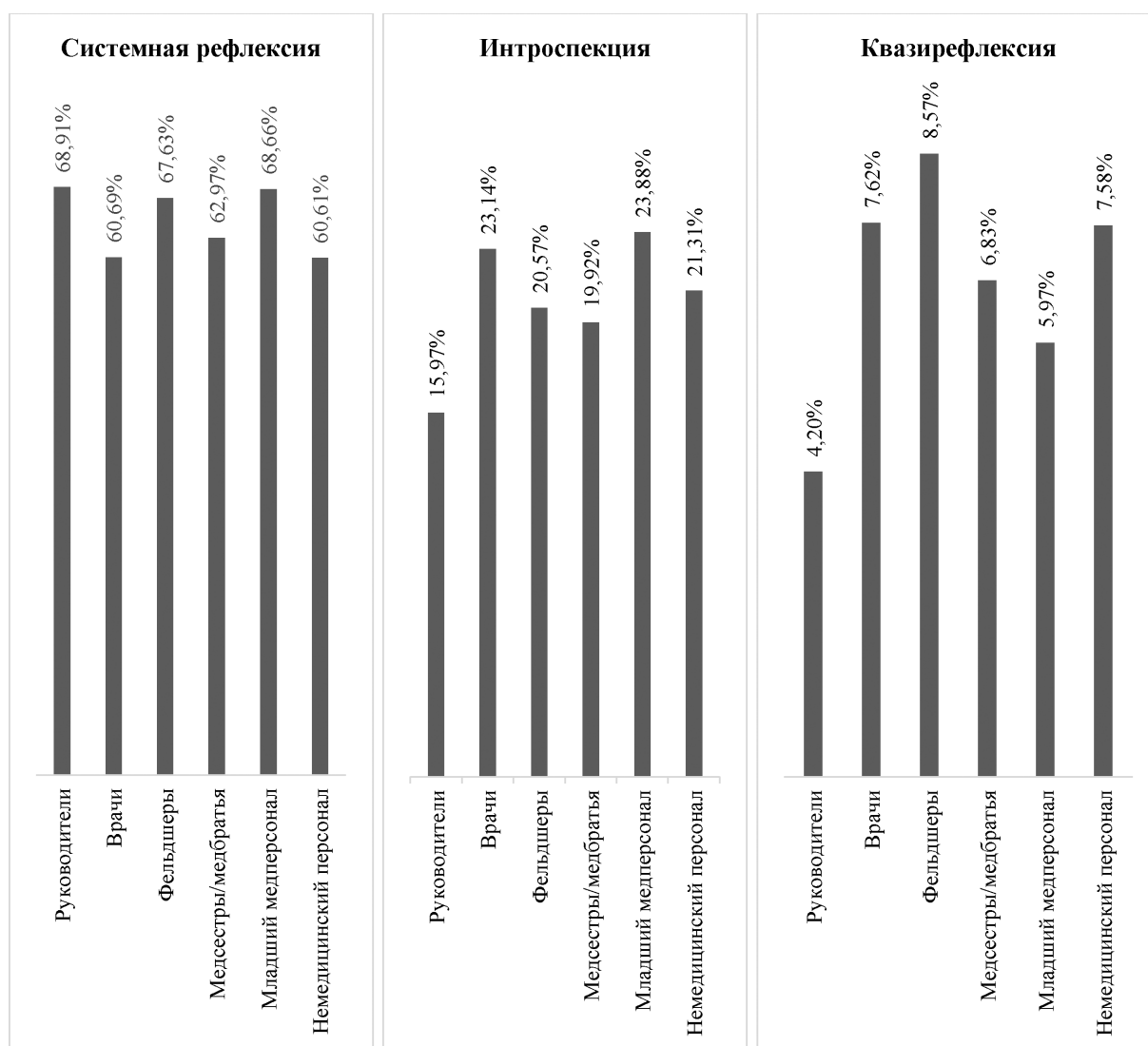


Рис. 1. Доля сотрудников медицинских организаций, у которых показатель типа рефлексии не соответствует расчетному диапазону по шкале (при $p < 0,05$).

находятся в диапазоне от 10,0 до 12,4 балла (при максимуме 20 баллов). Исключение составляют только значения показателей по шкалам «катастрофизация» ($F(2,22)=2,92$; $p=0,01$ (при $p < 0,05$)) и «обвинение других» ($F(2,22)=4,07$; $p=0,00$ (при $p < 0,05$)), оценки по которым ниже абсолютного среднего и составляют 8,14 и 7,98 балла соответственно (табл. 2).

Деструктивные механизмы регуляции эмоций

Самообвинение, проявляющееся в осуждении самого себя, агрессии по отношению к самому себе в течение длительного времени у 32,5% респондентов выше «нормы», среднее значение составило $M=10,35$; $SD=3,21$. При этом наиболее часто проблема проявляется у руководителей структурных подразделений — отклонения наблюдались у 33,61%, меньше всего подвержены ей младший медицинский и немедицинский персонал (25,37 и 31,82% соответственно; рис. 2). Значимая статистическая раз-

ница между исследуемыми группами отсутствует ($F(2,22)=1,41$; $p=0,22$ (при $p < 0,05$)).

Руминация — постоянное прокручивание негативных мыслей, воспоминаний, которые сами по себе способны вызвать стресс без объективных на то причин. У 22,8% протестированных сотрудников показатель по данному механизму регуляции эмоций выше «нормы», среднее значение составило $M=10,01$; $SD=3,33$. У 25,76% немедицинского персонала встречается данная проблема, наименее ей подвержены руководители структурных подразделений (15,97%).

Отклонение от «нормы» по параметрам катастрофизация (среднее значение — $M=8,14$; $SD=2,85$), и обвинение других (среднее значение — $M=7,98$; $SD=2,35$) встречается у 7,9 и 4,5% соответственно. Статистические различия по параметрам руминация и катастрофизация практически идентичны и требуют дальнейшего сравнения между конкретными группами ($F(2,22)=2,92$; $p=0,01$ (при $p < 0,05$)).

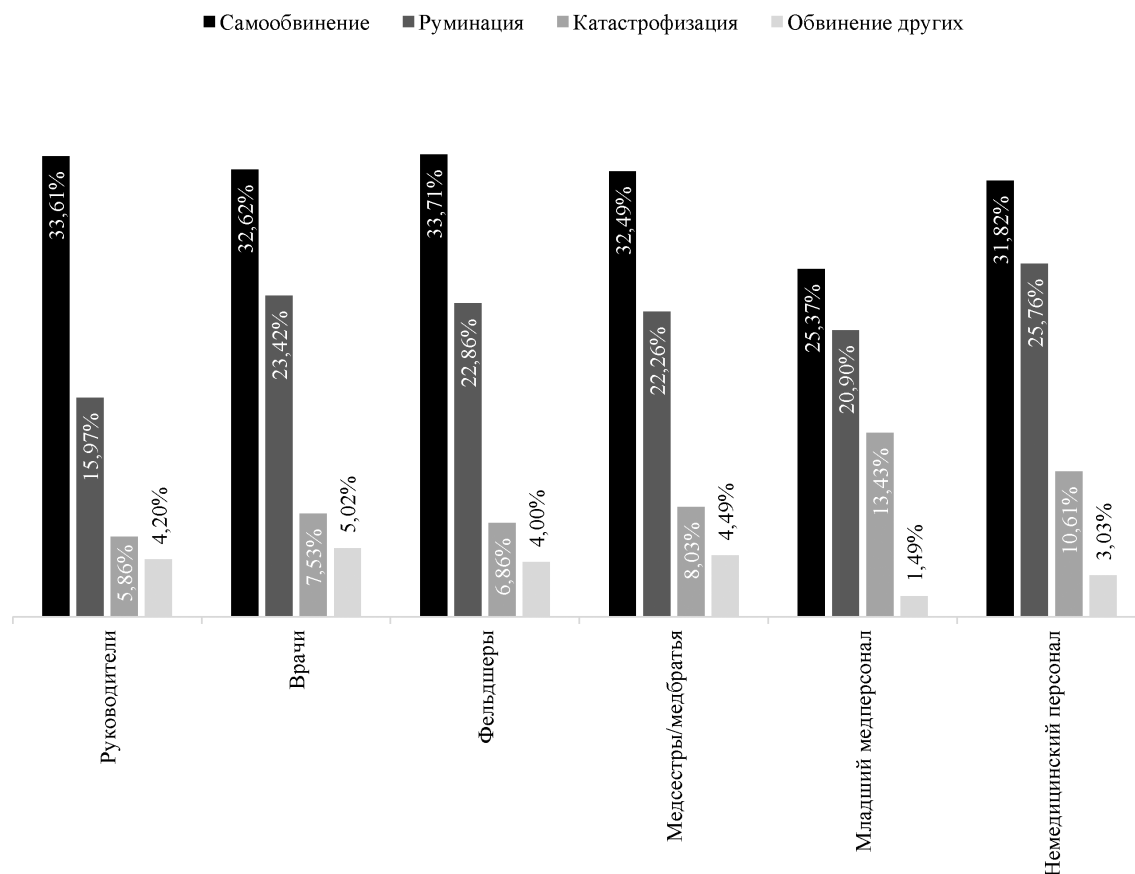


Рис. 2. Доля сотрудников медицинских организаций, у которых показатель деструктивной регуляции эмоций ниже «нормы» (при $p < 0,05$).

Позитивные механизмы регуляции эмоций

Принятие — у 70,6% респондентов снижено признание текущей ситуации (обращение спокойного и ясного внимания и к возможностям, и к ограничениям). Наиболее часто встречается у немедицинского персонала (77,27%), реже у руководителей структурных подразделений (69,75%), среднее значение составило $M=10,83$; $SD=3,32$ (рис. 3). Статистические различия незначительны ($F(2,22)=2,62$; $p=0,02$ (при $p < 0,05$)).

Позитивная перефокусировка проявляется в способности отвращения от текущих неприятностей на что-нибудь приятное, у 77,7% она развита недостаточно. Наиболее часто эта проблема встречается у немедицинского персонала (у 83,33%), среднее значение составило $M=10,33$; $SD=3,33$ ($F(2,22)=0,18$; $p=0,02$ (при $p < 0,05$)).

Рассмотрение в перспективе означает сравнение сложных неприятных событий с другими ситуациями и снижение значимости негативных переживаний, у 65,8% оно развито недостаточно, среднее значение составило $M=11,31$; $SD=3,44$, наиболее часто встречается у руководителей структурных подразделений и младшего медицинского персонала (73,95 и 74,63% соответственно; $F(2,22)=2,55$; $p=0,03$ (при $p < 0,05$)).

Позитивная переоценка заключается в приложении усилий по преодолению негативных пережива-

ний, связанных с трудной (стрессовой) ситуацией, проявляющаяся в поиске и сосредоточении на положительном смысле ситуации, позитивных изменениях собственной личности. У 53,7% сотрудников поликлиник она недостаточно проявляется, особенно у фельдшеров (58,29%), среднее значение составило $M=12,32$; $SD=3,79$ ($F(2,22)=1,55$; $p=0,17$ (при $p < 0,05$)).

Фокусировка на планирование представляет собой способность определить, какие следующие шаги необходимо предпринять по отношению к случившемуся, какие преимущества в дальнейшем несут эти изменения. У 51,2% респондентов данный показатель выражен слабо, среднее значение составило $M=12,34$; $SD=3,53$, наиболее часто сложности в отношении данного фактора встречаются у фельдшеров (56,57%; $F(2,22)=1,57$; $p=0,16$ (при $p < 0,05$)).

Определение интегральных форм коммуникативной агрессивности

Обратимся к полученным результатам по исследованию уровня и характера коммуникативной агрессивности у медицинских работников.

Большинство ответов респондентов были искренними, за исключением 468 респондентов, что составляет 10% по категории работников, которые отвечали признакам неискренности ответов, свидетельствующим об их стремлении соответствовать

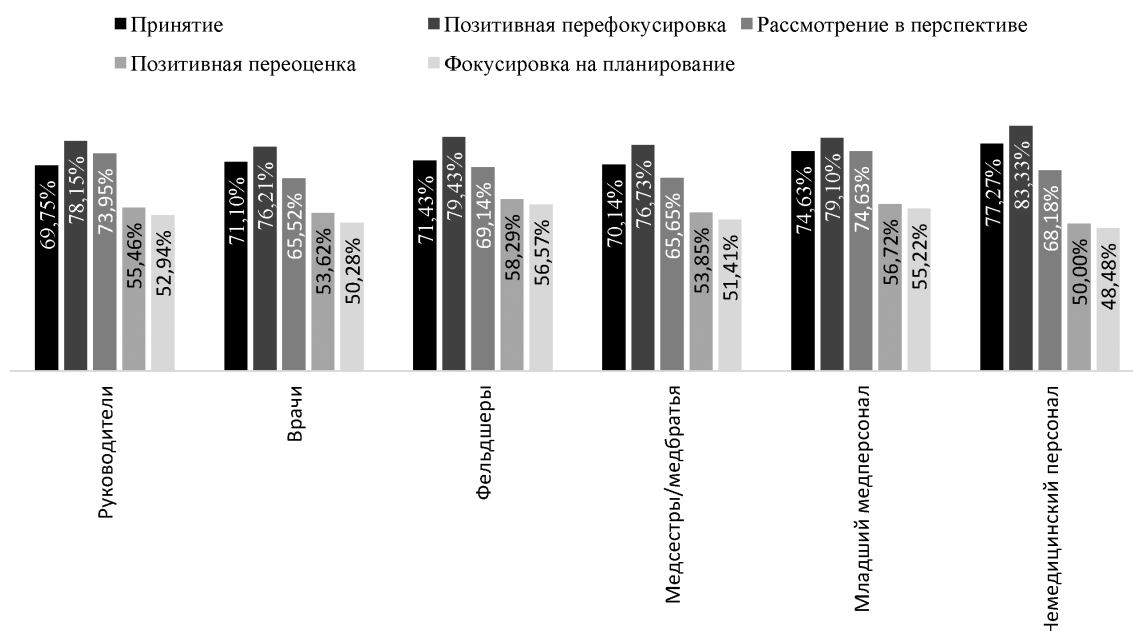


Рис. 3. Доля сотрудников медицинских организаций, у которых показатель конструктивной регуляции эмоций ниже «нормы» (при $p < 0,05$).

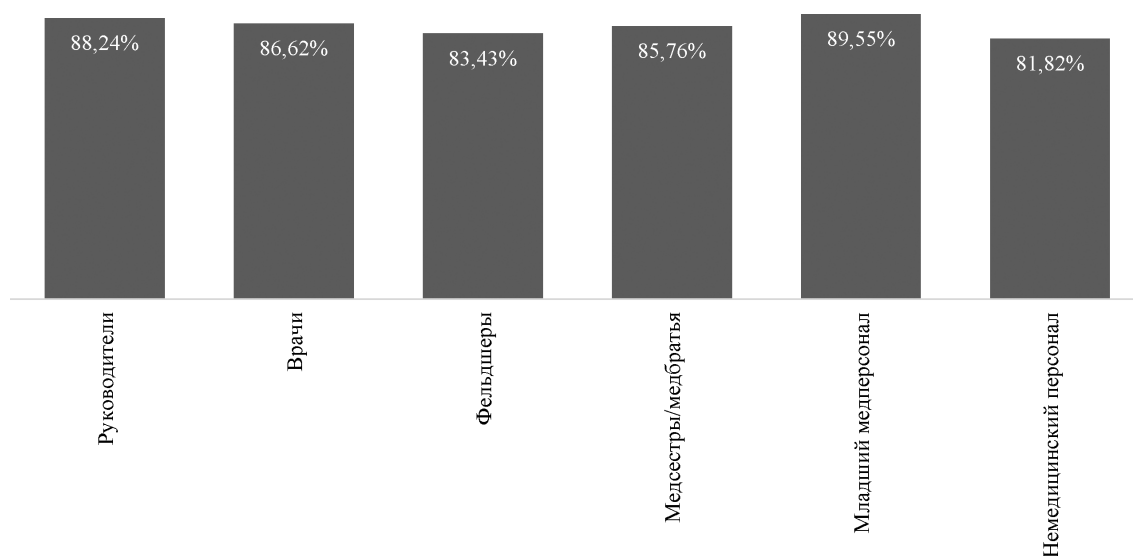


Рис. 4. Доля сотрудников медицинских организаций, у которых показатель неумения переключать агрессию на деятельность или неодушевленные объекты выше среднего (при $p < 0,05$).

социальной норме. Такие показатели встречаются у людей со сниженной самокритичностью и завышенными притязаниями.

Анализ средних показателей по группам показал невысокий уровень коммуникативной агрессии (см. таблицу). Но отдельные индивидуальные результаты по интегральному показателю уровня коммуникативной агрессии находятся в среднем и повышенном диапазоне, что требует работы медицинского психолога с такими сотрудниками по выявлению причин их поведения и коррекции поведения. Среднее значение показателей коммуникативной формы агрессии составило $M=15,93$; $SD=7,24$.

Если посмотреть на результаты по видам коммуникативной агрессии, то обращает на себя внима-

ние показатель «неумение переключать агрессию на деятельность или неодушевленные объекты», который встречается у 85,9% респондентов (рис. 4).

Обсуждение

Проблеме профессионального выгорания работников медицинских организаций уделяется большое внимание исследователями за рубежом и в нашей стране [5—11]. При этом воздействию других психологических факторов медицинских работников первичного звена здравоохранения, влияющих на изменение в организации работы, уделяется его недостаточно.

Анализ результатов опросника «Дифференциальный тип рефлексии» выявил снижение уровня

Образование и кадры

системной рефлексии у 62% респондентов, что несет риски невыполнения и/или задержки по срокам поставленных задач, поэтому существует необходимость в специально организованном обучении по данному параметру указанной категории респондентов.

У 21% респондентов отклонение от нормы по показателю интроспекция не позволяет сосредоточиться на профессиональной деятельности, ее логике и алгоритме, что также снижает продуктивность функционирования медицинского работника.

Отклонения по показателю квазирефлексия имеют 7% респондентов, что может не только ухудшать эффективность профессиональной деятельности, но и стать основой для медицинских ошибок, снижения усвоения новой информации.

Таким образом, при внедрении изменений в организацию работы медицинских организаций, в том числе при реализации проектной деятельности, требуется регулярная работа с сотрудниками по информированию их о наличии выявленных проблем, путях их решения, обучению проектной деятельности, а также постоянная поддержка и координация работы каждого участника проекта, стандартизация процессов с применением простых пошаговых алгоритмов.

Статистические различия между группами респондентов по показателям интроспекция и квазирефлексия требуют дальнейшего изучения причин и факторов различий.

В трудных жизненных ситуациях обычно используются мыслительные (когнитивные) стратегии для того, чтобы справиться с сильными эмоциональными переживаниями, поэтому в течение сознательной жизни человек вырабатывает как продуктивные, так и деструктивные мыслительные стратегии в процессе регуляции своих эмоциональных переживаний.

Каждый третий сотрудник имеет склонность винить себя и каждый пятый — заикливаться на негативных переживаниях. У руководителей структурных подразделений реже встречаются отклонения показателей по деструктивным механизмам регуляции эмоций (за исключением самообвинения).

Около 70% сотрудников имеют сложности с принятием ситуации (изменений), с рассмотрением в перспективе и позитивной перефокусировке. Более 50% опрошенных респондентов затрудняются с фокусировкой на планирование и позитивной переоценкой. При этом не отмечено существенной разницы по частоте отклонений от нормы у разных категорий должностей сотрудников поликлиник, поэтому при внедрении изменений важно регулярно проводить анализ достигнутых результатов, руководствоваться принципом выявления проблем, а не поиска виновных, определения мероприятий, направленных на устранение причин проблем, а не наказания виноватых.

Анализ распространенности проблем с позитивными механизмами регуляции эмоций показывает, что при повышении психоэмоциональных нагрузок

в критической ситуации (например, как было в пандемию новой коронавирусной инфекции, значительные перестройки организации работы поликлиники с изменением функциональных обязанностей сотрудников) данного потенциала может быть недостаточно для восполнения психических сил и ресурсов в целях реализации профессиональной деятельности. Следует рассмотреть возможность проведения регулярных тренингов с профессиональными психологами, внедрения корпоративной культуры, организацию мероприятий, направленных на достижение общих целей [6].

Определение коммуникативной агрессии имеет значение с учетом постоянного взаимодействия сотрудников поликлиник с пациентами, а также с другими сотрудниками в рамках выполнения ими профессиональных обязанностей. С помощью агрессии сотрудник может защищаться от реального или мнимого нападения, демонстрировать свою силу и самоутверждаться, организовать для себя психологическую разрядку, если накапливается неудовлетворенность своей работой или своим служебным положением. Коммуникативная агрессия может проявляться в ответ на внедрение изменений, негативно влиять на совместную реализацию проектов сотрудниками медицинских организаций.

По сути — это нейтрализация агрессии на людей и перевод ее энергетического потенциала на деятельность или неодушевленные объекты. Такая анонимная (пассивная) агрессия — это подавление недовольства или гнева менее агрессивными проявлениями. Это может поддаваться корректировке при работе с психологом для снижения коммуникативной агрессии и канализации ее в социально приемлемых формах деятельности.

Таким образом, внедрение изменений при реализации проектной деятельности должно проводиться с регулярным информированием сотрудников, с объяснением текущего статуса в организации работы поликлиник, отрицательных моментов (без поиска виновных), понятным алгоритмом перехода на новую модель работы, организацией обратной связи от сотрудников о результатах внедрения и корректировке при необходимости вводимых изменений.

Заключение

Исследование позволяет сделать следующие выводы:

1. Психологический портрет сотрудников первичного звена здравоохранения включает некоторые психологические характеристики, которые затрудняют адаптацию сотрудников к стрессовым ситуациям, в том числе внедрению изменений в организацию работы поликлиники.
2. Для повышения эффективности результатов работы по внедрению изменений в рамках проектной деятельности необходимо проводить психологическую работу с персоналом медицинских организаций в индивидуальном

и групповом (тренинговом) формате с целью развития коммуникативных навыков, профилактики внутриличностных конфликтов, развития эмоционального интеллекта.

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

ЛИТЕРАТУРА

- Costa da Silva Bandeira R., Araújo de Souza Jr A., Rebelo Bandeira S., Albuquerque de Oliveira M. The Lean Healthcare approach in health services: A Systematic Review of the Literature. *Int. J. Innovat. Educat. Res.* 2020;8(7):14–30. doi: 10.31686/ijer.vol8.iss7.2403
- Шинкарева Н. В., Кустов Е. В., Ирхина Е. А., Орлов С. А., Горенков Р. В. Инструменты и методы бережливого производства, применяемые на разных этапах жизненного цикла реализации проекта «создание и тиражирование новой модели медицинской организации». *Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья им. Н. А. Семашко.* 2023;(2):19–25. doi: 10.25742/NRIPH.2023.02.003
- Blouin-Delisle C. H., Drolet R., Gagnon S., Turcotte S., Boutet S., Coulombe M., Daneau E. Improving flow in the OR. *Int. J. Health Care Qual. Assur.* 2018;31(2):150–61. doi: 10.1108/IJHCQA-01-2017-0014
- Gupta S., Kapil S., Sharma M. Improvement of laboratory turnaround time using lean methodology. *Int. J. Health Care Qual. Assur.* 2018 May 14;31(4):295–308. doi: 10.1108/IJHCQA-08-2016-0116
- Al Hroub A., Obaid A., Yaseen R., El-Aqoul A., Zghool N., Abu-Khudair H., Al Kakani D., Alloubani A. Improving the Workflow Efficiency of An Outpatient Pain Clinic at A Specialized Oncology Center by Implementing Lean Principles. *Asia Pac. J. Oncol. Nurs.* 2019 Oct-Dec;6(4):381–8. doi: 10.4103/apjon.apjon_21_19
- Pogosova N. V., Isakova S. S., Sokolova O. Y., Ausheva A. K., Zhetishева R. A., Arutyunov A. A. Occupational Burnout, Psychological Status and Quality of Life in Primary Care Physicians Working in Outpatient Settings. *Kardiologiya.* 2021 Jul 1;61(6):69–78. doi: 10.18087/cardio.2021.6.n1538 (in Russian, English).
- Upadhaya N., Regmi U., Gurung D., Luitel N. P., Petersen I., Jordans M. J. D., Komproe I. H. Mental health and psychosocial support services in primary health care in Nepal: perceived facilitating factors, barriers and strategies for improvement. *BMC Psychiatry.* 2020 Feb 13;20(1):64. doi: 10.1186/s12888-020-2476-x
- Dall'Ora C., Ball J., Reinius M., Griffiths P. Burnout in nursing: a theoretical review. *Hum. Resour. Health.* 2020 Jun 5;18(1):41. doi: 10.1186/s12960-020-00469-9
- Jakobsen L., Olsen R. M., Brinchmann B. S., Devik S. A. Developing and Testing Digital Ethical Reflection in Long-Term Care: Nurses' Experiences. *SAGE Open Nurs.* 2023 Jan 12;9:23779608221150725. doi: 10.1177/23779608221150725
- Матюшкина Е. Я., Рой А. П., Рахманина А. А., Холмогорова А. Б. Профессиональный стресс и профессиональное выгорание у медицинских работников. *Современная зарубежная психология.* 2020;9(1):39–49. doi: 10.17759/jmfp.2020090104
- Соловьева О. В., Ортман И. В. Экспериментальное исследование развития рефлексивных умений педагогов как условия профилактики профессионального выгорания. *Психология. Историко-критические обзоры и современные исследования.* 2020;9(2A):34–43. doi: 10.34670/AR.2020.88.70.004
- Матюшкина Е. Я., Кантемирова А. А. Профессиональное выгорание и рефлексия специалистов помогающих профессий. *Консультативная психология и психотерапия.* 2019;27(2):50–68. doi: 10.17759/cpp.2019270204
- Леонтьев Д. А., Осин Е. Н. Рефлексия «хорошая» и «дурная»: от объяснительной модели к дифференциальной диагностике. *Психология. Журнал ВШЭ.* 2014;(4).
- Рассказова Е. И., Леонова А. Б., Плужников И. В. Разработка русскоязычной версии опросника когнитивной регуляции эмоций. *Вестник Московского университета. Серия 14. Психология.* 2011;(4):161–79.
- Польская Н., Мухаметзянова М. Особенности эмоциональной регуляции в связи со стрессом и выгоранием. *Психологические исследования.* 2018;11(61). doi: 10.54359/ps.v11i61.264
- Писарева О. Л., Гриценко А. Когнитивная регуляция эмоций. *Философия и социальные науки: Научный журнал.* 2011;(2):64–9. Режим доступа: <http://elibr.bsu.by/handle/123456789/8816>
- Горелик П. Л., Русакова М. М., Куценко Л. В. Речевая агрессия как стратегическая коммуникация. *Филологические науки. Вопросы теории и практики.* 2022;15 (4):1242–6.

Поступила 26.06.2024
Принята в печать 30.10.2024

REFERENCES

- Costa da Silva Bandeira R., Araújo de Souza Jr A., Rebelo Bandeira S., Albuquerque de Oliveira M. The Lean Healthcare approach in health services: A Systematic Review of the Literature. *Int. J. Innovat. Educat. Res.* 2020;8(7):14–30. doi: 10.31686/ijer.vol8.iss7.2403
- Shinkareva N. V., Kustov E. V., Irkhina E. A., Orlov S. A., Gorenkov R. V. Tools and methods of lean production used at different stages of the life cycle of the project “creation and replication of a new model of a medical organization”. *Bulletin of the National Research Institute of Public Health named after N. A. Semashko.* 2023;(2):19–25. doi: 10.25742/NRIPH.2023.02.003 (in Russian).
- Blouin-Delisle C. H., Drolet R., Gagnon S., Turcotte S., Boutet S., Coulombe M., Daneau E. Improving flow in the OR. *Int. J. Health Care Qual. Assur.* 2018;31(2):150–61. doi: 10.1108/IJHCQA-01-2017-0014
- Gupta S., Kapil S., Sharma M. Improvement of laboratory turnaround time using lean methodology. *Int. J. Health Care Qual. Assur.* 2018 May 14;31(4):295–308. doi: 10.1108/IJHCQA-08-2016-0116
- Al Hroub A., Obaid A., Yaseen R., El-Aqoul A., Zghool N., Abu-Khudair H., Al Kakani D., Alloubani A. Improving the Workflow Efficiency of An Outpatient Pain Clinic at A Specialized Oncology Center by Implementing Lean Principles. *Asia Pac. J. Oncol. Nurs.* 2019 Oct-Dec;6(4):381–8. doi: 10.4103/apjon.apjon_21_19
- Pogosova N. V., Isakova S. S., Sokolova O. Y., Ausheva A. K., Zhetishева R. A., Arutyunov A. A. Occupational Burnout, Psychological Status and Quality of Life in Primary Care Physicians Working in Outpatient Settings. *Kardiologiya.* 2021 Jul 1;61(6):69–78. doi: 10.18087/cardio.2021.6.n1538 (in Russian, English).
- Upadhaya N., Regmi U., Gurung D., Luitel N. P., Petersen I., Jordans M. J. D., Komproe I. H. Mental health and psychosocial support services in primary health care in Nepal: perceived facilitating factors, barriers and strategies for improvement. *BMC Psychiatry.* 2020 Feb 13;20(1):64. doi: 10.1186/s12888-020-2476-x
- Dall'Ora C., Ball J., Reinius M., Griffiths P. Burnout in nursing: a theoretical review. *Hum. Resour. Health.* 2020 Jun 5;18(1):41. doi: 10.1186/s12960-020-00469-9
- Jakobsen L., Olsen R. M., Brinchmann B. S., Devik S. A. Developing and Testing Digital Ethical Reflection in Long-Term Care: Nurses' Experiences. *SAGE Open Nurs.* 2023 Jan 12;9:23779608221150725. doi: 10.1177/23779608221150725
- Matyushkina E. Ya., Roy A. P., Rakhmanina A. A., Kholmogorova A. B. Professional stress and professional burnout among medical workers. *Modern Foreign Psychology.* 2020;9(1):39–49. doi: 10.17759/jmfp.2020090104 (in Russian).
- Solovyova O. V., Ortman I. V. Experimental study of the development of reflexive skills of teachers as a condition for the prevention of professional burnout. *Psychology. Historical-Critical Reviews and Modern Research.* 2020;9(2A):34–43. doi: 10.34670/AR.2020.88.70.004 (in Russian).
- Matyushkina E. Ya., Kantemirova A. A. Professional burnout and reflection of specialists in helping professions. *Consultative Psychology and Psychotherapy.* 2019;27(2):50–68. doi: 10.17759/cpp.2019270204 (in Russian).
- Leontiev D. A., Osin E. N. Reflection “good” and “bad”: an explanatory model for differential diagnosis. *Psychology. HSE Journal.* 2014;(4) (in Russian).
- Rasskazova E. I., Leonova A. B., Pluzhnikov I. V. Development of a Russian-language version of the questionnaire for cognitive regulation of emotions. *Bulletin of Moscow University. Series 14. Psychology.* 2011;(4):161–79 (in Russian).
- Polskaya N., Mukhametzyanova M. Features of emotional regulation in connection with stress and burnout. *Psychological Research.* 2018;11(61). doi: 10.54359/ps.v11i61.264 (in Russian).
- Pisareva O. L., Gritsenko A. Cognitive regulation of emotions. *Philosophy and Social Sciences: Scientific Journal.* 2011;(2):64–9. Available at: <http://elibr.bsu.by/handle/123456789/8816> (in Russian).
- Gorelik P. L., Rusakova M. M., Kutsenko L. V. Speech aggression as strategic communication. *Philological Sciences. Questions of Theory and Practice.* 2022;15 (4):1242–6 (in Russian).

История медицины

© VISHLENKOVA E. A., ZATRAVKIN S. N., 2025

УДК 614.2

Vishlenkova E. A.¹, Zatravkin S. N.²

THE (UN)GOVERNED MARKET, OR THE HISTORY OF RUSSIAN PHARMA. A DYSTOPIA

¹The Ludwig-Maximilian University of Munich, 80539, Munich, Germany;

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

The article presents design of historical study of the Russian pharmaceutical market, setting timeline in the nineties — the time of formation of social and cultural characteristics of this phenomenon. At the same time, the authors return to the post-Soviet period and the nineties to see starting positions as well as mutations of original idea. The article is structured by the framework format of dissertation abstract. This frame contains the following elements: research questions, assessment of state of research field, working hypotheses, the author's vision of social and scientific significance of the study being conducted and observations made. The definition of the research genre as dystopia is explained by its deconstruction of the palimpsest of memory testimonies of pharmaceutical market actors.

Key words: history of markets; history of medicine; economic history; Russian pharmaceuticals.

For citation: Vishlenkova E. A., Zatravkin S. N. The (un)governed market, or The history of Russian Pharma. A dystopia. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2025;33(3):517–522 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2025-33-3-517-522>

For correspondence: Zatravkin S. N., doctor of medical sciences, professor, the Chief Researcher of the Federal State Budget Scientific Institution The N. A. Semashko National Research Institute of Public Health of the Minobrnauka of Russia. e-mail: zatravkine@mail.ru

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support.

Received 11.07.2024

Accepted 30.10.2024

The title of this article is derived from archival documents. This characterization of the market (along with its synonym for “ungoverned”—“uncontrolled”¹) is not a scientific definition but was frequently employed by Russian officials and businesspeople of the 1990s. These individuals envisioned the emergence of an ideal (“stable”, “civilized”², “normal”) market model in the country, contrasting this aspiration with the chaotic and unpredictable realities of contemporary Russian life³. Our reflections are presented in a vintage format reminiscent of a Soviet dissertation abstract: structured into analogous thematic sections and translated into modern academic language.

Relevance, or The Point of Entry

How did we arrive at this topic? The temporal point of entry for this project was the beginning of 2020, a year that plunged the world into a pandemic and everything associated with it. People around us suffered and died, while governments scrambled to procure disinfectants and medications. Our contemporaries sought a panacea for COVID-19, whether in potent antimalarial drugs, ginger, or even toilet paper. At the same time, everyone followed statistical updates, debated pharmaceutical production, viruses, laboratories, and vaccines,

and, as a result, felt a bit like infectious disease specialists or pharmacists. This was our first impetus.

The second impetus came from friends of ours — former physicians who had transitioned into the pharmaceutical business during the 1990s. We were familiar with their fates and stories, recognizing that these fascinating adventures were unlikely to make their way into archives. We also felt acutely aware of the unique and ephemeral nature of these historical sources.

And thirdly, every visitor to Moscow could not help but marvel at the sheer number of pharmacies in the city — almost every building seemed to house one, and they resembled bountiful supermarkets. For people of our generation, who grew up during a time of severe medicine shortages, this phenomenon of pharmaceutical abundance and accessibility was an inexplicable miracle.

Scientific Novelty or Uncomfortable Heuristics

We were well aware that the social relevance of the topic was a significant advantage, but we also understood that this path would come with considerable challenges. At the time, we were not thinking about political obstacles but rather about the scientific difficulties. It was uncharted research territory, and we had the opportunity to be its first pioneers. Naturally, this meant greater burdens and responsibilities.

We realized that studying the history of the pharmaceutical market would require innovative methods of analysis and sources, methods that were not typically within the historian's toolkit. Another concern was of a

¹ Archive of the Ministry of Health of the Russian Federation. Fund Ministry of Health of the Russian Federation. Opis' 1. Delo 321. List 60.

² Archive of the Ministry of Health of the Russian Federation. Fund Ministry of Health of the Russian Federation. Opis' 1. Delo 846. List 3.

³ Archive of the Ministry of Health of the Russian Federation. Fund Ministry of Health of the Russian Federation. Opis' 1. Delo 524. List 71.

different nature: the entire history of the Russian pharmaceutical industry falls within the timeline of our own lifetimes. This lack of a customary century-long distance from the object of our study made it difficult to ensure impartiality, as it is often undermined by the self-assurance of contemporaries — “I lived through it, and I remember...”

Finally, we were preparing to write about living individuals, many of whom were convinced of their own fundamental inscrutability. This meant we could expect a resistant reading of our work. Nevertheless, we decided to proceed, albeit with caution.

Object and Subject: What We Study

At the outset, our ambitions were modest: we planned to reconstruct the emergence of private pharmaceutical businesses in Russia and analyze their social image. This seemed like a feasible research goal. However, we could not remain in our “comfort zone” for long and eventually expanded our focus to the study of the pharmaceutical market.

The market is a broader domain than business. It encompasses the state as a key player, as well as professional experts — doctors, pharmacists, sociologists, economists — and many individuals who were not players themselves but supported the game. Moreover, the Russian pharmaceutical market is not a singular entity but a collection of regional, national, and sectoral markets.

What is most intriguing about this domain is that a market implies multichannel interactions. As a result, we had to delve into the political and economic intricacies of post-Soviet Russia. This was a genuine exploration, as it was impossible to situate our topic within any conventional framework established by other historians. In essence, we faced a task akin to a problem in mathematical logic: defining the unknown through the unknown.

Historiography: The State of the Research Field

Pharma surrounded us; it affected the lives of all Russians, our friends worked in this market, and Russian politicians and media repeatedly spoke of the dangers of dependency on Western pharmaceutical giants and the need for currency substitution (later termed import substitution⁴). Yet, we knew virtually nothing about the pharmaceutical market, and none of our colleagues could explain when or how this abundance emerged⁵. There was no way to uncover how it all worked.

The materials we found in newspapers and magazines offered little insight. They were either exposés of “greedy drug merchants” or representations of a social mission to save humanity. In terms of historical accounts, all we could locate were a handful of memoirs written by Russian pharmaceutical entrepreneurs [2–5] and an English-language book by Olga Zvonareva, a

scholar from Tomsk, which she developed as part of her PhD in the Netherlands [6].

Testing the philosophical theory of socio-technical imaginaries by Sheila Jasanoff on Russian material, Zvonareva argued that, as in many post-socialist countries, the democratization of the 1990s freed Soviet pharmaceutical production from state control, enabling it to become a fully-fledged, apolitical private business. I will say upfront that our research led us to different conclusions: the reality was far more complex. The absence of state investment and the liberalization of prices nearly destroyed the Soviet Union's industrial legacy. Against this backdrop, imports began to supply the country with medicines.

Russian factories were unprofitable, delayed salary payments, and sent employees on indefinite leaves. The production of pharmaceutical substances, in particular, could not withstand competition and was repurposed or abandoned entirely. Even today, efforts to revive substance production to Soviet-era levels in Russia remain unsuccessful.

“In this book,— Zvonareva promised in her introduction,— I analyze how political culture shapes the rules, goals, and trajectories of pharmaceutical innovation, which simultaneously describe and prescribe Russia's national future” [6, p. 29]. She linked pharmaceutical production to social aspirations, political projects, and nation-building in Soviet and post-Soviet Russia.

Her chosen approach emphasized technologies and pharmaceutical production as outcomes of social (“civic epistemologies” in Jasanoff's terminology) and political agreements and “imaginaries”. This focus shaped her analysis, providing a foundation for understanding the broader implications of pharmaceutical innovation within its cultural and political context.

Through the Lens of the Political Sphere

Viewing the pharmaceutical sector through the prism of politics seems fruitful, yet even for the “turbulent nineties,” the claim of a clear separation between business and power is questionable. For the 2000s and 2010s — a period defined by new political, biomedical, and economic realities — this assertion becomes entirely untenable. During this time, the pharmaceutical business and political power became deeply intertwined, forming hybrid alliances, including familial ones.

To capture this complexity, Russian sociologists monitoring the market's evolution employed flexible explanatory models. For example, the oft-cited corruption in post-socialist countries was interpreted not in moral or legal terms but as a form of state capture by specific business groups [7]. Bribery enabled these groups to rewrite market rules to their advantage. Simultaneously, these researchers observed how the state infiltrated businesses, exerting control over companies, including through mechanisms such as “golden shares”.

Summarizing the state of the field, it must be acknowledged that a comprehensive historical account of the Russian pharmaceutical market has yet to be developed. The sole existing historical study fragments the market, confines it to a single decade, and, most critical-

⁴ Archive of the Ministry of Health of the Russian Federation. Fund Ministry of Health of the Russian Federation. Opis' 1. Delo 484. List 106.

⁵ We described global discussions about the social role of Big Pharma in the article [1].

ly, normalizes it — presenting it as a rational, constructivist project. In contrast, memoir literature portrays the Russian pharmaceutical market as highly chaotic and scarcely comprehensible to outsiders.

These extremes raise doubts for us: doubts about the justification for exoticizing Russian pharma and about the explanatory power of universal theory. We resolved to develop so-called “middle-range theories” based on source analysis, which could eventually lead to a reassessment of the “grand” theory of socio-technical imaginaries.

Resource Base: The Informational Foundation of the Study

Through searches in informational resources and meetings with representatives of the pharmaceutical market, we created three broad groups of sources for our research.

Ego-Documents. Our understanding of the market’s structure began with personal conversations with representatives of the pharmaceutical business. Over four years, we conducted 57 interviews with various stakeholders: owners, top managers, and regular employees of Russian and foreign companies; medical representatives; employees of pharmacies; leaders and staff of information, marketing, and analytical firms; representatives of various associations and unions; officials from different agencies; and economic analysts.

Most of these conversations were recorded and took the form of semi-structured interviews, designed more as memory provocations. Typically, they lasted about 1.5 hours, sometimes exceeding three hours and divided into two sessions. Additionally, we conducted roughly the same number of brief or written interviews to clarify specific issues with focus groups — for example, individuals knowledgeable about tenders or those involved in developing the 2006 Additional Drug Provision (DLO) program.

We learned through experience that the most challenging part of interviewing was securing agreement to participate. Without the help of insider guides who introduced us, convinced potential informants, and vouched for our respectful use of their statements, we would not have succeeded. At this stage, we actively adopted sociological interview practices (qualitative sociology), including ethical protocols.

Ultimately, we agreed with our informants on anonymous citation and preliminary review of transcribed interviews and drafts of our articles and book. We supplemented these adopted norms with our own innovations. One particularly effective strategy was sharing our articles and document drafts with informants for review. This not only stimulated their memory but also encouraged their engagement. Some became active co-creators of our research narratives, revisiting their interviews and our texts through follow-up phone calls and emails.

However, we also encountered deliberate reticence from some interlocutors, as well as instances of memory distortion.

Publications in Periodicals. In the 1990s, Russian pharma was primarily written about by journalists from

business publications and tabloid press. These writings were filled with advertising and exposés. Following the lead of British, American, French, and German authors, Russian journalists uncovered fraud in clinical drug trials, criticized inflated prices, reported on bribery among government officials, and decried aggressive pharmaceutical advertising.

Two major media monitoring agencies, Medialogia and Integrum, aggregated such social messages and even transformed them into charts and statistics. Their data allows one to track the rise and fall of certain topics and the balance of negative and positive sentiments. Studying this data led us to conclude that media outlets serve as a distorted mirror of the pharmaceutical market. The industry was overly populated with biased journalists, advertising narratives, competitive statements, and deliberate misinformation. While this material is useful for understanding what contemporaries read and knew about the pharmaceutical market, it also reveals why public distrust of the pharmaceutical business grew.

In the 2000s and 2010s, the market experienced rapid growth, drawing increased political and scientific attention. This period saw a boom in economic, marketing, and sociological publications. Most of these studies were applied in nature, aimed at regulators and pharmaceutical company managers. Many were commissioned works, with the results remaining the property of their sponsors.

Authors in professional journals included representatives of economic sociology, behavioral economics, and marketers who branched off from these disciplines. These experts analyzed regional and sectoral markets, describing their characteristics through data and treating them as economic and social phenomena — as networks, institutions, and cultures. Typically, the purpose of these publications was to provide navigation tools for the risky terrain of the Russian economy.

For historians, the fields of sociology and economic market theory are challenging to master — encompassing pricing mechanisms, economic models, state interactions, neo-institutionalism with its transactional costs, and more. However, these disciplines proved invaluable in decoding archival records and administrative documentation from the Ministry of Health.

Administrative Documents. Historians universally enjoy working in archives, where they feel at ease. Our research drew upon three archival collections. The first was the administrative records of the Research Institute of Pharmacy, housed in the State Archive of Scientific and Technical Documentation (Moscow). During the period of our study, this institute was involved not only in calculating the pharmaceutical needs of the USSR and later Russia, forecasting orders and finances, but also in developing methods to transition the network of pharmacy institutions to self-financing operations.

The second collection was located in the State Archive of the Russian Federation, which holds the records of the USSR/Russian Ministry of Labor. This ministry oversaw the distribution of medications as part of humanitarian aid to former Soviet countries during the 1990s.

Lastly, in the archive of the Ministry of Health, we uncovered a wide variety of documents that captured the voices of all participants in the pharmaceutical market. These included protocols discussing state policies on drug provision, proposals from foreign companies to establish joint ventures, demands from international firms for the Russian government to settle its debts, and numerous letters from impoverished patients who either could not access medicines or found them prohibitively expensive. The archive also revealed disputes between regional and central authorities regarding the health impacts of environmental disasters, as well as traces of competitive struggles between government agencies and private companies.

To interpret these documents and grasp the financial decisions and conflicts they depicted, we relied on not only publications but also live consultations with experts. Economists such as S. V. Shishkin and M. Blunt, sociologists like K. I. Golovshchinsky, and marketers including O. Feldman provided invaluable insights.

Methodology, or Research Approaches

In the interest of historical narrative, we create an interdisciplinary bricolage of approaches and methods. Using the analytical tools of historical science, we reconstruct the history of the emergence, structure, and chronology of the pharmaceutical market within a broad and still unconventional context. This is the history of a country that lacked experience in market economics and market relations, one that rapidly deconstructed the socialist political system and conducted avant-garde social engineering (in the language of the time, the building of a democratic society and liberal state). Politicians viewed the market as a panacea for Sovietism: with privatization, the dismantling of the planned economy, and the rise of private property, the Soviet Union could not be revived. Thus, we are interested in how these political projects influenced the configuration and rules of the pharmaceutical market and how the market itself impacted the country and its free and constrained choices.

In this regard, we follow the theory of socio-technological imagination. However, our approach does not conform to the universalist dichotomy inherent in its followers — “state vs business”. The post-Soviet state did not see itself as a unified entity. Its parts fought against each other for power and the scarce resources available. The business sector, too, was hybrid: it involved individuals with Soviet party experience, military and academic careers, and reformers — deconstructors of Sovietism — not because of their past identities, but sometimes in spite of their own beliefs. The paradoxes do not end there. The ministry, as part of the state apparatus, was tasked with carrying out its own “de-statization,” meaning transferring its resources to business structures. Yet, at the same time, it sought to compensate for the reduction in resources by strengthening administrative control and delegating responsibility for pharmaceutical provision to regional authorities. It seems that government officials also saw themselves as “new Russians,” i. e., businessmen who needed to quickly earn money using budgetary funds, yet preferably avoid im-

prisonment. Thus, we work with sociological concepts of polyagency and the concept of the market, which is constructed during the consolidation of political and state power [8]. In this context, business and the state jointly form a market society.

Another limitation of large-scale theories is their area-focused approach, which seeks correlations between local political culture and local technological innovations. By studying the pharmaceutical market as a whole, rather than just its segment in the form of the local industry, we immediately find ourselves beyond the purely “Russian” context. Many pharmaceutical firms have a shareholder structure, decentralized localization, transnational management, and interests “above states”. In Russia, there were representations of almost all the world’s pharmaceutical giants, each pursuing their own political agendas. In this situation, it was not the general political culture, but rather the specific conditions of doing business in Russia, that made them “Russian.”

Goal and Objectives, or The Main Idea and Research Questions

The main idea is to deconstruct the knowledge of the past Russian pharmaceutical market (to break through the distortions of state ideologies, journalistic fabrications, advertising, marketing manipulations, the self-sacralization of market players, the heroization of commemorative texts, and the concealment of tragedies).

Visually, the pharmaceutical market can be imagined as a poker game in a casino with a dealer. Everyone wants to deceive each other and take the winnings. The longer they play, the higher the stakes and the more skillful the players become. Periodically, someone loses and leaves the table, and others take their place. The dealer, however, is always a representative of the state, playing a no-lose game using budgetary money — that is, the money of those who are not at the table, those who will bear the losses but receive nothing from the winnings. This invisible, but always vocalized, participant in the market is referred to by all the players as either “the population” or “the consumers.” While playing, those at the table create illusions for each other and the audience, convinced that no one but them will understand the unwritten rules of their game. They desire secrecy and claim a fundamental unknowability.

This infernal game has been ongoing for thirty years, though it does not exclude the presence of good intentions. Can it be relatively honest? Yes, but only if all participants adhere to prohibitions on fraud, uphold this order, and, most importantly, open the eyes of the population. And this assumes that the population will want to open its eyes, as it has grown accustomed to a state of blindness and accompaniment.

This intention prompts us to formulate the following objectives:

1. Before constructing the narrative of events concerning the history of the Russian pharmaceutical market, it is necessary to investigate the specifics of the production of statements about it — who spoke, who appropriated expert or social functions, what was the imperative of their messages,

how they were transmitted, through which media, and what has been preserved in collective memory and archives.

2. Based on archival documents and journal publications, reconstruct the constructivist projects of Russian reformers in the creation and regulation of the pharmaceutical market, identifying market participants, emerging networks, and institutions (norms, rules, agreements).
3. Using interviews and other sources, create generational portraits of Russian pharmaceutical businessmen, comparing media (synchronous) and commemorative (diachronic) images.

We hope that such reconstructions, analytical observations, and ethnographic sketches will allow us to present the market in a multidimensional way: as a locality (the global pharmaceutical market and “Russian specificity”), as consumer demand (“on market demand”: what determined the demand for medicines and their accessibility), and as a culture (the established “market relations”, “market consciousness”).

What is the advantage or potential contribution of medical historians to the study of the Russian pharmaceutical market? We have chosen the position behind the dealer, and using the full range of collected documents, memoir accounts, and synchronous statements, we have obtained an audio-video recording spanning thirty years. This camera not only captured the card table, but also the pockets, legs, and hands of the players, their body language. Our historical analysis is akin to a storyboard of this video, zooming in on frames, and watching the footage in slow motion. Thanks to this, we gained the ability to observe what the officials, businessmen, their managers, medical representatives, as well as journalists, sociologists, and economists of that time did, what they did not want to do, or what they did not do, what they knew about medicine consumers, and how they reacted to their troubles. This approach reveals distortions, camouflage, retouching, and the limits of players' competences, along with the dynamics of these boundaries. And since this “casino” housed the tables of other markets, and the work of the entire establishment was influenced by the global economy and Big Pharma, we were able to see not just the sociology of a specific market or its economic model, but the history of the pharmaceutical market intertwined with the history of Russia and the history of the global economy.

Practical Significance, or Social Responsibility

All participants in this market discuss the special social importance of this space, justifying their privileges, characteristics, and limitations through it [9]. Upon closer examination, this significance breaks down into several components: the ideological responsibility of the government for ensuring access to medicines, patient-oriented business practices, protection of consumer rights, and marketing research of consumer interests and behavior. Thus, consumers of medicines are studied, counted, protected, and their interests are formulated. Yet, they either do not know or know strange things about their “benefactors.” The asymmetry of informa-

tion in the pharmaceutical market (its opacity for consumers and transparency for regulators) does not contribute to open, honest relationships between the players of the Russian pharmaceutical market and the end consumers — hundreds of millions of Russian medicine buyers and patients. The pharmaceutical business is primarily interested in people of power, their intentions, and decisions, followed by doctors and scientific discoveries, and pharmacies. In consulting analyses, consumers appear in the form of charts and tables, a kind of averaged quantity, an indicator in economic formulas. For regulators, consumers are viewed as an object of social policy, an argument for expanding the state's presence in the market and its interventions in business (*protection of national health, protection from the threats of drug import dependence*, etc.).

We aim to contribute to the development of a smart, responsible medicine consumer in Russia. Awareness is a necessary prerequisite for responsibility. A poorly or incorrectly informed consumer cannot be a full partner in market relations; they are relegated to the realm of market infantilism, subject to paternalistic control. By revealing the structure of this market to our readers, we make them “adults” and responsible for their decisions, and thereby contribute to the harmonization of the relationship between the pharmaceutical market and its consumers.

First Findings

The chosen optics allowed for the following observations regarding the internal chronology of the Russian pharmaceutical market. We divided the thirty-year period under study into two almost equal segments.

1990s–2005: The wild nineties in the history of the pharmaceutical market are not the same as in the political and social history of the country. They are related but not synchronized. Under the pressure of external factors and in line with the expectations of their compatriots, Russian politicians conducted the deconstruction of “Sovietism”: the privatization of state-owned property, the transformation of national values into commodities, the de-monopolization of the economy, and the dream of a market society. Frequent changes in political influence groups within Yeltsin's government and the confrontation between them and the President weakened the vertical power structure, centralization, and were accompanied by rapid changes in the executive branch (including ministers of health), creating fertile ground for national and local autonomies. Against this backdrop, economic decline, the rise of criminal power, and local nationalisms occurred, revealing disparities in the economic conditions of the regions.

The pharmaceutical market emerged as a result of a political decision — a rejection of the socialist command-and-distribution system in favor of a self-regulating market with free prices. In a time of political crisis and acute resource shortages, this decision led to asymmetry: it caused high drug prices and their inaccessibility for consumers, which, as a result, led to shortages, making the sector attractive for aspiring Russian entrepreneurs and Big Pharma.

In the newly opened market space, everything developed rapidly: a shortage of drugs in pharmacies, initially a sharp demand followed by a decline in demand for the now exorbitantly priced drugs on one hand, and the bankruptcy or repurposing of former Soviet pharmaceutical manufacturers, transforming them into private property, and the growing revenues of pharmaceutical distributors on the other. Everyone was learning and everyone was taking risks: the government attempted to regulate the market experimentally, making decisions that hurt millions of Russians; former Soviet organizers of drug supply learned to run private businesses without government funding and argue with ministers; Western companies learned to adapt to Russian realities and navigate a regulated pharmaceutical business in the context of an unregulated market; Russian doctors learned the basics of marketing, logistics, and market relations; while ordinary Russians tried to live without medicine, leading to an increase in excess mortality, or sought ways to obtain drugs in the new economic conditions.

Unlike other Russian markets, the pharmaceutical sector seemed to be safer for business due to the necessity of specialized knowledge and competencies. It was profitable, but typically, criminals did not venture into it. It quickly became “import-dependent,” both in terms of market technologies and drug production. The non-market Soviet society was naively infantile, which created particular opportunities for Big Pharma. However, the “natives” quickly learned from the newcomers, owing to the high level of education (medical, sociological, linguistic, and later economic) of Russians who joined the service of foreign pharmaceutical companies. The decline in Russian production and the increase in imports led to the outflow of Russian capital abroad, as well as forced investments in foreign production.

Currency and import dependency in drug supply became one of the contributing factors to the 1998 financial crisis. This crisis became a pivotal moment in Russian politics and was particularly hard on consumers, who once again faced a shortage of medicines. However, the default did not significantly alter the pharmaceutical market. Those who had managed to establish strong distribution infrastructure and/or transnational capital remained and strengthened their positions. This was the period of consolidation among distributors, capital mergers, and the formation of commercial alliances.

2005–2010s: The “Fat Noughties” and the subsequent reindustrialization were the results of global mac-

roeconomic processes and the stabilization of political (and, along with it, executive) power in Russia. The unprecedented rise in energy resource prices (oil, gas) and the development of new deposits brought enormous revenue into the Russian budget and resource businesses. The government under Vladimir Putin was able to more freely define political strategies and move toward long-term projects. This aligned with the expectations of a stable future for all pharmaceutical market players, including drug consumers. In the competition for victory and the implementation of social programs, both the government and the private sector pushed for an increased state presence in the pharmaceutical market. The government went along with this, seemingly reluctantly, and with the ideology of national health protection, which increasingly focused on national security. Its interpretation included protection against dependency threats. The most significant event for the pharmaceutical market in this decade was the 2005 Additional Drug Provision (DLO) program. The state strengthened its market presence through regulatory mechanisms and by merging governmental and business structures. The most important event was the adoption of the state program “Pharma 2020”, which proclaimed a policy of pharmaceutical independence for Russia and industrial paternalism.

REFERENCES

1. Vishlenkova E. A., Zatravkin S. N. History of Russian pharma as a new research field. In: Professional identity and self-consciousness of a historian. To the anniversary of L. P. Repina. Ed. by O. V. Vorobyeva. Moscow, 2022. P. 386–9 (in Russian).
2. Perminova V. N. Pharmbusiness. True story about Russian entrepreneurs. St. Petersburg: Piter; 2013 (in Russian).
3. Perminova V. N. Pharmacy business. Russian entrepreneurs — fire, water and copper pipes. St. Petersburg: Piter; 2014 (in Russian).
4. Perminova V. N. Pharmmarket. Russian entrepreneurs in the international arena. St. Petersburg: Piter; 2014 (in Russian).
5. Tablet Firm: Towards the 30th Anniversary of the Russian Pharmaceutical Industry and PROTEK Group. Ed. by D. D. Kryazhev. Moscow; 2020 (in Russian).
6. Zvonareva O. Pharmapolitics in Russia: Making Drugs and Rebuilding the Nation. Albany, New York: SUNY Press; 2020.
7. Hellman J., Jones G., Kaufmann D. Seize the State, Seize the Day: State Capture, Corruption and Influence in Transition. *World Bank Policy Research Working Paper*. 2000;2444:1–41.
8. Friedland R., Robertson A. F. Beyond the Marketplace. In: Beyond the Marketplace: Rethinking Economy and Society. Ed. by R. Friedland, A. F. Robertson. N. Y.: Aldine de Gruyter; 1990. 47 p.
9. Yudanov A. Y., Volskaya E. A., Ishmukhametov A. A., Denisova M. N. Pharmaceutical marketing. Moscow; 2008 (in Russian).

Поступила 11.07.2024
Принята в печать 30.10.2024

Гайдаров Г. М., Алексеевская Т. И., Демидова Т. В.

БЛАГОТВОРИТЕЛЬНЫЙ КАПИТАЛ У ИСТОКОВ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ НЕЗРЯЧИМ ДЕТЯМ ВОСТОЧНОЙ СИБИРИ В КОНЦЕ XIX ВЕКА

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

Представлены результаты изучения архивных источников и периодических изданий, раскрывающие историю развития медико-социальной помощи незрячим в Иркутском генерал-губернаторстве. Особенно часто слепота встречалась среди жителей северных округов Восточной Сибири. Глаукома, травматические и воспалительные поражения роговицы являлись причинами развития слепоты в условиях отсутствия специализированной медицинской помощи. Но гораздо чаще ее причиной становилась трахома, получившая значительное распространение. События в статье отображены в хронологической последовательности. Исследованы организация общественных институтов, роль благотворительного капитала, епархиальных органов и органов местной власти в решении вопросов финансирования, привлечение внимания общества к проблеме незрячих детей. Ведущую роль в этом процессе исполнили самые разные категории благотворителей — от крупных меценатов до рядовых врачей, оказывающих бесплатную медицинскую помощь. Создание летучих офтальмологических отрядов явилось прообразом организации специализированной медицинской помощи. Показана роль попечительского движения помощи незрячим детям в Восточной Сибири. В статье представлена история создания училища для слепых детей в главном губернском городе, основанного на средствах из завещательного капитала вдовы Ивана Степановича Хаминова. Это училище стало первым подобным заведением в Восточной Сибири. Подробно исследована организация в училище педагогического воспитательного и трудового процесса для незрячих детей.

Ключевые слова: медико-социальная помощь; благотворительность; училище для слепых имени И. С. Хаминова; Попечительство Императрицы Марии Александровны о слепых.

Для цитирования: Гайдаров Г. М., Алексеевская Т. И., Демидова Т. В. Благотворительный капитал у истоков организации медико-социальной помощи незрячим детям Восточной Сибири в конце XIX века. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2025;33(3):523—532. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2025-33-3-523-532>

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.

THE CHARITABLE CAPITAL AT SOURCES OF ORGANIZATION OF MEDICAL SOCIAL CARE OF VISUALLY IMPAIRED CHILDREN OF THE EASTERN SIBERIA IN XIX CENTURY

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

The article presents results of studying archival sources and periodicals that reveal history of development of medical social care to the blind in the Irkutsk Governorate-General. The blindness was especially common among residents of the northern districts of Eastern Siberia. The glaucoma, traumatic and inflammatory affections of the cornea were the causes of development of blindness in conditions of absence of specialized medical care. But much more often it was caused by trachoma, which became widespread. The events are displayed in chronological order. The organization of public institutions, role of charitable capital, eparchy bodies and local authorities in resolving financing issues, attraction of public attention to problem of blind children were examined. The leading role in this process played most various categories of philanthropists, from principal patrons of arts to ordinary physicians providing free medical care. The organization of flying ophthalmological squads became prototype of organization of specialized medical care. The role of guardianship movement of helping blind children in Eastern Siberia is demonstrated. The article presents history of organization of school for blind children in the main city of the Gubernia, founded with funds from testamentary capital of the widow of Ivan Stepanovich Khaminov. This school became the first such institution in the Eastern Siberia. The organization of the pedagogical, educational and labor process for blind children in the school is studied in detail.

Keywords: medical social care; charity; I. S. Khaminov School for the Blind; the Empress Maria Alexandrovna Guardianship of the blind.

For citation: Gaidarov G. M., Alekseevskaya T. I., Demidova T. V. The charitable capital at sources of organization of medical social care of visually impaired children of the Eastern Siberia in XIX century. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2025;33(3):523—532 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2025-33-3-523-532>

For correspondence: Alekseevskaya T. I., doctor of medical sciences, associate professor, the 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 11.08.2024

Accepted 30.10.2024

Медицинская помощь бедным слоям населения в Восточной Сибири в XIX в. носила преимущественно благотворительный характер. Особую категорию населения среди нуждающихся в медицинской по-

мощи и социальной поддержке составляли слепые и слабовидящие. Неблагоприятная ситуация, сложившаяся в XIX в. в Российской империи с распространявшейся трахомой среди населения, достигла се-

верных округов Восточной Сибири и нашла там благоприятную почву. При отсутствии на системной основе регистрации заразных болезней о степени распространенности заболеваний мы можем отчасти судить по материалам Первой Всеобщей переписи населения, представляющей количество врожденных и приобретенных случаев слепоты. По данным переписи, первое место в структуре причин слепоты среди населения Российской империи занимала трахома — 7 млн (21,4%) больных. В Иркутской губернии было выявлено 1135 слепых, из них 833 (73,4%) имели приобретенную слепоту, а 302 (26,6%) — врожденную. Большая часть — 1007 (88,7%) больных — проживала в территориальных округах, из них 335 (29,5%) проживали в Балаганском округе, соседствующим с Якутской областью, и 296 (26%) в г. Иркутске и Иркутском округе. Заболеваемость, приводящая к слепоте, по округам Иркутской губернии составляла: в Киренском — 0,25%, Балаганском — 0,23%, Нижнеудинском — 0,21%, Иркутском — 0,18%. Наибольшая доля слепых установлена среди русских — 726 (63,96%), на втором месте оказались буряты — 304 (26,78%). Среди других народностей численность была меньшей: малороссов — 39 (3,4%), тунгусов — 13 (1,1%), якутов — 12 (1%) [1]. В Якутской области было выявлено 3360 слепых, из них 3168 (94,3%) имели приобретенную слепоту, а 5,7% — врожденную. Среди слепых наибольший удельный вес установлен у якутов — 2450 (72,9%) и тунгусов — 830 (24,7%), среди юкагиров — 11 (1,16%), чукчей — 5 (0,32%), русских и других некоренных жителей — около 1,6%. Заболеваемость, приводившая к слепоте, в округах Якутской области составляла: в Верхоянском округе — 1,65%, Якутском — 1,46%, Вилюйском — 1,21%, Колымском — 1,01%, Олекминском — 0,25% [2]. Более низкая заболеваемость трахомой среди юкагиров, эвенков и чукчей могла быть обусловлена меньшим количеством социальных контактов с пришлым населением, китайскими торговцами и чиновниками, следствие этого — значительно меньшее число слепых. Высокий уровень заразных болезней, к которым относится трахома, в Иркутске и Иркутском округе обусловлен высокой маятниковой миграцией. В губернском городе сходились торговые пути, шла активная светская жизнь и административная деятельность, туда прибывали переселенцы и каторжные. Высокая численность слепых среди коренного населения зарегистрирована в северных округах, низкая — в южных округах генерал-губернаторства.

Высокая заболеваемость органа зрения и высокий уровень инвалидизации среди населения Якутской области, особенно среди якутов, явились побудительным мотивом к организации в 1890 г. благотворительного общества помощи слепым, первого в Иркутском генерал-губернаторстве. Члены Якутского отделения Попечительства о слепых обратились 6 июля 1891 г. в Попечительство о слепых Императрицы Марии Александровны с просьбой о разрешении использовать за основу к руководству деятельности Отделения правила Пермского отде-

ния. Второго ноября председатель Попечительства о слепых Императрицы Марии Александровны статс-секретарь К. К. Грот в сообщениях № 1017 и 1018 уведомил уполномоченного Попечительства, неперменного члена, коллежского асессора г. Павловского о разрешении использовать правила Пермского отделения за основу и направлять собранные благотворительные средства на устройство заведения в Якутске. Второе сообщение предназначалось иркутскому генерал-губернатору генерал-лейтенанту А. И. Пантелееву, в котором К. К. Грот информировал его о содержании переписки с Якутским отделением [3]. Финансирование деятельности Попечительства осуществлялось за счет благотворительных сумм, в их сборе активное участие приняла епархия Русской Православной Церкви. В газете «Якутские епархиальные ведомости» от 16 июля 1893 г. было напечатано «Воззвание о помощи для спасения людей от слепоты» от Якутского отделения Попечительства Императрицы Марии Александровны. Целью сбора средств являлось создание «летучих отрядов», состоящих из молодых окулистов, готовых оказывать помощь страдающим глазными болезнями, в округах Якутской области [4]. Отряды направлялись только туда, куда соглашались ехать сами врачи-добровольцы и где Попечительство могло организовать взаимодействие с местными властями [5]. Врачи-окулисты, состоявшие руководителями окулистических отрядов, выполняли диагностические, лечебные и оперативные вмешательства. Больные безденежно получали лекарственные препараты и очки для коррекции зрения. Все расходы принимало на себя общество Попечительства Императрицы Марии Александровны о слепых. Деятельность «летучих отрядов» стала прообразом передвижной специализированной медицинской помощи больным с заболеваниями зрительного органа. Особое значение приобретала деятельность этих отрядов для населения отдаленных окраин Российской империи. По сведениям отчета о деятельности окулистических отрядов, командированных Попечительством летом 1894 г., предоставленного профессором Л. Г. Беллярминовым, в стране работал 21 отряд. В их составе работали 23 врача-окулиста, 3 студента-медика, 7 фельдшеров и фельдшер и 1 сестра милосердия. Из местного медицинского персонала в деятельность отрядов принимали участие 65 врачей, 6 студентов, 23 фельдшера, 21 сестра милосердия и 1 монахиня. Всеми отрядами оказана помощь 35 053 больным, проведено 9544 операции. Сумма пожертвований, собранных в 1893—1894 гг., составила 22 486 руб. 2 коп. [6].

Находясь в постоянной заботливости об улучшении положения «несчастных слепцов», священнослужители проводили проповеди и беседы с прихожанами, публиковали примеры из Священного писания и воззвания о помощи слепым. В воззвании, опубликованном в 1894 г. (рис. 1), говорится о том, что в России насчитывается около 200 тыс. слепых и что Попечительство о слепых Императрицы Марии Александровны беспокоится прежде всего об



Рис. 1. Поучения в неделю о слепом [7].

устройстве училищ для слепых детей и убежищ для обучения взрослых слепцов ремеслам, а также о принятии мер профилактики слепоты. На 1894 г. в России стараниями Попечительства открыты 15 училищ для слепых детей, 2 ремесленных училища для взрослых слепых, 2 глазные лечебницы, за счет общества содержатся 10 кроватей в частных глазных лечебницах и 15 кроватей в богадельнях. В воззвании, подписанном архиепископом Тихоном 7 апреля 1894 г., содержится информация о том, что 22 июля планируется открытие в г. Иркутске училища для слепых детей.

В Иркутском государственном архиве имеется выписка из протокола заседания Иркутской городской думы от 22 августа 1892 г., на котором обсуждалось применение средств, поступивших по завещанию вдовы тайного советника Ивана Степановича Хамина Евдокии Ивановны Хаминой в собственность города. Условием завещания являлось обращение капитала и недвижимости на учебно-воспитательное заведение для слепых детей (рис. 2).

Вторым пунктом обсуждения являлась просьба к городскому голове В. П. Сукачеву о принятии мер к организации в Иркутске отделения Попечительства о слепых Императрицы Марии Александровны и во время предстоящей поездки в Европейскую Россию ознакомиться с опытом устройства существующих там учреждений для слепых детей, обратиться в совет Общества Императрицы Марии Александровны

и просить о содействии в выработке проекта и устройстве такого учреждения в Иркутске.

Иркутское общество Попечения о слепых было открыто 23 июня 1893 г., на 3 года позднее Якутского отделения. На открытии отделения присутствовал уполномоченный Попечительства о слепых в Иркутске действительный статский советник Григорий Степанович Канивальский. Членами Совета Отделения были избраны архиепископ Тихон, епископ Агафангел, врач-окулист Л. С. Зисман, супруга городского головы Н. В. Сукачева, юрисконсульт городской управы П. И. Звонников, священник Афанасий Виноградов, архимандрит Никодим, гласные Иркутской городской думы М. А. Жбанов и П. Р. Кравец. На первом заседании Иркутского Попечительства, состоявшемся 23 августа 1893 г. прошло избрание членов совета. Ими стали: председатель — архиепископ Тихон, заместитель председателя — городской голова В. П. Сукачев, казначей — гласный городской думы М. А. Жбанов, секретарь — присяжный поверенный П. И. Звонников. На собрании было принято решение направить учительницу Анну Петровну Попову для обучения работе со слепыми детьми в Санкт-Петербург.

Цели Иркутского отделения Попечительства Императрицы Марии Александровны о слепых:

— Призрение, воспитание и обучение слепых детей и подростков и подготовка их к самостоятельной жизни.

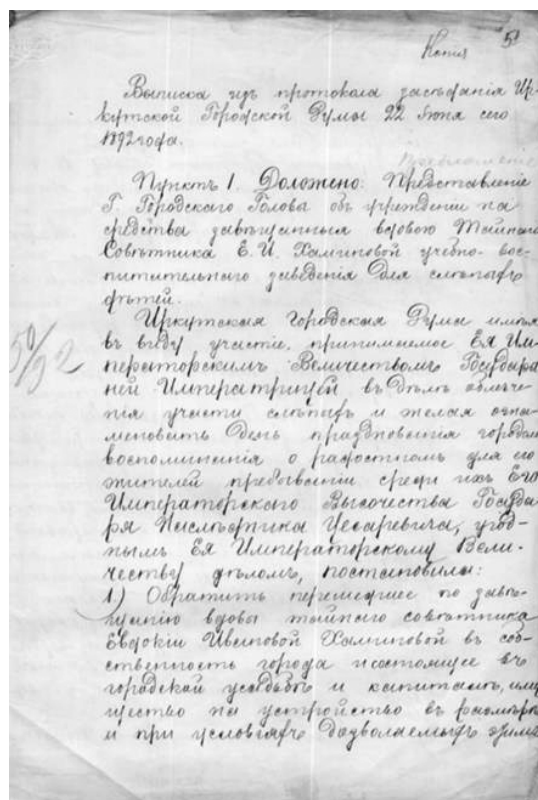


Рис. 2. Выписка из протокола заседания Иркутской городской думы от 22 августа 1892 г.

Государственный архив Иркутской области (ОГКУ ГАИО) Ф. 70. Оп.
Оц. Д. 597. Л. 51.

- Попечение о взрослых слепых посредством помещения их в заведение, в котором они могли изучать доступные им ремесла.
- Материальная поддержка семейств слепых.
- Устройство и содержание богаделен, приютов для престарелых слепых и неспособных к труду.
- Оказание медицинской помощи тем, кому зрение может быть возвращено.

24 ноября 1893 г. состоялось очередное собрание Якутского отделения попечительства о слепых. В протоколе № 42 приведен финансовый отчет благотворительных поступлений, который членами общества оценен как «очень удовлетворительный», собранная сумма составила 180 руб. [8]. В сборе средств отличились В. А. Егорова, С. М. Осташкина, А. П. Попова, М. К. Шахурдина, А. Н. Ляпустина, А. Н. Брюханова, В. А. Лыскова.

Сведения о планируемом открытии в г. Иркутске училища для слепых детей содержатся в крошечной заметке, опубликованной в газете «Восточное обозрение» от 15 июля 1894 г. в разделе «Иркутская хроника». В ней сказано буквально следующее: «Мы слышали, что 22 июля сего года предполагается открыть в г. Иркутске училище для слепых детей на средства, пожертвованные городу вдовой тайного советника Хаминовой. Детей насчитывается на первое время только трое. Училищем будет заведовать недавно приехавшая из С.-Петербурга учительница г-жа Попова, иркутянка, специально ездившая в Петербург для изучения способов ухода за слепыми детьми и обучения их грамоте. Пожелаем с своей стороны полного успеха благому начинанию» [9]. Следующая заметка появилась в разделе «Хроника» через 2 мес, 16 сентября 1894 г., корреспондент показывает в ней первые отчетные сведения о работе училища. В частности: «В училище для слепых детей имени И. С. Хаминова воспитываются ныне трое детей: две девочки-иркутянки и один мальчик из д. Булай...» [10]. Открытие училища состоялось несколько позднее, не 22 июля, а 21 августа 1894 г., на момент открытия оно размещалось в каменном флигеле усадьбы И. С. Хаминова. В газете указано, что вывески училище не имеет, поэтому отыскать его довольно трудно. Помещение тесное, но чистое, а в следующем, 1895 г. училище должно перейти в другое здание. Занятия с детьми проводились по методу немецкого педагога Ф. Фрёбеля, были направлены на развитие природных способностей слепого ребенка и состояли в обучении разным ручным работам. Известно, что в первый год обучения детей обучали счету при помощи кубиков, а по фребелевской системе, возможно, и развивали тем самым пространственное мышление. Начать обучение детей грамоте планировалось со следующего года. О первых воспитанниках журналист газеты, посетивший учебное заведение, отзывается так: «...одна девочка — почти идиотка и едва ли чему-нибудь научится, зато у другой, младшей, большие способности. Мальчик тоже очень способен, он немного видит и потому ему легче учиться» [10]. Для обуче-

ния грамоте использовалась литература по точечной системе Брайля. Для этого первая учительница Анна Петровна Попова прошла курс обучения в Александро-Мариинском училище в Санкт-Петербурге, где под покровительством Попечительства о слепых Императрицы Марии Александровны готовились квалифицированные кадры.

Училищу с самого начала было присвоено имя Ивана Степановича Хаминова, на капиталы которого оно было организовано через 10 лет после его смерти. Почетный гражданин г. Иркутска И. С. Хаминов, иркутский купец 1-й гильдии, золотопромышленник, банкир, являлся совладельцем паровых компаний и крупным оптовиком, торговавшим в Сибири, Китае, европейской части Российской империи и Европе, одним из крупнейших предпринимателей. Он умер в возрасте 67 лет скоропостижно, не оставив завещания. Его супруга, которой после раздела между наследниками досталось четверть состояния (более 1 млн руб.), пережила мужа на 6 лет. Не имевшая детей Евдокия Ивановна распорядилась после своей смерти (в 1890 г.) использовать 70 тыс. руб. на создание «благотворительного заведения для детей... имени Хаминова», устроив его в доме по улице Баснинской (ныне Свердлова), где прежде проживал ее муж [11]. Открытию училища для слепых детей предшествовала поездка Городского головы В. П. Сукачева в Санкт-Петербург в 1893 г. по вопросу учреждения в Иркутске училища для слепых детей. На заседании Городской думы, состоявшемся 4 марта 1893 г., В. П. Сукачев сделал подробный доклад о согласовании вопроса с благотворительным обществом Попечительства о слепых Императрицы Марии Александровны, а также был принят Устав отделения попечительства о слепых.

В отчете Якутского отделения Попечительства о слепых Императрицы Марии Александровны за 1895 г. указаны изменения в составе Совета. Так, с 28 сентября вице-председателем назначен вице-губернатор А. М. Лавров, секретарем — А. В. Кириллов. Председателем по-прежнему остался протоиерей С. Попов, члены совета — В. А. Павловский (уполномоченный попечительства), Н. С. Макаров, А. М. Очередин, М. К. Шахурдина, священник А. Черных (казначей) [12]. В истекшем году отделением Попечительства о слепых была выделена материальная помощь нуждающимся слепым в виде приобретения теплой одежды, денежных пособий и средств на лечение, назначенное врачом, поездки в Якутск для консультативной врачебной помощи. Помимо этого, инициирована переписка с Иркутским Приказом общественного призрения о выделении 2 кроватей для офтальмологических больных в Якутской гражданской больнице. Члены общества высказали благодарность якутскому городскому врачу коллежскому советнику М. С. Гусеву за безвозмездное оказание медицинской помощи слепым и слабовидящим.

Русская Православная Церковь в Восточной Сибири активно участвовала в оказании материальной

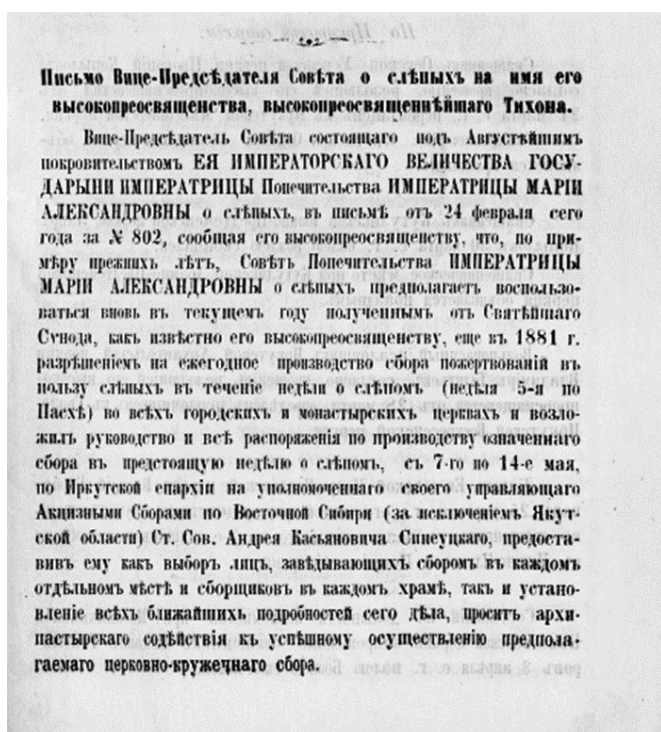


Рис. 3. Письмо вице-председателя Совета Попечительства о слепых на имя высокопреосвященнейшего Тихона [14].

поддержки слепым. Ежегодно с пятой недели после Пасхи в течение «недели о слепом» в приходах проводился разрешенный в 1881 г. Святейшим Синодом сбор пожертвований во всех городских и монастырских церквях (рис. 3). Это разрешение последовало после учреждения в 1881 г. Мариинского Попечительства для призрения слепых, призванного демонстрировать заботу монархии о своих подданных [13].

В 1907 г. совет Иркутского отделения Попечительства Императрицы Марии Александровны о слепых состоял из 10 человек: председатель архиепископ Тихон (с 1893 г.), вице-председатель доктор Л. С. Зисман (с 1893 г.), уполномоченный К. И. Златковский (управляющий акцизными сборами Иркутской губернии), попечитель Иркутского училища для слепых имени И. С. Хаминова Я. Г. Патушинский (1-е полугодие), Я. С. Комаров (2-е полугодие). Члены совета: иркутский городской голова И. Ф. Исцеленнов, от Иркутской городской думы А. А. Белоголовый, В. И. Богданов, И. Д. Самсонов, казначей К. Н. Сапожников, секретарь А. Б. Домбровский.

В том же году персонал Иркутского училища для слепых имени И. С. Хаминова состоял из 9 человек: заведующая С. Е. Детышева (1-е полугодие), О. Я. Виноградова (2-е полугодие), попечитель училища Я. Г. Патушинский (1-е полугодие), Я. С. Комаров (2-е полугодие), законоучитель св. О. Н. Шергин, учительница Пляскина, учитель пения А. И. Колмаков, врач Л. С. Зисман, заведующий мастерской Покрывницкий, а также дядька и няня [15]. Список членов Иркутского отделения Попечительства о слепых на 1907 г. состоял из 34 человек (рис. 4).

К 1 января 1907 г. в училище состояло 26 воспитанников, в течение года было вновь принято 5 детей (2 мальчика и 3 девочки), выбыло по окончании курса двое. К январю 1908 г. в училище состояло 29 воспитанников, из них учащихся 27 (11 мальчиков и 16 девочек), одна девочка воспитывалась вне школы, при училище жила и помогала по хозяйству взрослая слепая А. Скуратова. Молодая женщина 32 лет попала в училище в 1896 г. из г. Киренска, была абсолютно слепая по причине травмы от самострела, которую она получила в 21 год.

Воспитанники в училище распределялись по классам следующим образом: в младшей группе приготовительного отделения 6 человек (2 мальчика и 4 девочки), в старшей группе приготовительного отделения 5 человек (2 мальчика и 3 девочки), в 1-м классе 6 человек (4 мальчика и 2 девочки), во 2-м классе 4 человека (2 мальчика и 2 девочки), в ремесленном отделении 7 человек.

В отчете, опубликованном в «Известиях Городской Думы», предоставлены данные об успеваемости и поведении воспитанников, в частности о том, что один из мальчиков в 1-м классе «выказал большие способности к арифметике» и одна девочка выделялась «особенно памятью и выразительною декламацией» [15].

Преподавание учебных предметов велось по программе, утвержденной инспектором Губернских училищ слепых. Программа включала:

- в старшем приготовительном отделении: Закон Божий (молитвы), русский язык (заучивание стихотворений), арифметика (счет до 100, задачи до 20 «на все 4 действия»); «предметные уроки: комната, мебель, чай, сахар, кожа, воск, мед, клей, хлеб», а также плетение и вязание;
- в 1-м классе: Закон Божий (Ветхий Завет), русский язык (чтение, заучивание стихотворений

1) Архиепископъ Тихонъ.	18) Комаровъ Я. С.
2) Богославскій Н. П.	19) Кириковъ П. Н.
3) Бревнова К. А.	20) Кальмееръ Л. С.
4) Богдановъ В. Н.	21) Ононашвили Н. С.
5) Бевкогеновъ.	22) Патушинскій Б. Г.
6) Брызгалова.	23) Патушинскій Я. Г.
7) Виноградъ А. Б.	24) Патушинскій А. С.
8) Виноградъ С. Ф.	25) Патушинскій П. С.
9) Василева А. И.	26) Собокаревъ П. В.
10) Второвъ А. А.	27) Сапожниковъ К. Н.
11) Елизовъ И. И.	28) Сухаревъ Г. В.
12) Жарниковъ В. В.	29) Турова Е. С.
13) Златковскій К. В.	30) Хаславскій В. О.
14) Исаенковъ И. Ф.	31) Чернаенко П. С.
15) Иванова В. К.	32) Шастинъ Ин.
16) Кравецъ П. Р.	33) Шергинъ Н.
17) Карзаковъ П. С.	34) Эренбургъ Б. Г.

Рис. 4. Список членов Иркутского отделения Попечительства о слепых [15].

и басен, письмо под диктовку), арифметика (счет до 1000, решение задач на все 4 действия в пределах до 100, меры длины, меры веса); предметные уроки: вода, молоко, сыр, масло, мыло, шелк, пробка, губка, а также рисование по рельефной сетке;

— в 3-м классе: Закон Божий (богослужение), русский язык (чтение, заучивание стихотворений и басен, синтаксис сложного предложения, диктант), арифметика (составные именные числа, дроби простые), география (разделение Европейской России на края и губернии, обзор каждого края и губернии), естественная история (пресмыкающиеся и насекомые).

Для духовного и физического развития учащихся служили внеклассные чтения и подвижные игры с пением по праздникам. Пение преподавалось духовное и светское. Хор воспитанников пел в церкви Святой Троицы, за что училище получало плату 800 руб. в год. Согласно предложению вице-председателя Л. С. Зисмана, было разрешено хору училища участвовать в дневных концертах Иркутского общества народных развлечений. Мотивом предложения служила польза от популяризации сведений об училище слепых с целью заинтересовать общественность судьбой слепых детей. В состав хора входили и взрослые бывшие воспитанники. Наиболее способные к музыке воспитанники занимались обучением игре на музыкальных инструментах (скрипка, духовые инструменты). Под управлением слепого М. Шестакова был организован оркестр, состоящий из воспитанников и выпускников. По приглашению председателя Общества народных чтений оркестр и хор воспитанников участвовали в концертах, проводимых в 5-классном Городском училище. Содействием развитию музыкальных способностей одаренных слепых детей и услуги по занятиям с ними предложили председательница Императорских музыкальных классов М. П. Вознесенская и профессор музыкальных классов г. Мариупольский. Развлечением воспитанникам служили посещение концертов и театра. Зимой дети катались с горы, устроенной заботами попечителя училища, на рождественские праздники устраивалась елка и литературно-вокально-музыкальные вечера. Летом для детей организовывали прогулки по городу и поездки за город, игры в саду и качели. Дети ходили пешком в монастырь Св. Иннокентия.

На 1908 г. выпущено из училища 12 слепых, из них 3 остались работать в училищной мастерской, 2 уехали жить в деревню к родителям, 1 выпускник служил псаломщиком. Про остальных в отчете указано: *«имеют заработок от чтения псалтыря, пения в хоре и игры на музыкальных инструментах»* [15]. Помимо творческих профессий, способных прокормить, выпускники получали навыки ремесел.

В устроенных при училище мастерских воспитанники изготавливали щетки, ершики и кисточки. Так, в 1907 г. для Амурского пограничного батальона изготавливались щетки для чистки лошадей (заказано 4000 штук), ерши для мытья посуды для Ир-

кутского винного казенного склада (5000 штук разного размера) и пивоваренных заводов (1562 штук), изготавливались щетки сапожные и щетки для пола, для чистки одежды и шляп, кисточки для бритвы. В «Описи материалов, изделий и инструментов по мастерской» указана стоимость изделий. Так, конская щетка стоила 50 коп., ершик для бутылок — 16—22 коп., щетки для одежды — 76 коп., шляпная щетка — 50 коп., сапожные щетки — 23 коп., типографские щетки — 1 руб. 50 коп.; много разных щеток изготавливали для уборки помещений. В 1907 г. было принято и выполнено заказов на сумму 2921 руб. 05 коп., израсходовано на приобретение материалов и уплату вольнонаемным слепым за работу 2259 руб. 57 коп. Жалование щеточному мастеру и заведующему мастерской составило 900 руб. в год, столярю при мастерских — 480 руб. Щеточный мастер и столяр сверх получаемого жалования пользовались небольшими квартирами с отоплением и освещением за счет средств училища, а столяр с женой еще готовым столом.

Мастерские, где выполняли работы обученные слепые воспитанники, были хорошо оснащены материалами и инструментами, стоимость оснащения в 1907 г. составила 1829 руб. В мастерских использовались сверлильные инструменты, имелся столярный верстак, три верстака для вязки щеток, 10 пил лучковых и другое необходимое оборудование.

Причины наступления слепоты у воспитанников представлены в отчете врача-офтальмолога Л. С. Зисмана. В 1907 г. из 31 воспитанника от 6 до 32 лет у 16 причиной указана золотуха, у 8 — оспа. Трое родились слепыми, и у троих причиной наступления слепоты были травмы и родовая травма. По месту рождения 17 детей были из Иркутска и Иркутской губернии, остальные — приезжие из Енисейской, Томской губерний, по одному человеку из Тобольской, Уфимской губерний, Читинской, Забайкальской областей и даже из Вятской губернии. На 1907 г. 48,3% воспитанников составляли дети младшей возрастной группы (от 6 до 12 лет), 32,4% — подростки (от 13 до 17 лет), четверо воспитанников в возрасте от 19 до 22 лет и одна воспитанница 32 лет проживала в училище более 10 лет (табл. 1).

Бесплатный прием бедных глазных больных в начале XX в. в г. Иркутске проводился в домашней амбулатории врача отделения Попечительства Л. С. Зисмана. Операции бесплатно проводились им частью в операционной комнате при училище слепых, а частью на дому у пациентов. Бесплатную врачебную помощь бедным больным Иркутска, Иркутской губернии и Забайкальской области Л. С. Зисман оказывал с начала своей врачебной деятельности в 1882 г. В сложных случаях при проведении операций ему ассистировала супруга, которая была врачом акушером-гинекологом.

Лечебница имела 2 кровати в училище для слепых детей, которые предназначались только для пациентов, прооперированных в операционной училища. Всего в 1907 г. Л. С. Зисманом выполнено 117 операций: извлечение катаракты (29); извлечение сумки

Т а б л и ц а 1

Число воспитанников училища слепых имени И. С. Хаминова по полу, возрасту, социальному статусу родителей, месту рождения и году поступления по данным отчета за 1907 г. (в абс. ед.) [15]

По полу	По возрасту	По году поступления в училище	Звание родителей	Место рождения
Девочек — 18	6 лет — 1 7 лет — 1	1895 г. — 1 1896 г. — 1	Крестьяне — 24	Иркутская губ. — 17
Мальчиков — 13	9 лет — 5 10 лет — 6 11 лет — 2 12 лет — 1 13 лет — 1 14 лет — 2 15 лет — 2 16 лет — 3 17 лет — 2 19 лет — 1 20 лет — 1 21 год — 1 22 года — 1 32 года — 1	1897 г. — 1 1899 г. — 1 1900 г. — 2 1902 г. — 2 1903 г. — 4 1904 г. — 2 1905 г. — 6 1906 г. — 6 1907 г. — 5	Мещане — 4 Отец казак — 2 Отец фельдшер — 1	Енисейская губ. — 4 Томская губ. — 4 Тобольская губ. — 1 Уфимская губ. — 1 Вятская губ. — 1 Забайкальская обл. — 2 Амурская обл. — 1

хрусталика (3); рассечение сумки хрусталика (2); иридэктомия (19); парацентез (1); операция Земиша, показанная при безуспешности консервативного лечения быстро прогрессирующей гнойной язвы роговицы (3); отрезание выпавшей радужной оболочки (2); перерезка сухожилий мышц (3); энуклеация (4); оперативное удаление крыловидной плевы¹ (24); оперативное вмешательство при завороте (энтропион) века (16); пластика века (3); кантопластика (8). Оперативных пособий за год оказано 101: извлечение инородных тел (41); выскабливание роговичных язв (2); вскрытие нарывов (6); насечки и вырезки переходной складки (3); выдавливание зерен трахомы (2); лигатуры (7); вскрытие слезного мешка (1); расщепление слезной точки и зондирование слезных путей (19); удаление халязиона, атеромы (2); наложение швов на раны (17). В отчете по лечению бедных больных в 1907 г. Л. С. Зисман показал, что им проведено лечение 537 больных, среди них 12 больных с хронической и 28 (с рубцовой трахомой).

Неизлечимая слепота диагностирована врачом в 49 случаях, ее причины: трахома (7); оспа (5); корь и скарлатина (1); болезни слезных органов (2); бленно-рея новорожденных (5); глаукома (8); кератиты (1); травма (2); болезни спинного и головного мозга (3); болезни сетчатки (5); болезни сосудистой системы глаза (3); неудачные операции (3); неизвестные причины (4). В числе больных неизлечимой слепотой были 24 мужчины, 14 женщин и 11 детей. Бедным больным выписано бесплатно лекарств по 343 рецептам, которые они получили в аптеках Жинжерова и Калусовского, делавших скидку для общества в 50%. Общее число принятых больных в 1907 г. составило 1142, а число посещений — около 5 тыс. больных.

Помимо крупных пожертвований, поступавших от иркутского купечества, активную материальную

благотворительную помощь училищу слепых и Иркутскому отделению Попечительства о слепых Императрицы Марии Александровны оказывала Иркутская епархия. Немалые суммы собирались при помощи кружек казенных винных лавок. Поступали пожертвования «от разных лиц» по поводу и без. Так, в 1907 г. по завещанию енисейской мещанки А. М. Зудиловой душеприказчиком П. И. Шабалиным передано 4% Государственной ренты № 3036 и 100 руб. (всего 126 руб. 13 коп.) и через дьякона Иона от неизвестного передано 50 руб. Душеприказчиком А. Воронцовой по духовному завещанию на училище передано 36 руб. 50 коп. От Я. Г. Патушинского на наем секретаря пожертвовано 200 руб. Во время празднования 25-летнего юбилея профессиональной и общественной деятельности врача училища и члена совета Л. С. Зисмана один из гостей, Е. И. Риф, передал пожертвование в размере 100 руб. и записался в члены общества. П. В. Собокарев после концерта в училище передал на пособие выбывающим ученикам 5 руб. В том же году на нужды училища слепых поступили пожертвования от г. Туровой — 10 руб., городского головы И. Ф. Исцеленнова — 10 руб., г. Здебель — 3 руб., г. Панова — 8 руб., от разных лиц — на сумму 18 руб. 63 коп., всего 49 руб. 63 коп. Внесены «вещественные» пожертвования: от преосвященного Тихона на Пасху два кулича, от городского головы И. Ф. Исцеленнова конфеты, от почтового округа кулич, от доктора Л. С. Зисмана конфеты, от попечителя училища Я. С. Комарова виноградинок конфеты, от С. К. Протасовой пряники и виноград, от Общественного собрания 100 пакетов конфет и пряников. Члены Иркутского отделения Попечительства о слепых ежегодно вносили взнос в размере 5 руб. Были случаи, когда дети поступали в училище по именным стипендиям. Так, в 1907 г. в училище принят мальчик из Амурской области с платою в 360 руб. в год от уполномоченного г. Камбек с уплатой взноса по полугодиям.

Для улучшения материального положения училища, которое позволило бы принимать большее число воспитанников, по проекту вице-председателя Иркутского отделения Попечительства Императрицы Марии Александровны о слепых Л. С. Зисмана предпринято ходатайство перед иркутским генерал-губернатором А. Н. Селивановым и сибирскими губернаторами о внесении ежегодно в земскую смету субсидий Иркутскому училищу слепых и отделению Попечительства на их нужды. «Серьезное содействие в проведении этого ходатайства у генерал-губернатора оказал всегдашний друг училища слепых С. Ф. Баторевич» [15]. В Известиях Городской думы представлено обращение к генерал-губернатору «Его Превосходительству Господину Иркутскому Генерал-Губернатору Совет Иркутского отделения Попечительства Императрицы Марии Александровны о слепых, в заботах об увеличении своих средств для расширения намеченных уставом, с просьбой о внесении в ежегодные сметы земских сумму пособия на нужды Иркутского отделения Попечительства о слепых» [15]. По статистическим

¹ Нарастание конъюнктивы на роговицу, чаще птеригиум растет с носовой стороны и встречается у пожилых людей, проживающих в районах с высокой солнечной иррадиацией.

Т а б л и ц а 2

Финансовые расходы Иркутского училища слепых имени И. С. Хаминова и Иркутского отделения Попечительства Императрицы Марии Александровны о слепых за 1907 г. [15]

Сметная статья	Расходная статья	Сумма наличными
Отделение попечительства	Канцелярские, хозяйственные и мелочные расходы	364 руб. 43 коп.
	Воспитание и обучение слепых	
Расходы на училище	Содержание личного состава служащих	1709 руб.
	Жалование и праздничные мастерам и прислуге	1828 руб. 50 коп.
	Канцелярские и мелочные расходы	29 руб. 33 коп.
	Итого по § 7	3566 руб. 83 коп.
	Покупка учебных пособий и книг	181 руб. 26 коп.
	Покупка материалов	3348 руб. 61 коп.
	Покупка и ремонт инструментов	42 руб. 74 коп.
	Итого по § 8	3578 руб. 61 коп.
	Пища	3425 руб. 02 коп.
	Одежда, обувь и белье	1251 руб. 82 коп.
	Врачебная помощь	38 руб. 64 коп.
	Стирка белья и баня	265 руб. 76 коп.
	Итого по § 9	4981 руб. 24 коп.
	Отопление	535 руб. 90 коп.
	Освещение	166 руб. 52 коп.
	Снабжение водою	121 руб. 80 коп.
	Содержание чистоты, лошадей и коров	212 руб. 58 коп.
	Итого по § 10	1036 руб. 80 коп.
Расходы на ремонт зданий	Капитальный	312 руб. 50 коп.
	Текущий	126 руб. 59 коп.
	Покупка и ремонт движимости	131 руб. 24 коп.
	Страховка зданий и движимости	153 руб. 47 коп.
	Церковные расходы	18 руб. 55 коп.
	Итого по § 11	742 руб. 35 коп.
Глазные отряды и пункты	Содержание глазных пунктов	1167 руб. 95 коп.
Пособия слепым	Пособия неспособным к труду слепым	59 руб. 15 коп.
Расходы по взиманию доходов	Устройство кружечного сбора	1 руб. 70 коп.
	Плата за хранение процентных бумаг в Государственном банке и 5% налог	131 руб. 36 коп.
	Итого по § 30	133 руб. 06 коп.
	Непредусмотренные сметой расходы	742 руб. 11 коп.
Итого сметных сумм		16 366 руб. 53 коп.
Всего в расходе		16 366 руб. 53 коп.
Состоит к 1 января 1908 г.		9201 руб. 32 коп.
Баланс		25 567 руб. 85 коп.

данным на 1907 г., в помощи со стороны отделения Попечительства нуждались 7 тыс. слепых. Обращение к губернаторам содержало перечень задач, на которые требуются ассигнования:

1. Призрение, воспитание и обучение слепых детей и подготовка их к самостоятельной деятельности.

2. Попечение о взрослых слепых посредством помещения их в заведения, в которых они могли бы изучать доступные им ремесла.

3. Материальная поддержка семейств слепых и тех лиц, которые берут их на свое содержание.

4. Устройство и содержание богаделен, приютов и подобных учреждений для престарелых, слабых и неспособных к труду слепых.

5. Выдача единовременных и постоянных пособий неимущим и неспособным к труду слепым.

6. Оказание медицинской и хирургической помощи тем слепым, зрение которым может быть возвращено.

7. Лечение глазных больных — собственно предупреждение слепоты.

В 1907 г. этот проект не нашел поддержки администрации генерал-губернаторства, губернаторы отвергли отказом или дали неопределенный ответ.

Денежный отчет Иркутского училища слепых имени И. С. Хаминова и Иркутского отделения По-

печительства Императрицы Марии Александровны о слепых за 1907 г. (табл. 2) содержит следующие сведения о приходе денежных сумм: к 1 января остаток наличными составил 9384 руб. 28 коп., процентными бумагами — 74 100 руб. В течение года на счет поступило: членские взносы — 100 руб., денежный сбор в «неделю о слепом» составил 403 руб. 62 коп., кружечный сбор в помещениях разных учреждений — 280 руб. 54 коп., кружечный сбор в казенных винных лавках — 1060 руб. 31 коп., пожертвований в пользу слепых вообще — 250 руб. 63 коп., пожертвований на специальные цели — 385 руб. Итого общая сумма составила 2480 руб. 10 коп. Проценты с капиталов без особого назначения составили 433 руб. 64 коп., проценты с капиталов, имеющих особо указанную цель, — 2928 руб. 95 коп., итого — 3362 руб. 59 коп. Доходы отделения Попечительства от мастерских, складов и магазинов составили: от продажи изделий училища — 4886 руб., от продажи инструментов и материалов — 65 руб., итого 4951 руб. Доход от отдачи в наем квартир и домов составил 4835 руб. Доходы от участия воспитанников училища в хорах, оркестрах составили 400 руб. Плата за довольствие пищей сторонних лиц — 129 руб. Возвращено из выписанных в расход 125 руб. 28 коп. Общая сумма доходов составила 16 183 руб.



Рис. 5. Здание приюта для слепых, выстроенное на средства П. Р. Кравца в 1910 г., — «Убежище для слепых П. Р. Кравца» (фото авторов).

57 коп., вместе с остатком с прошлого года баланс составил 25 567 руб. 85 коп.

Ревизионной комиссией отделения Попечительства в 1909 г. проведен анализ финансовой деятельности Иркутского отделения Попечительства Императрицы Марии Александровны о слепых. Изучена кассовая книга, которую вел казначей Общества К. Н. Сапожников, представлены «Денежные документы» за 1907 г. На 1 января ревизионного года остаток капитала по отделению Попечительства составил 7650 руб. 97 коп. и по училищу 75 683 руб. 53 коп. Инвентарная книга содержит сведения о приблизительной оценке имущества, принадлежащего училищу: белье, верхняя одежда и постельное белье оценены на сумму 625 руб. 60 коп., матрацы, подушки и одеяла — 108 руб., мебель — 427 руб. 30 коп., посуда — 96 руб. 80 коп., музыкальные инструменты — 444 руб. 50 коп. Опись материалов, изделий и инструментов по мастерской содержит перечень на сумму 1829 руб. 75 коп. Сумма, находящаяся в Государственном банке под проценты, составляла 83 295 руб. 79 коп., на руках у заведующей наличных денег — 105 руб. 63 коп. Комиссия сделала выводы о том, что «В отношении делопроизводства никаких недочетов не встречалось и все оказалось в порядке» [15].

В Попечительство неоднократно поступали прошения от взрослых слепых о приеме в училище. По причине отсутствия приюта для взрослых им разрешалось быть проходящими обучающимися для изучения ремесел. 22 сентября 1909 г. иркутский купец, гласный Иркутской городской думы Петр Родионович Кравец обратился в городскую Думу г. Иркутска «о желании построить за свой счет каменный одноэтажный дом на месте земли, принадлежащей училищу слепых на Троицкой улице, для общежития выходящих из училища, учеников и учениц, а если таких будет недостаточно, то и для лиц, совсем потерявших зрение, и проект постройки этого дома» (рис. 5). П. Р. Кравец в своем обращении брал на се-

бя обязательство не только построить это здание, но и выделять средства на его содержание. Городской голова выразил Петру Родионовичу благодарность за благотворительность. При открытии приюта в него было принято 11 человек, впоследствии число проживающих в приюте увеличилось.

Заключение

Императорская семья Романовых активно участвовала в создании благотворительных учреждений в Российской империи для социальной защиты слепых. Под патронатом Попечительства Императрицы Марии Александровны о слепых в Якутской области, а затем в Иркутской губернии были организованы отделения Попечительства о слепых гражданах. Большое число инвалидов по зрению среди населения отдаленных округов Восточной Сибири явилось побудительным мотивом к созданию этих отделений. Отделения создавались по инициативе прогрессивной общественности, поддержке благотворительного капитала и епархии Русской Православной Церкви. Возможностью для организации медико-социальной помощи бедным слепым послужил объем благотворительного капитала, формировавшегося в том числе при участии рядовых граждан. За счет завещанных средств иркутского мецената И. С. Хаминова было создано училище для слепых детей, а иркутским купцом и общественным деятелем П. Р. Кравцом построен приют для взрослых слепых. За счет финансовых средств Попечительства организовывались окулистические отряды для оказания медицинской помощи жителям отдаленных округов, страдающим глазными болезнями. В Иркутском училище для слепых детей была организована бесплатная хирургическая офтальмологическая помощь нуждающимся. Это стало прообразом специализированной медицинской помощи и было очень прогрессивным в то историческое время. При участии неравнодушных граждан незрячие дети и взрослые имели возможность получать материальную поддержку и социальное сопровождение.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Первая Всеобщая перепись населения Российской империи 1897 г. Изд. Центр. стат. ком. М-ва вн. дел; Под ред. Н. А. Троицкого. 1—89. [Санкт-Петербург], 1899—1905. 27. LXXV. Иркутская губерния. 1904; XVI. 172 с.
2. Первая Всеобщая перепись населения Российской империи 1897 г. Изд. Центр. стат. ком. М-ва вн. дел; Под ред. Н. А. Троицкого. 1—89. [Санкт-Петербург], 1899—1905. 27. LXXX. Якутская область. 1905; XIV, 120 с.
3. От Якутского отделения Попечительства Императрицы Марии Александровны. Отдел официальный. *Якутские епархиальные ведомости*. 1892;(11):161—4.
4. Просят о помощи для спасения людей от слепоты. *Якутские епархиальные ведомости*. 1893;(14):212.
5. Князькина Т. А. Деятельность окулистического отряда Попечительства императрицы Марии Александровны о слепых в Камчатской области в 1912 г. *Вестник Омского университета. Серия «Исторические науки»*. 2018;(2):80—5.
6. О деятельности командированных Попечительством Императрицы Марии Александровны о слепых окулистических отря-

- дов в 1894 г. *Иркутские епархиальные ведомости*. 1895;(9):237—9.
7. Поучения в неделю о слепом. *Иркутские епархиальные ведомости*. 1894;(15-16):1—5.
 8. Совет Якутского Отделения Попечительства Императрицы Марии Александровны о слепых. Отдел официальный. *Якутские епархиальные ведомости*. 1894;(1):2—3.
 9. Иркутская хроника. *Восточное обозрение*. 1894;(81):1.
 10. Иркутская хроника. *Восточное обозрение*. 1894;(108):1.
 11. Завещание Е. И. Хаминовой. *Известия иркутской городской Думы*. 1891;(6):165.
 12. Просят о помощи для спасения людей от слепоты. Отдел официальный. *Якутские епархиальные ведомости*. 1893;(14):212.
 13. Хитров А. А. Благотворительная социальная и медицинская помощь слепым в России под покровительством императорской фамилии (вторая половина XIX — начало XX в). *Вестник Санкт-Петербургского университета. История*. 2008;(4-1):54—60.
 14. Письмо вице-председателя Совета попечительства о слепых на имя высокопреосвященнейшего Тихона. *Иркутские епархиальные ведомости*. 1895;(9):91—2.
 15. Отчет Иркутского училища для слепых детей имени И. С. Хаминова. *Известия Городской Думы. Типография М. П. Окунева*. 1909;2(9-10):73—130.
- Поступила 11.08.2024
Принята в печать 30.10.2024
- ### REFERENCES
1. The First General Population Census of the Russian Empire, 1897. Izd. Tsentr. stat. kom. M-va vn. del; Ed. N. A. Troynitskiy. 1—89 [Saint Petersburg], 1899–1905. 27. LXXV. Irkutskaya guberniya. 1904;XVI:172 (in Russian).
 2. The First General Population Census of the Russian Empire, 1897. Izd. Tsentr. stat. kom. M-va vn. del; Ed. N. A. Troynitskiy. 1—89 [Saint Petersburg], 1899–1905. 27. LXXX. Yakutskaya oblast'. 1905;XIV:120 (in Russian).
 3. From the Yakut branch of the Guardianship of Empress Maria Alexandrovna. Otdel ofitsial'nyy. *Yakutskie eparkhial'nye vedomosti*. 1892;(11):161–4 (in Russian).
 4. Asking for help to save people from blindness. *Yakutskie eparkhial'nye vedomosti*. 1893;(14):212 (in Russian).
 5. Knyaz'kina T. A. Activities of the oculist detachment of the Empress Maria Alexandrovna's Guardianship of the Blind in the Kamchatka Region in 1912. *Vestnik Omskogo universiteta. Seriya «Istoricheskie nauki»*. 2018;(2):80–5 (in Russian).
 6. On the activities of the ophthalmology teams sent by the Empress Maria Alexandrovna's Trusteeship for the Blind in 1894. *Irkutskie eparkhial'nye vedomosti*. 1895;(9):237–9 (in Russian).
 7. Sermons for the Week of the Blind. *Irkutsk Diocesan Gazette*. 1894;(15-16):1–5 (in Russian).
 8. Council of the Yakut Branch of the Empress Maria Alexandrovna's Guardianship of the Blind. Otdel ofitsial'nyy. *Yakutskie eparkhial'nye vedomosti*. 1894;(1):2–3 (in Russian).
 9. Irkutsk Chronicle. *Vostochnoe obozrenie*. 1894;(81):1 (in Russian).
 10. Irkutsk Chronicle. *Vostochnoe obozrenie*. 1894;(108):1 (in Russian).
 11. Will of E. I. Khaminova. *Izvestiya irkutskoy gorodskoy Dumy*. 1891;(6):165 (in Russian).
 12. Asking for help to save people from blindness. Otdel ofitsial'nyy. *Yakutskie eparkhial'nye vedomosti*. 1893;(14):212 (in Russian).
 13. Khitrov A. A. Charitable social and medical assistance to the blind in Russia under the patronage of the imperial family (second half of the 19th — early 20th centuries). *Vestnik Sankt-Peterburgskogo universiteta. Istoriya*. 2008;(4-1):54–60 (in Russian).
 14. Letter from the Vice-Chairman of the Board of Guardianship for the Blind to His Eminence Tikhon. *Irkutskie eparkhial'nye vedomosti*. 1895;(9):91–2 (in Russian).
 15. Report of the Irkutsk School for Blind Children named after I. S. Khaminov. *Izvestiya Gorodskoy Dumy. Tipografiya M. P. Okuneva*. 1909;2(9-10):73–130 (in Russian).

Конышко Н. А.¹, Матвеева Д. А.¹, Конышко Г. С.², Волынец Л. И.^{2,3}, Конышко А. С.⁴

АТОПИЧЕСКИЙ ДЕРМАТИТ: ИСТОРИЯ ТЕОРИИ, ПРАКТИЧЕСКИХ ОСНОВ И КЛАССИФИКАЦИИ ОТ НАЧАЛА ЭРЫ ДО МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ БОЛЕЗНЕЙ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

¹ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет имени И. М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), 119991, г. Москва;

²ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» Минздрава России, 214019, г. Смоленск;

³ОГБУЗ «Смоленская областная клиническая больница», 214018, г. Смоленск;

⁴ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н. И. Пирогова» Минздрава России (Пироговский Университет), 117513, г. Москва

Тревожная тенденция современной эпидемиологии atopического дерматита — повсеместный неуклонный рост его распространенности — делает проблему актуальной. Цель исследования — осветить исторические аспекты развития представлений об atopическом дерматите и различия классификационного подхода. Поиск статей проведен в интернет-базах научных публикаций Scopus, MedLine, eLibrary, Google Scholar по ключевым словам: atopический дерматит, патофизиология, история, классификация.

Изучение этиологии и патогенеза atopического дерматита на разных уровнях происходило на протяжении тысячелетий. Разработаны теории и понятия atopии и аллергии, открыт IgE и его ключевая роль в развитии иммуноопосредованных заболеваний, введен термин «atopический дерматит», предложены его диагностические критерии, классификация, выделены сопутствующие и не связанные с ним болезни. Дана дефиниция патологии: дерматит и экзема — это синонимы, с помощью которых можно описать картину воспалительной реакции в коже, гистологически характеризующуюся спонгиозом с различной степенью акантоза и наличием поверхностного периваскулярного лимфогистиоцитарного инфильтрата. Клинические признаки (зуд, покраснение, шелушение и папуло-везикулы кожи) развиваются у лиц под воздействием комбинации эндо- и экзогенных факторов, характеризуются рецидивирующим течением и ухудшают качество жизни пациентов. Дерматит и экзема требуют идентичных подходов к лечению и профилактике. Множество ученых, врачей, дерматологических школ за тысячелетия внесли свой вклад в описание патофизиологии и клинических проявлений данного заболевания, что важно изучить для понимания современной концепции и классификации.

Ключевые слова: atopический дерматит; патофизиология; история; классификация, обзор.

Для цитирования: Конышко Н. А., Матвеева Д. А., Конышко Г. С., Волынец Л. И., Конышко А. С. Atopический дерматит: история теории, практических основ и классификации от начала эры до Международной классификации болезней (обзор литературы). Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2025;33(3):533—540. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2025-33-3-533-540>

Для корреспонденции: Конышко Наталья Александровна, д-р мед. наук, профессор кафедры общей врачебной практики Института профессионального образования, e-mail: Nkonyshko@yandex.ru

Konyshko N. A.¹, Matveeva D. A.¹, Konyshko G. C.², Volynets L. I.^{2,3}, Konyshko A. C.⁴

THE ATOPIC DERMATITIS: HISTORY OF THEORY, PRACTICAL BASIS AND CLASSIFICATION FROM BEGINNING OF ERA TO INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF DISEASES: PUBLICATIONS REVIEW

¹The 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;

²The Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The Smolensk State Medical University” of Minzdrav of Russia, 214019, Smolensk, Russia;

³The Oblast State Budget Institution “The Smolensk Oblast Clinical Hospital”, 214018, Smolensk, Russia;

⁴The Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “N. I. Pirogov Russian National Research Medical University (Pirogov University)” of Minzdrav of Russia, 117997, Moscow, Russia

The alarming trend in modern epidemiology of atopic dermatitis is omnipresent steady increase in its prevalence making the problem relevant. The purpose of the study is to shed light on historical aspects of development of ideas about atopic dermatitis and differences in classification approach.

The search of publications was carried out in such Internet databases as Scopus, MedLine, eLibrary, Google Scholar according keywords atopic dermatitis, pathophysiology, history, classification.

The study of etiology and pathogenesis of atopic dermatitis at different levels took thousands years. The theories and concepts of atopy and allergy were developed. The IgE and its key role in development of immune mediated diseases was discovered. The term atopic dermatitis was introduced. including its diagnostic criteria and classification. The concomitant and unrelated diseases were identified. The definition of dermatitis and eczema as synonyms that can be used to describe picture of inflammatory reaction in skin, histologically characterized by spongiosis with different degrees of acanthosis and presence of superficial perivascular lymphohistiocytic infiltrate. The clinical signs (itching, redness, peeling and papulovesicles of the skin) are developed under influence of combination of endogenous and exogenous factors, characterized by recurrent course and worsen quality of life of patients. The dermatitis and eczema requires identical approaches to treatment and prevention. Over the millennia, many scientists, physicians and dermatological schools contributed into description of pathophysiology and clinic of this disease that is important to be studied in order to understand modern concept and classification.

Key words: atopic dermatitis; pathophysiology; history; classification; review.

For citation: Konyshko N. A., Matveeva D. A., Konyshko G. C., Volynets L. I., Konyshko A. C. The atopic dermatitis: history of theory, practical basis and classification from beginning of era to International Classification of Diseases: publications review. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2025;33(3):533—540 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2025-33-3-533-540>

For correspondence: Konyshko N. A., doctor of medical sciences, professor of the Chair of General Medical Practice of the Institute of Professional Education of the Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education

“The I. M. Sechenov First Moscow State Medical University” of Minzdrav of Russia (Sechenov University). e-mail: Nkonyshko@yandex.ru

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support.

Received 16.07.2024
Accepted 31.10.2024

Атопический дерматит (АД) — это генетически обусловленное заболевание кожи, характеризующееся первично возникающим зудом, хроническим рецидивирующим течением, наличием воспалительных папул и лихенификацией. На протяжении длительного времени АД остается одной из важнейших медико-социальных проблем во всем мире. Одной из тревожных тенденций современной эпидемиологии АД является повсеместный неуклонный рост его распространенности, характерный для разных групп населения, в том числе в России, что делает проблему актуальной [1—23].

Цель исследования — осветить исторические аспекты развития представлений об АД и различия классификационного подхода в Международной классификации болезней.

Материалы и методы

Поиск статей, согласно критериям включения в обзор, проведен в базах данных PubMed, Internet Archive, Google Scholar, eLibrary за неограниченный период по поисковым запросам с учетом морфологии: атопический дерматит, патогенез, патофизиология, история нозологии, классификация, Международная классификация болезней (atopic dermatitis, pathogenesis, pathophysiology, history of nosology, classification, International Classification of Diseases), а также их ближайшие по смыслу аналоги. Всего обнаружена 101 публикация, отобрана для анализа 31 полнотекстовая работа, в том числе монографии, тематические лекции, обзоры, исторические эссе, клинические рекомендации, Международные классификации болезней. Прежде всего исследователями были проанализированы заголовки и резюме. В случае дублирования публикаций в разных или одной базах данных в финальный анализ отбиралась одна. Критерии исключения: несоответствие опубликованного материала поисковым запросам, дублирование информации.

Результаты исследования

История определения клинических и патофизиологических основ атопического дерматита

Римский писатель, историк и естествоиспытатель, личный секретарь императора Адриана Гай Светоний Транквилл (Gaius Suetonius Tranquillus, 69—140 гг. н. э.) в книге «Жизнь двенадцати цезарей» («De vita Caesarum») одним из первых подробно описал клинические проявления кожного заболевания, идентичного АД, у древнеримского политического деятеля, основателя Римской империи Гая Юлия Цезаря Октавиана Августа (Octavianus

Augustus, 63 г. до н. э. — 14 г. н. э.). В труде отмечены симптомы, «сходные со стригущим лишаем: некоторое количество твердых, сухих пятен (бляшек) на коже, сопровождающихся зудом, характерна сезонность заболевания». Перед этими проявлениями больной ощущал «скованность диафрагмы; и когда удавалось выдыхать воздух порциями, начинался влажный кашель, катар» [1].

В 543 г. н. э. византийский врач Аэциос из Амил (греч. Αέτιος ο Αμιδηνός, 502—575) при описании проявлений атопии впервые использовал слово «экзема» в аспекте теории «гуморов тела» [2]. С древних времен данная доктрина была основой для понимания происхождения многих болезней и методов их лечения, согласно ей «выделение пены, кипение» при «внутреннем жаре, вытесняет гуморы из тела, как при выкипании жидкостей». Не сохранилось точное описание локальных проявлений при экземе, о которой писал Аэциос, возможно, он имел в виду фурункулез [3].

В Средние века, вслед за масштабным медицинским трудом «Канон врачебной науки» (араб. القانون في الطب Al-Qanun fi t-Tibb, не ранее 1023 г.) Ибн Сины (Авиценны; перс. ابو علي حسين بن عبدالله بن سينا — Abū ‘Alī Husein ibn ‘Abdallāh ibn Sīnā), начала формироваться европейская дерматологическая школа, разрабатывающая теоретические и клинические аспекты различных кожных заболеваний, включавших и хронические зудящие дерматозы. Итальянский врач Джеронимо Меркуриали (Hyeronimus Mercurialis, 1530—1606) в 1572 г. создал первый труд по дерматологии, в котором имеется наблюдение зудящего мокнущего заболевания кожи у грудных детей («achores») [4].

Подобные АД проявления были в дальнейшем неоднократно отмечены врачами в разных странах в XVII—XVIII вв. Английский хирург Дэниель Тернер (Daniel Turner, 1667—1740) в 1714 г. описал «зуд и корочки кожи» у детей [5]. Французский врач и ботаник Франсуа Буассье де Соваж де Лакруа (François Boissier de Sauvages de Lacroix, 1706—1767) в 1763 г. представил описание «млечного лишая» как сухое и шелушащееся состояние кожи. Основатель французской школы дерматологии Жан-Луи-Марк Алибер (Jean-Louis-Marc Alibert, 1768—1837) в 1806 г. выделил заболевание «катаральный опоясывающий лишай» («teigne muqueuse») как мокнущее состояние кожи у новорожденных, сопровождаемое зудом [4]. Некоторые из перечисленных заболеваний могут относиться к другим дерматитам, однако наличие кожного зуда в ряде случаев может указывать именно на АД [1].

В XIX в. наблюдался расцвет теоретической и практической дерматологии. Английскими врачами Робертом Уилланом (Robert Willan, 1757—1812) и Томасом Бейтманом (Thomas Bateman, 1778—1821) предложена новая классификация, в которой дерматологические заболевания группировались в зависимости от первичных кожных проявлений, однако в ней не всегда учитывались этиология и патология болезней. Авторы определили термин «экзема» как «высыпание мельчайших пузырьков, незаразных, локализованных вместе, которые после всасывания содержащейся в них жидкости формируют тонкие хлопья или корки; эта сыпь, как правило, является результатом раздражения каким-либо агентом, независимо от того, применяется он внутрь или наружно». Однако различия между острой и хронической формами экземы описаны в этот период не были [5, 6].

В теоретическом и практическом трактате о кожных заболеваниях французский врач Пьер-Франсуа Олив Райер (Pierre François Olive Rayer, 1793—1867) описал экзему и три ее формы: простую (*simplex*), эритематозную (*rubrum*), инфекционно-воспалительную (*impetiginodes*). Ученый «видел, как болезнь исчезала и рецидивировала от 12 до 14 раз в течение нескольких месяцев», по течению он выделил экзему хроническую рецидивирующую и ремиттирующую. Термин «экзема» часто использовался для определения болезней кожи, возникающих при воздействии солнца, ртути, токсичных химических веществ и раздражителей. До описания Райера не было определено различий между контактными и атопическими дерматитами. Именно этот исследователь заявил, что экзему не следует путать с другими везикулярными высыпаниями, например с «искусственно вызванными солнечными лучами» [7].

Сэр Уильям Джеймс Эразмус Уилсон (Sir William James Erasmus Wilson, 1809—1884) признан величайшим дерматологом своего времени. Он прокомментировал различия между острой и хронической экземой: «Если бы меня спросили, как мне следует отличать острую экзему от хронической, я бы сказал, что острая стадия обозначалась эритематозной — застойные явления и влажные выделения, а хроническая стадия характеризуется инфильтрацией и шелушением, инфильтрация приводит к утолщению и уплотнению кожи». Уилсон обозначил хроническую стадию экземы как псориаз и отрубевидный лишай, поэтому неясно, выделял ли он хроническую экзему как отдельную от острой экземы нозологию. Уилсон часто упоминал об экземе в своих многочисленных лекциях в Королевском колледже хирургов Англии (Royal College of Surgeons of England) в 1871 г. [8, 9]. Автор предположил, что различные проявления при экземе (т. е. пузырьки и чешуйки) могут быть связаны с продолжительностью заболевания и прочими факторами. Уилсон подробно описал детскую экзему, при которой, в отличие от экземы взрослых, могут наблюдаться везикулы, папулы и другие первичные проявления. Ученый описал клиническое течение и лечение экземы, ча-

сто сопутствующие ей заболевания. Уилсон прокомментировал связь между кожными поражениями при экземе и респираторными симптомами: «Бронхит и катар дыхательных путей являются проявлением экземы их слизистых оболочек» [9].

Фердинанд Карл Риттер фон Хебра (Ferdinand Karl Franz Schwarzzmann, Ritter von Hebra, 1816—1880) был опытным врачом, в 1860 г. он основал Венскую школу дерматологии в Германии, которая считалась «наиболее передовой в немецкоязычной части Европы». Он опубликовал описание АД, которое наиболее соответствует современному. Хебра представил отчет о поражении кожи, похожем на АД. Заболевание стало известно как пруриго фон Хебры — хроническое заболевание новорожденных и детей младшего возраста, которое, как полагали, первоначально проявляется крапивницей и в дальнейшем — зудящими папулами на туловище и конечностях [4]. В литературе представлено несколько случаев чесотки Хебры, в которых подробно описаны тяжесть и длительность зуда у 7-летнего ребенка: «Ребенок разрывал себе кожу, пытаясь облегчить страдания, временами его сон был невозможен, состояние ухудшалось зимой и улучшалось летом». Образец биопсии пруриго фон Хебры также был описан как «отежная структура» и «гиперплазия клеток», все части кожи, особенно сосочки, были «инфильтрованы клеточными элементами» [9—11].

Французский дерматолог Эрнест Беснье (Ernest Besnier, 1831—1909) наиболее известен тем, что ввел термин «биопсия» и ее массовое использование для постановки диагноза. Беснье впервые выделил заболевание «диатезное пруриго», которое сегодня называют предшественником детской экземы. Теория диатезного пруриго Беснье оказалась значительным достижением в исследовании атопии и экземы. Ученый подчеркивал важную роль следующих факторов в развитии заболевания: наследственной предрасположенности, «чувствительности к компонентам пищи» и «респираторных симптомов», которые развивались с течением времени [12]. Беснье впервые описал ассоциацию атопии и респираторных проявлений спустя семь столетий после аналогичной характеристики Светониуса. Понимание природы дерматологических заболеваний значительно улучшилось, особенно на рубеже XIX и XX вв., однако этиология АД не была установлена.

В 1890 г. Пауль Герсон Унна (Paul Gerson Unna, 1850—1929) утверждал, что этиология экземы обусловлена «внедрением микроба» [13]. Его взгляды нам известны по публикациям Луи Адольфа Дюринга (Louis Adolphus Duhring, 1854—1913), который писал, что Унна считал «этот микроб растительным по происхождению, размножение его возможно только в эпидермальных структурах, при определенном состоянии кожи, подходящем для его приема и развития». Экзема была определена как «хронический паразитарный катар кожи, сопровождающийся шелушением, зудом и склонностью реагировать на раздражение экссудацией и хорошо выраженным воспалением». Учитывая это утвержде-

ние, Унна полагал, что «местное лечение должно быть направлено на уничтожение каждого отдельного микроба в глубине эпидермиса» [13]. Спустя почти 125 лет появились убедительные доказательства роли золотистого стафилококка при АД, что делает теорию Унна отчасти достоверной.

L. Brocq и L. Jacquet в 1891 г. из обширной группы дерматозов, сопровождающихся папулезными высыпаниями, утолщением кожи и подчеркнутым ее рельефом, выделили самостоятельное заболевание кожи, развивающееся в результате расчесов на местах первичного зуда, и обозначили его термином «нейродермит» [4].

XX век ознаменован радикальными изменениями номенклатуры и диагностики АД. Ученые и клиницисты проанализировали описанные ранее заболевания, их теории и продолжили исследования, чтобы разработать концепцию патофизиологии и классификации АД. Этому способствовали разработка теорий аллергии (термин означал «измененная реактивность») Клеменса фон Пирке (Clemens von Pirquet, 1874—1929) в 1906 г. и атопии (термин произошел от греческого слова «atopia», означающего «без места») Артура Кока (Arthur F. Coca, 1875—1959) и Роберта Кука (Robert Cooke) в 1923 г. [4, 14]. Указанные суждения стали ключевыми моментами, направленными на углубление понимания этиопатогенеза аллергических проявлений.

Фред Уайз (Fred Wise) и Марион Сульцбергер (Marion Sulzberger) в 1933 г. впервые предложили термин «атопический дерматит». Эта концепция охватывала следующие заболевания: детскую экзему, локализованную преимущественно на коже лица и сгибательных поверхностей, возникающую у лиц с семейным анамнезом atopических расстройств [15]. Важно отметить, что Сульцбергер и Уайз использовали этот термин, чтобы выделить АД из гетерогенной смеси кожных заболеваний, сопровождаемых зудом, отличающихся по этиологии от психогенных и неврологических дерматитов («нейродермитов») [16, 17]. Позже Кока и Сульцбергер добавили этот термин к группе аллергических состояний с генетической предрасположенностью. Кока развил идею аллергических процессов, отметил роль «реакций на пищевые продукты» в развитии атопии и лекарственной непереносимости [15]. Сульцбергер также первоначально полагал, что пищевые аллергены играют определенную роль в патогенезе АД, но после проведения экспериментов по облучению и элиминации пришел к выводу, что в патогенезе атопии важное значение имеют дополнительные факторы [15, 18].

Гуннар Йоханссон (Gunnar Johansson, 1911—1998) и Ханс Бенних (Hans Bennich) в 1967 г. открыли иммуноглобулин Е (IgE) с последующей демонстрацией связи его уровней в сыворотке крови с течением бронхиальной астмы [20]. Аналогичная взаимосвязь была прослежена у пациентов с АД. Бруно Вютрих (Bruno Wüthrich) в 1978 г. опубликовал результаты наблюдений, демонстрирующие, что пациенты с АД имели в среднем более высокие уровни

IgE в сыворотке крови по сравнению с контрольной группой, что было согласовано с несколькими предыдущими исследованиями. Вютрих был уверен, что IgE играет важную роль в возникновении изменений кожи при АД; однако значение этого открытия в патогенезе АД остается даже по сей день не до конца ясным. Анализ сывороточного IgE в качестве биомаркера для прогноза течения и исходов АД, а также исследования, оценивающие эффективность анти-IgE-терапии (омализумаб), заслуживают внимания в современных условиях. Данный лабораторный параметр включен в качестве второстепенного диагностического критерия АД [19—21].

Долгое время считалось, что ключевым пусковым моментом развития АД, особенно у детей, является пищевая аллергия, обусловленная IgE- и не-IgE-опосредованными механизмами, была доказана роль пищевой сенсibilизации при АД в формировании сенсibilизации к аэроаллергенам и взаимосвязь с респираторными аллергическими заболеваниями. Полученные данные послужили одной из предпосылок возникновения гипотезы «атопического (аллергического) марша», предложенной Мах Кжеллман в 1980-х годах и принятой научным мировым сообществом. «Атопический марш» предполагал естественное течение atopического процесса с временной последовательностью формирования аллергической сенсibilизации и клинических проявлений, объясняемых ассоциацией между АД, IgE-опосредованной пищевой аллергией, бронхиальной астмой и аллергическим ринитом, при отягощенном семейном анамнезе по атопии. Позже в ходе клинических, генетических экспериментальных исследований были уточнены механизмы данного процесса: подтвердился факт, что АД является начальной ступенью реализации atopического марша, приводящего к последующему расширению аллергической сенсibilизации и присоединению других atopических симптомов, в том числе респираторной аллергии [6].

В 1980 г. Джон Ханифин (Jon Hanifin) и Георг Райка (Georg Rajka) впервые предложили широко используемый в настоящее время перечень диагностических критериев для АД [22]. Критерии включали четыре основных признака (зуд, характерную морфологию и локализацию, хроническое течение и личный или семейный анамнез атопии), а также множество второстепенных признаков, таких как ранний возраст начала заболевания, ксеродерма, гиперлинейные ладони, повышенный уровень IgE и складки Денни—Моргана (подглазничные линии). Диагноз АД требует наличия трех или более основных признаков, а также трех или более второстепенных. Ханифин и Райка также указали на несколько синонимов АД, таких как atopическая экзема, пруриго Беснье и детская экзема. Критерии АД будут пересматриваться в последующие годы несколько раз. В 1997 г. Уильямс (Williams) и его британские коллеги предложили шесть «наиболее важных» диагностических критериев для АД [23]. Критерии были аналогичны тем, которые описаны Ханифином и

Райкой, однако они были упрощены и включали зуд характерно измененных кожных покровов, бронхиальную астму, ксеродерму, диагностированный дерматит на сгибательных поверхностях в анамнезе и начало в возрасте до 2 лет. Уильямсоном и соавторами было высказано предположение, что добавление других критериев, вероятно, не улучшит диагностику заболевания для клиницистов [24, 25].

Атопический дерматит в Международной классификации болезней 9, 10 и 11-го пересмотров

В течение нескольких веков дерматологическими школами мира рассматривались теории этиологии и патогенеза АД, описаны различные формы заболевания, предложено большое количество классификаций. В названии дерматоза авторы отражали свои взгляды на патофизиологию и клинику: астма-экзема Ядассона, астма-пруриго Бенье, экзематоз Дарье, конституциональный нейродермит Борелли и др. Термин «атопический дерматит», предложенный в 1933—1935 гг. М. S. Sulzberger, согласно Международной классификации болезней 9-го пересмотра, применялся для обозначения поражений кожи, возникающих в результате наследственно обусловленной болезни всего организма — атопии. Атопия — генетически закрепленное состояние повышенной чувствительности организма, характеризующееся наличием в крови повышенного количества IgE. Атопическими страданиями были определены: аллергический дерматит и диффузный нейродермит, ангионевротический отек Квинке, поллиноз (сенная лихорадка), крапивница. Целесообразность такого объединения была продиктована наличием у этих заболеваний общих признаков: периодичности, продолжительного и рецидивирующего течения, сочетания у пациента кожных и респираторных клинических проявлений атопии [22, 26].

Согласно Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) 10-го пересмотра (МКБ-10), термины «дерматит» и «экзема» (L20—L30) используются как взаимозаменяемые синонимы и включают следующие нозологические формы: L20 Атопический дерматит (исключен: ограниченный нейродерматит (L28.0)); L21 Себорейный дерматит (исключен: инфекционный дерматит (L30.3)); L22 Пеленочный дерматит (Пеленочная: эритема, сыпь, Псориазоподобное высыпание, вызванное пеленками); L23 Аллергический контактный дерматит; L24 Простой раздражительный [irritant] контактный дерматит; L25 Контактный дерматит неуточненный; L26 Эксфолиативный дерматит (Питириаз Гебры); L27 Дерматит, вызванный веществами, принятыми внутрь; L28 Простой хронический лишай и почесуха; L29 Зуд; L30 Другие дерматиты [27—30].

В МКБ-10 в разделе Атопический дерматит выделяют следующие виды заболевания: L20 Атопический дерматит; L20.0 Почесуха Бенье; L20.8 Другие атопические дерматиты: экзема (сгибательная, дет-

ская острая, хроническая, эндогенная (аллергическая)), нейродерматит атопический (локализованный), диффузный; L20.9 Атопический дерматит неуточненный. Общепринятой клинической классификации не существует [27].

Всемирная аллергологическая организация в последние десятилетия внесла изменения в научную терминологию, предложив разделение АД на атопический (экзогенный, «extrinsic»), связанный преимущественно с аллергическими механизмами и гиперпродукцией IgE, и неатопический (эндогенный, «intrinsic»), в патогенезе которого преобладают неаллергические механизмы. Тем не менее, несмотря на некоторые различия в иммунопатогенезе и течении заболевания, оба варианта АД имеют общие типичные клинические проявления, развиваются у лиц с генетической предрасположенностью под воздействием комбинации генетических и средовых факторов, характеризуются рецидивирующим течением и значительно нарушают качество жизни пациентов и членов их семей [28]. Поэтому в настоящее время они рассматриваются как одна нозологическая форма и требуют единых подходов к лечению и профилактике.

В Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, 11-го пересмотра (МКБ-11) воспалительные дерматозы определены как большая группа заболеваний кожи, при которых важную роль играет воспаление. В эту группу включен раздел «Дерматит и экзема». Дана следующая дефиниция патологии: дерматит и экзема — это синонимы, с помощью которых можно описать картину воспалительной реакции в коже, гистологически характеризующуюся спонгиозом с различной степенью акантоза и наличием поверхностного периваскулярного лимфогистиоцитарного инфильтрата. Клинические признаки могут включать зуд, покраснение, шелушение кожи и скопление папуло-везикул. Это состояние может быть вызвано широким спектром внешних и внутренних факторов, действующих по отдельности или в сочетании. Из раздела исключены: Герпетический дерматит (EB44), Периорифициальный дерматит (ED90.1), Церкариальный дерматит (1F86.4) [31].

Раздел содержит 24 уточняющих диагноза: 1. EA80 — Атопическая экзема (включено: Атопический дерматит); 2. EA81 — Себорейный дерматит и связанные с ним состояния (исключено: Себорея (ED91.2)); 3. EA82 — Нуммулярный дерматит; 4. EA83 — Простой лишай или лихенификация; 5. EA84 — Астеатозная экзема; 6. EA85 — Дерматит или экзема кистей и стоп (включено: Экзема кистей и стоп, Дерматит кистей и стоп); 7. EA86 — Дерматит и экзема голеней; 8. EA87 — Дерматит или экзема аногенитальной области; 9. EA88 — Различные уточненные экзематозные дерматозы; 10. EA89 — Генерализованный экзематозный дерматит неуточненного типа; 11. K00 — Аллергический контактный дерматит; 12. EK01 — Фотоаллергический контактный дерматит; 13. EK02 — Простой раздражи-

тельный контактный дерматит; 14. EG40 — Контактный дерматит наружного уха; 15. 9A06.72 — Аллергический контактный блефароконъюнктивит; 16. EK02.11 — Ирритантный контактный блефароконъюнктивит; 17. DA02.3 — контактный гингивостоматит; 18. EK02.12 — Простой раздражительный контактный дерматит кистей (включено: Ирритантный дерматит кистей); 19. EK02.13 — Простой раздражительный контактный дерматит вульвы (включено: Простой раздражительный контактный дерматит, вызывающий раздражение вульвы); 20. 9A06.7 — Дерматит или экзема век; 21. Дерматит или экзема наружного уха (EG40 — Контактный дерматит наружного уха, AA10 — Себорейный наружный отит); 22. EE13.5 — Экзематозная дистрофия ногтя; 23. EA8Y — Другие уточненные экзематозные дерматиты; 24. EA8Z — Дерматит или экзема, неуточненные [31].

В МКБ-11 дана дефиниция атопической экземы — это хронический воспалительный генетически детерминированный экзематозный дерматоз, связанный с атопией (повышенным уровнем циркулирующего IgE, аллергией I типа, астмой и аллергическим ринитом). Мутации филагтрина, которые приводят к нарушению функции эпидермального барьера, являются основой патогенеза заболевания. Атопическая экзема проявляется сильным зудом, экссудацией, образованием корок, эскориациями и лихенификацией. У младенцев часто поражаются лицо и кожа не только сгибательной поверхности конечностей; вовлечение сгибателей встречается в любом возрасте. Обычно атопическая экзема ограничена по распространенности и продолжительности, однако может быть генерализованной и продолжаться на протяжении всей жизни [31].

Диагноз включает одну позицию: EA80 Атопический дерматит, который содержит 6 уточняющих диагнозов: EA80.0 — Младенческая атопическая экзема; EA80.1 — Детская атопическая экзема; EA80.2 — Атопическая экзема взрослых; 9A06.70 — Атопическая экзема век; EA85.20 — Атопическая экзема кистей; EA80.Y — Другие уточненные формы атопической экземы.

Диагноз EA80 Атопическая экзема входит в другие подклассы в МКБ-11: Аллергические заболевания или состояния гиперчувствительности, с поражением кожи и слизистой #103792; Атопическая экзема #103851, атопическая экзема век (9A06.70); Атопическая экзема кистей (EA85.20) [23]. Коду EA80 (Атопическая экзема) в МКБ-11 соответствуют в МКБ-10 коды L20 Атопический дерматит; L20.8 Другие атопические дерматиты; L20.9 Атопический дерматит неуточненный [31].

Заключение

История изучения АД обширна, истоки найдены в древних манускриптах историков и целителей. Множество ученых, врачей, дерматологических школ за несколько столетий внесли свой вклад в описание патофизиологии и клинических проявлений данного заболевания, что привело к формиро-

ванию современной концепции и классификации. Наиболее глубокое изучение этиологии и патогенеза АД на молекулярном и субклеточном уровнях происходило в последнее столетие. XX век был весьма плодотворным: разработаны теории и понятия атопии и аллергии, ученые открыли IgE и его ключевую роль в развитии иммуноопосредованных заболеваний, введен термин «атопический дерматит», предложены четкая система его диагностических критериев, классификация, выделены сопутствующие и не взаимосвязанные с АД болезни. В связи с новейшими научными исследованиями проводится ревизия концепций и вносятся изменения в теоретические и практические нормативы, что отразилось в Международной классификации болезней и в клинических рекомендациях.

Исследование не имело спонсорской поддержки.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА

1. Гай Светоний Транквилл. Жизнь двенадцати цезарей. Пер. В. Алексеева. СПб.; 1904. 466 с. Режим доступа: <http://militera.lib.ru/bio/0/pdf/suetonius.pdf> (дата обращения 01.06.2024).
2. Mier P. D. Earliest description of the atopic syndrome? *Br. Med. J.* 1975;92(3):359.
3. MacCormac H. Pathologie und Therapie des Ekzems by Unna, Paul Gerson, 1850—1929. Royal College of Physicians of London; 1903. 565 p. Режим доступа: <https://archive.org/details/b23984466/page/2/mode/2up>
4. Ruzicka T., Ring J., Przybilla B. Handbook of Atopic Eczema: Berlin, Germany: Springer; 1991. 504 p. Режим доступа: <https://archive.org/details/handbookofatopic0000unse> (дата обращения 01.06.2024).
5. Turner D. De morbis cutaneis. A treatise of diseases incident to the skin. London; 1726. 716 p. Режим доступа: <https://archive.org/details/demorbiscutaneis00turn/page/n9/mode/2up>
6. Rudikoff D., Scheinfeld N. Atopic Dermatitis and Eczematous Disorders. CRC Press; 2014. 456p. doi: 10.1201/b16138
7. Rayer P. F. O. A Theoretical and Practical Treatise on the Diseases of the Skin. Philadelphia: Carey and Hart, for G. N. Loomis; 1845. 494 p. Режим доступа: https://archive.org/details/b29330166_0002/page/n5/mode/2up
8. Hadley R. M. The life and works of Sir William James Erasmus Wilson 1809—84. *Med. Hist.* 1959;(3):215—47. doi: 10.1017/s0025727300024637
9. Boenning H. C. A case of prurigo. In: Philadelphia Medical Times (1871—1889). *American Periodicals.* 1882;12:519. Режим доступа: https://archive.org/details/sim_medical-times-and-register_1871-1872_2_index
10. Little E. G. Prurigo of Hebra. *Proc. R Soc. Med.* 1908;1:181—2.
11. Torres Zavaleta A., Mom A. M. Prurigo of Hebra. *Arch. Derm. Syphilol.* 1948;57(6):998—1008. doi: 10.1001/arch-derm.1948.01520190077010
12. Besnier's Prurigo. *Lancet.* 1952;259:406—7. doi: 10.1016/S0140-6736(52)90015-9
13. Stelwagon L. Prurigo Infantum; Psoriasis-Eczema; Primary Pigmented Sarcoma of the Skin; Xeroderma Pigmentosum; Dermatitis Herpetiformis. On the nature and treatment of eczema. *Am. J. Med. Sci.* 1891;101:95—6.
14. Coca A. F., Cooke R. A. On classification of the phenomena of hypersensitiveness. *J. Immunol.* 1923;10:445. doi: 10.4049/jimmunol.8.3.163
15. Wise F., Sulzberger M. B. The 1933 Year Book of Dermatology and Syphilology. Chicago: Year Book Publishers Inc.; 1933;(7)27:665. doi: 10.1097/00007611-193407000-00037

История медицины

16. Pascher F. Sulzberger on atopic dermatitis. *Int. J. Dermatol.* 1977;16:376–9. doi: 10.1111/j.1365-4362.1977.tb00757.x
17. Tanei R., Hasegawa Y. Immunological Pathomechanisms of Spongiotic Dermatitis in Skin Lesions of Atopic Dermatitis. *Int. J. Mol. Sci.* 2022;23(12):6682. doi: 10.3390/ijms23126682
18. Bhattacharya T., Strom M. A., Lio P. A. Historical Perspectives on Atopic Dermatitis: Eczema Through the Ages. *Pediatr. Dermatol.* 2016;33(4):375–9. doi: 10.1111/pde.12853
19. Johansson S. G. Raised levels of a new immunoglobulin class (IgND) in asthma. *Lancet.* 1967;2:951–3. doi: 10.1016/s0140-6736(67)90792-1
20. Matricardi P. M. The Very Low IgE Producer: Allergology, Genetics, Immunodeficiencies, and Oncology. *Biomedicine.* 2023;11(5):1378. doi: 10.3390/biomedicine11051378
21. Durham S. R., Shamji M. H. Allergen immunotherapy: past, present and future. *Nat. Rev. Immunol.* 2023;23(5):317–28. doi: 10.1038/s41577-022-00786-1
22. Hanifin J. M., Rajka G. Diagnostic features of atopic dermatitis. *Acta Dermatovenereol. Suppl.* 1980;92:44–7. doi: 10.2340/00015555924447
23. Williams H. C., Burney P. G., Hay R. J. The U. K. Working Party's Diagnostic Criteria for Atopic Dermatitis. I. Derivation of a minimum set of discriminators for atopic dermatitis. *Br. J. Dermatol.* 1994;131:383–96. doi: 10.1111/j.1365-2133.1994.tb08530.x
24. Wang A., Fulton R., Hwang S., Margolis D. J., Mowery D. L. Patient Phenotyping for Atopic Dermatitis with Transformers and Machine Learning. *Med. Rxiv.* 2023;4:08.23294636. doi: 10.1101/2023.08.25.23294636
25. Lim J. J., Reginald K., Say Y. H., Liu M. H., Chew F. T. A dietary pattern of frequent plant-based foods intake reduced the associated risks for atopic dermatitis exacerbation: Insights from the Singapore/Malaysia cross-sectional genetics epidemiology cohort. *BMC Public Health.* 2023;23(1):1818. doi: 10.1186/s12889-023-16736-y
26. Кубанов А. А., Намазова-Баранова Л. С., Хаитов Р. М., Ильина Н. И., Алексеева Е. А., Амбарян Э. Т. Клинические рекомендации Атопический дерматит. 2021. 49 с. Режим доступа: https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/265_2?ysclid=lrqfm63s857253030 (дата обращения 01.06.2024).
27. МКБ 10 — Международная классификация болезней 10-го пересмотра. Режим доступа: <https://mkb-10.com/index.php?pid=11068&ysclid=lrqh6gpk3318536599> (дата обращения 01.06.2024).
28. Breninkmeijer E. E., Spuls P. I., Legierse C. M., Lindeboom R., Smitt H. S., Bos J. D. Clinical differences between atopic and atopic form dermatitis. *J. Am. Acad. Dermatol.* 2008;58(3):407–14. doi: 10.1016/j.jaad.2007.12.002.23
29. Коломийченко М. Е., Вайсман Д. Ш. Качество кодирования медицинской информации как элемент системы управления качеством медицинской деятельности. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины.* 2020;28(5):975–80. doi: 10.32687/0869-866X-2020-28-5-975-980
30. Берсенева Е. А., Михайлов Д. Ю. Совершенствование модели кодирования диагноза посредством внедрения автоматизированной системы поддержки кодирования результат функционально-стоимостного анализа. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины.* 2022;30(1):123–8. doi: 10.32687/0869-866X-2022-30-1-123-128
31. МКБ-11 — Международная классификация болезней 11-го пересмотра. Режим доступа: <https://mkb11.online/115550> (дата обращения 01.06.2024).
32. MacCormac H. Pathologie und Therapie des Ekzems by Unna, Paul Gerson, 1850–1929. Royal College of Physicians of London; 1903. 565 p. Available at: <https://archive.org/details/b23984466/page/21mode/2up> (accessed 01.06.2024).
33. Ruzicka T., Ring J., Przybilla B. Handbook of Atopic Eczema. Berlin, Germany: Springer; 1991. 504 p. Available at: <https://archive.org/details/handbookofatopic0000unse> (accessed 01.06.2024).
34. Turner D. De morbis cutaneis. A treatise of diseases incident to the skin. London; 1726. 716 p. Available at: <https://archive.org/details/demorbiscutaneis00turn/page/n9mode/2up> (accessed 01.06.2024).
35. Rudikoff D., Scheinfeld N. Atopic Dermatitis and Eczematous Disorders. CRC Press; 2014. 456p. doi: 10.1201/b16138
36. Rayer P. F. O. A Theoretical and Practical Treatise on the Diseases of the Skin. Philadelphia: Carey and Hart, for G. N. Loomis; 1845. 494 p. Available at: 01.06.2024 https://archive.org/details/b29330166_0002/page/n5mode/2up
37. Hadley R. M. The life and works of Sir William James Erasmus Wilson 1809–84. *Med. Hist.* 1959;(3):215–47. doi: 10.1017/s0025727300024637
38. Boenning H. C. A case of prurigo. In: Philadelphia Medical Times (1871–1889). *American Periodicals.* 1882;12:519. Available at: https://archive.org/details/sim_medical-times-and-register_1871-1872_2_index (accessed 01.06.2024).
39. Little E. G. Prurigo of Hebra. *Proc. R Soc. Med.* 1908;1:181–2.
40. Torres Zavaleta A., Mom A. M. Prurigo of Herba. *Arch. Derm. Syphilol.* 1948;57(6):998–1008. doi: 10.1001/arch-derm.1948.01520190077010
41. Besnier's Prurigo. *Lancet.* 1952;259:406–7. doi: 10.1016/S0140-6736(52)90015-9
42. Stelwagon L. Prurigo Infantum; Psoriasis-Eczema; Primary Pigmented Sarcoma of the Skin; Xeroderma Pigmentosum; Dermatitis Herpetiformis. On the nature and treatment of eczema. *Am. J. Med. Sci.* 1891;101:95–6.
43. Coca A. F., Cooke R. A. On classification of the phenomena of hypersensitiveness. *J. Immunol.* 1923;10:445. doi: 10.4049/jimmunol.8.3.163
44. Wise F., Sulzberger M. B. The 1933 Year Book of Dermatology and Syphilology. Chicago: Year Book Publishers Inc.; 1933;(7)27:665. doi: 10.1097/00007611-193407000-00037
45. Pascher F. Sulzberger on atopic dermatitis. *Int. J. Dermatol.* 1977;16:376–9. doi: 10.1111/j.1365-4362.1977.tb00757.x
46. Tanei R., Hasegawa Y. Immunological Pathomechanisms of Spongiotic Dermatitis in Skin Lesions of Atopic Dermatitis. *Int. J. Mol. Sci.* 2022;23(12):6682. doi: 10.3390/ijms23126682
47. Bhattacharya T., Strom M. A., Lio P. A. Historical Perspectives on Atopic Dermatitis: Eczema Through the Ages. *Pediatr. Dermatol.* 2016;33(4):375–9. doi: 10.1111/pde.12853
48. Johansson S. G. Raised levels of a new immunoglobulin class (IgND) in asthma. *Lancet.* 1967;2:951–3. doi: 10.1016/s0140-6736(67)90792-1
49. Matricardi P. M. The Very Low IgE Producer: Allergology, Genetics, Immunodeficiencies, and Oncology. *Biomedicine.* 2023;11(5):1378. doi: 10.3390/biomedicine11051378
50. Durham S. R., Shamji M. H. Allergen immunotherapy: past, present and future. *Nat. Rev. Immunol.* 2023;23(5):317–28. doi: 10.1038/s41577-022-00786-1
51. Hanifin J. M., Rajka G. Diagnostic features of atopic dermatitis. *Acta Dermatovenereol. Suppl.* 1980;92:44–7. doi: 10.2340/00015555924447
52. Williams H. C., Burney P. G., Hay R. J. The U. K. Working Party's Diagnostic Criteria for Atopic Dermatitis. I. Derivation of a minimum set of discriminators for atopic dermatitis. *Br. J. Dermatol.* 1994;131:383–96. doi: 10.1111/j.1365-2133.1994.tb08530.x
53. Wang A., Fulton R., Hwang S., Margolis D. J., Mowery D. L. Patient Phenotyping for Atopic Dermatitis with Transformers and Machine Learning. *Med. Rxiv.* 2023;4:08.23294636. doi: 10.1101/2023.08.25.23294636
54. Lim J. J., Reginald K., Say Y. H., Liu M. H., Chew F. T. A dietary pattern of frequent plant-based foods intake reduced the associated risks for atopic dermatitis exacerbation: Insights from the Singa-

Поступила 16.07.2024
Принята 31.10.2024

REFERENCES

1. Gay Suetonius Tranquille. The Life of the Twelve Caesars. Transl. V. Alekseev. St. Petersburg; 1904. 466 p. Available at: 01.06.2024 <http://militera.lib.ru/bio/0/pdf/suetonius.pdf> (in Russian).
2. Mier P. D. Earliest description of the atopic syndrome? *Br. Med. J.* 1975;92(3):359.

- pore/Malaysia cross-sectional genetics epidemiology cohort. *BMC Public Health*. 2023;23(1):1818. doi: 10.1186/s12889-023-16736-y
26. Kubanov A. A., Namazova-Baranova L. S., Khaitov R. M., Ilyina N. I., Alekseeva E. A., Ambaryan E. T. Clinical recommendations Atopic dermatitis. 2021. 49 p. Available at: https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/265_2?ysclid=lrogfm63s857253030 (accessed 01.06.2024) (in Russian).
 27. ICD 10 — the International Classification of Diseases of the 10th revision. Available at: <https://mkb-10.com/index.php?pid=11068&ysclid=lroh6gpk3318536599> (accessed 01.06.2024).
 28. Breninkmeijer E. E., Spuls P. I., Legierse C. M., Lindeboom R., Smitt H. S., Bos J. D. Clinical differences between atopic and atopic-form dermatitis. *J. Am. Acad. Dermatol.* 2008;58(3):407–14. doi: 10.1016/j.jaad.2007.12.002.23
 29. Kolomiychenko M. E., Vaisman D. S. The quality of coding medical information as component of system of management of medical activities quality. *Problems of Social Hygiene, Public Health and History of Medicine*. 2020;28(5):975–80. doi: 10.32687/0869-866X-2020-28-5-975-980 (in Russian).
 30. Berseneva E. A., Mikhaylov D. Y. The development of diagnosis coding model by means of implementing automated system of coding support: The results of functional and cost analysis. *Problems of Social Hygiene, Public Health and History of Medicine*. 2022;30(1):123–8. doi: 10.32687/0869-866X-2022-30-1-123-128 (in Russian).
 31. ICD-11 — International Classification of Diseases of the 11th revision. Available at: <https://mkb11.online/115550> (accessed 01.06.2024).