

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-rt.ru,
www.pochta.ru

на электронную версию:
elibrary.ru

ISSN 0869-866X. Пробл. соц. гиг., здравоохр. и истории мед. 2025. Т. 33. № 4. 541—744.



Издатель:
Акционерное общество
«Шико»

ОГРН 1027739732822

Переводчик В. С. Нечаев

Корректор И. И. Жданюк

Сдано в набор 18.06.2025.

Подписано в печать 18.08.2025.

Формат 60 × 88%. Печать офсетная.
Печ. л. 25,5. Усл. печ. л. 24,93. Уч.-изд. л. 32,41.

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

4

Том 33

2025

ИЮЛЬ—АВГУСТ

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

N. A. Semashko National
Research Institute of Public Health

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

Founded in 1993.

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

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

4

Volume 33

2025

JULY—AUGUST

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., Мингазова Э. Н. Долгосрочные тренды основных медико-демографических показателей Республики Татарстан: методический подход к изучению процессов на уровне регионов	545
Стародубов В. И., Постоев В. А., Курочка Д. В., Ступак В. С., Соколовская Т. А., Меньшикова Л. И. Перинатальные потери в регионах Арктической зоны Российской Федерации: анализ динамики и предотвратимости	557
Гайдаров Г. М., Макаров С. В., Лифляндер-Пачерских А. А., Маевская И. В. Анализ объемов нагрузки, выполненной врачами-стоматологами государственных медицинских организаций	567
Воробьев М. В., Миронов Р. А. Обеспеченность врачами-стоматологами детскими в Российской Федерации (2012—2023 гг.)	574
Старжинская О. Б., Шишов М. А. О совершенствовании профилактических визитов в сфере здравоохранения	579
Сафонов А. Л., Некипелова Д. В. Оценка потенциала и прогнозирование занятости инвалидов	583
Якушин М. А., Карпова О. В., Кабаева Е. Н., Воробьева А. В., Якушина Т. И., Габриэлян А. Р., Арсенкова О. Ю. Организация медико-социальной помощи пациентам с когнитивными расстройствами (часть 1)	590
Садыков Р. М., Большакова Н. Л. Технологии реабилитации женщин, пострадавших от насилия в семье, как фактор обеспечения социальной устойчивости	598
Харбедия Ш. Д., Моисеева К. Е., Шевцова К. Г., Резник В. А., Тайц А. Н., Болотских В. М., Симченко А. Е. Оценка факторов медико-социального риска в группе пациенток перинатального центра позднего репродуктивного возраста	604
Дегелева О. М., Тюмина О. В., Моисеева И. В. Оценка влияния индекса массы тела женщины на результаты лечения бесплодия методом вспомогательных репродуктивных технологий	612
Ахохова А. В., Тлакадугова М. Х., Умарова А. А., Карданова Э. А., Купова Ф. М., Карданов А. Ю., Шукурова Д. А., Вахбиева Х. Р., Вукчаева Х. Х., Тайдаева Р. З. Подходы к формализации процессов межведомственного взаимодействия участников мероприятий по противодействию наркотической агрессии в субъекте с использованием системной инженерии на основе моделей (обзор литературы)	617
Amlaev K. R., Abdullah Alnizami. Towards strategies for the medical prevention of non-communicable diseases	628
Бобровская О. Н., Тимофеева М. Ю., Варламова А. А. Сравнительный анализ аспектов защиты репутации медицинской организации и ее работников в Российской Федерации и некоторых зарубежных странах	633
Погарская А. С. Особенности идентификации фармацевтической продукции в таможенных целях	640
Конфино К. В. Актуальные вопросы страхования профессиональной ответственности медицинских работников	651
Адаева О. В., Усманова Е. Ф., Худойкина Т. В. Юридикоммуникативная компетентность медицинского юриста	657
Арестова Ю. А. Вопросы совершенствования правового регулирования уровня финансового обеспечения персонала скорой медицинской помощи в России	663
Filimonova I. V., Fedchenko A. A., Borisova L. I. The Study of the role and influence of monthly cash payments on social security of disabled	671
Ryazantsev S. V., Ryazantsev N. S., Khramova M. N. On the issue of remittances by expatriates from Central Asia to Russia during COVID-19 pandemic under the prism of migration neoclassical theory	680
Ботнарчук М. В., Лепехина Ю. А. Рекомендации по сохранению психологического здоровья моряков в торговом судоходстве при реализации стратегии гендерного равенства	687
Тимченко Т. Н. Агрессивное поведение на борту судна как фактор возникновения психосоциальных рисков	693

CONTENTS

Health and Society

Khabriev R. U., Mingazova E. N. The long-term trends of main medical demographic indicators of the Republic of Tatarstan: the methodical approach to studying processes at the level of the Regions	545
Starodubov V. I., Postoev V. A., Kurochka D. V., Stupak V. S., Sokolovskaya T. A., Menshikova L. I. The perinatal losses in the regions of the Arctic Zone of the Russian Federation: analysis of dynamics and avertability	557
Gaydarov G. M., Makarov S. V., Lifyander-Pacherskikh A. A., Maevskaya I. V. The analysis of volumes of workload implemented by stomatologists of state medical organizations	567
Vorobiev M. V., Mironov R. A. The provision with children stomatologists in the Russian Federation in 2012–2023	574
Starzhinskaya O. B., Shishov M. A. On improvement of prevention visits in field of health care	579
Safonov A. L., Nekipelova D. V. The evaluation of potential and prognostication of employment of the disabled	583
Yakushin M. A., Karpova O. V., Kabaeva E. N., Vorobeve A. V., Yakushina T. I., Gabrielyan A. R., Arseenkova O. Yu. The organization of medial social care of patients with cognitive disorders. Part I	590
Sadykov R. M., Bolshakova N. L. The technologies of rehabilitation of women victimized by violence in family as factor of securing social stability	598
Kharbediya Sh. D., Moiseeva K. E., Shevtsova K. G., Reznik V. A., Taitis A. N., Bolotskikh V. M., Simchenko A. E. The evaluation of factors of medical social risk in the group of female patients of late reproductive age of perinatal center	604
Degeleva O. M., Tyumina O. V., Moiseeva I. V. The evaluation of impact of female body mass index on results of treatment of infertility using method of auxiliary reproductive technologies	612
Akhokhova A. V., Tlakadugova M. Kh., Umarova A. A., Kardanova E. A., Kupova F. M., Kardanov A. Yu., Shukurova D. A., Vakhbieva Kh. R., Vukchaeva Kh. Kh., Taidaeva R. Z. The approaches to formalization of processes of inter-departmental interaction between participants of activities on counteracting drug aggression in the Subject using systemic engineering based on models: the publication review	617
Amlaev K. R., Abdullah Alnizami. Towards strategies for the medical prevention of non-communicable diseases	628
Bobrovskaya O. N., Timofeeva M. Yu., Varlamova A. A. The comparative analysis of aspects of defense of reputation of medical organization and its personnel in the Russian Federation and certain foreign countries	633
Pogarskaya A. S. The peculiarities of identification of pharmaceutical production with the custom purposes	640
Konfino K. V. The actual issues of insurance of professional responsibility of medical workers	651
Adaeva O. V., Usmanova E. F., Khudoikina T. V. The legal communicative competence of medical lawyer	657
Arestova Yu. A. The issues of improvement of legal regulation of the level of financial support of personnel of emergency medical care in Russia	663
Filimonova I. V., Fedchenko A. A., Borisova L. I. The study of role and influence of monthly cash payments on social security of the disabled	671
Ryazantsev S. V., Ryazantsev N. S., Khramova M. N. On the issue of remittances by expatriates from Central Asia to Russia during COVID-19 pandemic under the prism of migration neoclassical theory	680
Botnaryuk M. V., Lepekhina Yu. A. The recommendations on preservation of mental health of sailors in merchant shipping under implementation of strategy of gender equality	687
Timchenko T. N. The aggressive behavior on board a ship as factor of origin of psycho-social risks	693

<i>Каменева Т. Н., Разов П. В.</i> Роль муниципальных служащих в формировании здоровьесберегающей среды	700	<i>Kameneva T. N., Razov P. V.</i> The role of municipal employees in formation of health preserving environment	
Образование и кадры		Education and Personnel	
<i>Тонконог В. В.</i> Анализ современных проблем и вызовов российского медицинского образования: результаты социологического опроса	706	<i>Tonkonog V. V.</i> The analysis of modern problems and challenges of Russian medical education: the sociological survey results	
Из опыта организатора здравоохранения		From Practice of Health Care Professional	
<i>Шмелев И. А., Сергеев В. В., Печегина Ю. С.</i> Функциональные принципы электронной платформы «Цифровая система мониторинга качества»	714	<i>Shmelev I. A., Sergeev V. V., Pechegina Yu. S.</i> The functional principles of electronic platform "The digital system of quality monitoring"	
История медицины	719	History of Medicine	
<i>Затравкин С. Н., Вишленкова Е. А., Игнатьев В. Г.</i> История российского фарминформрынка. Сообщение 1: фармацевтическая информация в СССР	719	<i>Zatravkin S. N., Vishlenkova E. A., Ignatiev V. G.</i> The history of Russian pharmaceutical information market. Report I: pharmaceutical information in the USSR	
<i>Паиков К. А., Абрамкина Д. И.</i> Деятельность Наркомздрава во главе с Г. А. Митеревым по обеспечению учреждений здравоохранения кадрами во время Великой Отечественной войны 1941—1945 гг.	724	<i>Pashkov K. A., Abramkina D. I.</i> The activity of the Narkomzdrav of the USSR headed by G. A. Miterev on supporting health care institutions with personnel during the Great Patriotic War of 1941–1945	
<i>Шерстнева Е. В.</i> Всесоюзный НИИ пенициллина (1947—1952): извлеченная страница истории. Сообщение 1. Создание института	727	<i>Sherstneva E. V.</i> The All-Union Research Institute of Penicillin (1947–1952): the extracted page of history. Report I: the establishment of the Institute	
<i>Худоногов И. Ю., Серебряный Р. С.</i> Исторические основы и перспективы развития информационно-когнитивной концепции общественного здоровья. Сообщение 1: предтеча нового социально-гигиенического подхода	734	<i>Khudonogov I. Yu., Serebryany R. S.</i> The historical basics and prospects of development of informational cognitive concept of public health. Report I: The precursor of the new social hygienic approach	
Некролог		Obituary	
Памяти учителя, старшего товарища и друга	742	In memory of the teacher, the older comrade, and the friend	

Здоровье и общество

© ХАБРИЕВ Р. У., МИНГАЗОВА Э. Н., 2025

УДК 614.2

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

ДОЛГОСРОЧНЫЕ ТРЕНДЫ ОСНОВНЫХ МЕДИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ РЕСПУБЛИКИ ТАТАРСТАН: МЕТОДИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ИЗУЧЕНИЮ ПРОЦЕССОВ НА УРОВНЕ РЕГИОНОВ

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

²ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования», 125993, г. Москва;

³ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет», Минздрава России, 420012, г. Казань

Представлены динамические показатели медико-демографического процесса в Республике Татарстан за 1990—2023 гг.: число родившихся и умерших на 1 тыс. населения, возрастные коэффициенты рождаемости и прогноз коэффициента рождаемости, младенческая и материнская смертность, ожидаемая продолжительность жизни, первичная заболеваемость, заболеваемость болезнями мочеполовой системы. Проанализированы тенденции в данной сфере в разрезе двух периодов: доковидного периода (1990—2019) и периода пандемии COVID-19 и ее последствий (2020—2023). Изучение длительных трендов в сфере демографии имеет научно-практическую основу и может быть использовано для разработки методик оценки репродуктивного потенциала населения и построения прогнозных оценок в демографической сфере. Полученные выводы и результаты могут быть использованы и в дальнейшем расширены, конкретизированы как методический аппарат по изучению демографических процессов на уровне регионов.

Ключевые слова: медико-демографические показатели; возрастные коэффициенты рождаемости; младенческая смертность; материнская смертность; ожидаемая продолжительность жизни; прогноз коэффициента рождаемости; первичная заболеваемость; заболеваемость болезнями мочеполовой системы; доковидный период; период пандемии COVID-19; постпандемийный период.

Для цитирования: Хабриев Р. У., Мингазова Э. Н. Долгосрочные тренды основных медико-демографических показателей Республики Татарстан: методический подход к изучению процессов на уровне регионов. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2025;33(4):545—556. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2025-33-4-545-556>

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

Khabriev R. U.¹, Mingazova E. N.^{1, 2, 3}

THE LONG-TERM TRENDS OF MAIN MEDICAL DEMOGRAPHIC INDICATORS OF THE REPUBLIC OF TATARSTAN: THE METHODOICAL APPROACH TO STUDYING PROCESSES AT THE LEVEL OF THE REGIONS

¹The Federal State Budget Scientific Institution The N. A. Semashko National Research Institute of Public Health of the Minobrnauka of Russia, 105064, Moscow, Russia;

²The Federal State Budget Educational Institution of Additional Professional Education “The Russian Medical Academy of Continuous Professional Education” of the Minzdrav of Russia, 125993, Moscow, Russia;

³The Federal State Budget Institution of High Education “The Kazan State Medical University” of the Minzdrav of Russia, 420012, Kazan, Russia

The article presents dynamic indicators of the medical demographic process in the Republic of Tatarstan in 1990–2023: number of births and deaths per 1000 population, age-specific fertility rates and fertility rate prognosis, infant and maternal mortality, life expectancy, primary morbidity, genitourinary morbidity. The trends in this area are analyzed considering two periods: pre-COVID period (1990–2019) and COVID-19 pandemic and its consequences (2020–2023). The study of long-term trends in the field of demography has scientific and practical basis and can be applied in developing methods to evaluate population reproductive potential and to build prognostic estimates in demographic sphere. The obtained results and conclusions can be applied, expanded and specified as methodical apparatus for studying demographic processes at the regional level.

Key words: medical demographic indicators; age-specific fertility rates; infant mortality; maternal mortality; life expectancy; fertility rate prognosis; primary morbidity; genitourinary diseases; pre-COVID period; COVID-19 pandemic period; post-pandemic period.

For citation: Khabriev R. U., Mingazova E. N. The long-term trends of main medical demographic indicators of the Republic of Tatarstan: the methodical approach to studying processes at the level of the Regions. *Problemi socialnoi gigieni, zdoravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2025;33(4):545–556 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2025-33-4-545-556>

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 18.07.2024

Accepted 30.10.2024

Республика Татарстан является одним из динамично развивающихся регионов Российской Федерации. Однако формирование устойчивой региональной социально-экономической системы невозможно без ее фундаментальной основы — социально-демографической подсистемы общества, обеспечивающей процессы воспроизводства населения и преумножение ее человеческого и интеллектуального капитала [1–6].

Демографическая повестка, в том числе на уровне регионов, имеет широкое освещение в ряде комплексных федеральных программ и проектов, что подчеркивает значимость данного вопроса для социально-экономического развития государства, укрепления уровня его национальной безопасности.

Однако, принимая во внимание тенденции в регионах Российской Федерации, связанные со снижением рождаемости [7–11] и влиянием COVID-19 на совокупность демографических процессов в целом [12–16], в аналитических целях исследования, необходимых для разработки и совершенствования демографической политики, следует детально проанализировать тенденции в данной сфере в разрезе двух периодов: доковидного (1990–2019) и периода пандемии COVID-19, а также ее последствий (2020–2023).

Полагаем, что изучение длительных трендов в сфере демографии имеет под собой научно-практическую основу и может быть использовано для разработки методик оценки репродуктивного потенциала населения и построения прогнозных оценок в демографической сфере.

Целью исследования явилось изучение долгосрочных трендов основных медико-демографических показателей Республики Татарстан (за 1990–2023 гг.) с точки зрения методического подхода к изучению процессов на уровне регионов.

Материалы и методы

Работа выполнена на основе официальных данных, представленных в статистических сборниках Федеральной службы государственной статистики (Росстат), Министерства здравоохранения Российской Федерации и Министерства здравоохранения Республики Татарстан. Использованы статистический и аналитический методы исследования.

Результаты исследования

Анализ длительной динамики демографических показателей Республики Татарстан с 1990 г. показал, что с 1990 до 2005 г. коэффициент рождаемости населения сокращался, затем в период 2005–2015 гг. наблюдался рост с 9,8 до 14,5 на 1 тыс. населения. Данная тенденция закрепилась в последующие периоды, в результате чего к 2023 г. коэффициент рождаемости составил 9,1 на 1 тыс. населения. Данная тенденция была характерна как в доковидный период, так и после 2020 г. (рис. 1).

Сравнительный анализ динамики коэффициента рождаемости в городской и сельской местности показал, что до 2001 г. в сельской местности он превышал аналогичный показатель в городской местности, однако в последующие периоды данная тенденция изменилась и с 2002 г. коэффициент рождаемости в городской местности превышал таковой в сельской местности. С 2015 г. происходит снижение коэффициента рождаемости населения в городской и в сельской местности (исключение составил 2023 г. по сельской местности, когда коэффициент рождаемости увеличился с 7,9 в 2022 г. до 8,2 в 2023 г.). Следует указать, что в ковидный и постковидный периоды темпы снижения коэффициента рождаемости в городской местности превосходили темпы роста рождаемости в сельской местности (4,4 и 1,7 соответственно; рис. 2).

Заметно изменились возрастные коэффициенты рождаемости для городских и сельских женщин. В

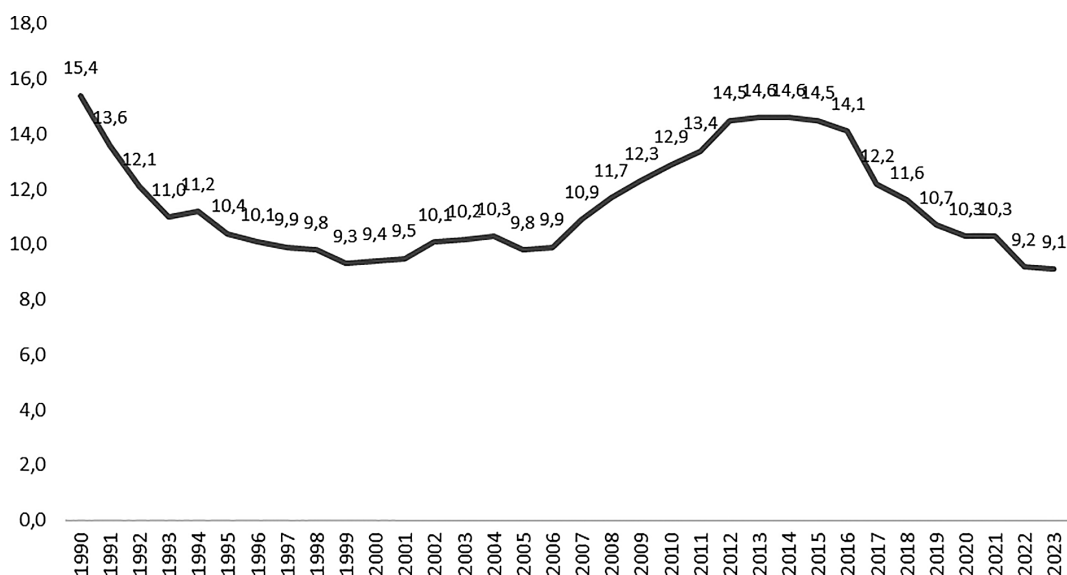


Рис. 1. Динамика рождаемости в Республике Татарстан на 1 тыс. населения.

Здоровье и общество

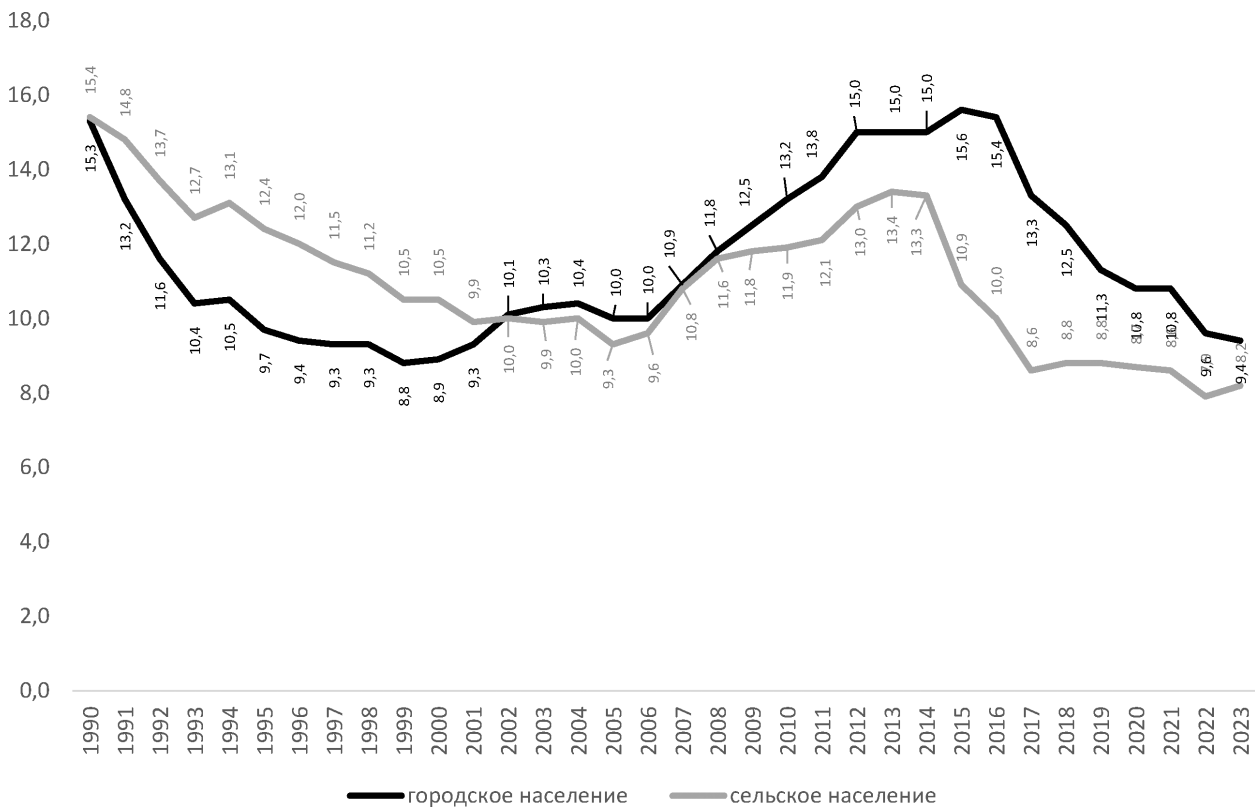


Рис. 2. Динамика рожившихся в Республике Татарстан в городской и сельской местности (на 1 тыс. населения).

1991 г. наибольшее число рожившихся приходилось на женщин в возрасте 20—24 лет: 247,7 на 1 тыс. рожившихся среди сельского населения и 136 на 1 тыс. рожившихся среди городского населения. В 2000 г. также максимальное число рожившихся приходилось на женщин 20—24 лет: 144 на 1 тыс. рожившихся среди сельского населения и 86,8 на 1 тыс. рожившихся среди городского населения. После 2010 г. отмечается устойчивая тенденция роста возрастного коэффициента рождаемости. Наибольшее число рожившихся приходилось на женщин в возрасте 25—29 лет: 123,9 на 1 тыс. рожившихся среди сельского населения и 108,4 на 1 тыс. рожившихся среди городского населения; в 2020 г. — 105,0 и 103,4 на

1 тыс. рожившихся соответственно, в 2023 г. — 103,7 и 97,8 на 1 тыс. рожившихся, причем с 2015 г. число рожившихся у женщин данной возрастной группы в сельской местности становится меньше, нежели для городской (табл. 1).
Кроме того, ежегодно увеличивается средний возраст матери при рождении детей: с 25,8 года в 1990 г., 26,3 года в 2000 г., 28,3 года в 2010 г. до 29,1 года в 2023 г., при этом средний возраст матери при рождении ребенка в городской местности в был средним выше, чем в сельской: в 2023 г. — 29,2 года и 29 лет соответственно (табл. 2).
1990—1994 гг. были периодом роста коэффициента смертности населения в Республике Татарстан,

Таблица 1

Возрастные коэффициенты рождаемости в Республике Татарстан (промилле, значение показателя за год), число рожившихся в среднем (на 1 тыс. женщин соответствующего возраста)

Возраст	Население	1991 г.	2000 г.	2010 г.	2015 г.	2020 г.	2021 г.	2022 г.	2023 г.
15—19 лет	Городское	40,6	19,9	14,5	14,8	20,0	16,9	20,0	19,9
	Сельское	47,4	32,3	22,1	19,7	26,2	23,8	25,6	23,7
20—24 года	Городское	136,0	86,8	74,1	81,0	67,1	66,9	63,5	60,3
	Сельское	247,7	144,0	109,0	104,4	83,4	74,7	72,4	71,4
25—29 лет	Городское	89,7	69,4	108,4	132,8	105,0	109,7	101,5	103,7
	Сельское	135,2	103,3	123,9	122,1	103,4	103,3	91,7	97,8
30—34 года	Городское	44,9	37,8	74,5	93,3	72,2	74,6	65,5	66,2
	Сельское	68,2	53,2	78,9	78,8	65,1	65,3	62,9	66,8
35—39 лет	Городское	16,8	12,8	31,9	44,1	38,3	40,1	36,6	38,2
	Сельское	30,4	21,4	36,5	41,2	38,0	41,4	35,5	40,2
40—44 года	Городское	3,9	2,8	5,6	9,6	9,1	9,6	8,8	9,4
	Сельское	7,1	4,8	6,6	9,0	8,2	8,8	9,0	10,2
15—49 лет	Городское	49,5	30,5	47,3	61,8	44,2	44,2	39,4	38,7
	Сельское	80,4	49,5	52,1	52,4	43,5	42,7	39,4	41,2

Таблица 2
Средний возраст матери при рождении детей в Республике Татарстан

Год	Средний возраст женщин, родивших ребенка в данном году, годы		
	все население	городское население	сельское население
1990	25,8	25,8	25,8
1995	25,5	25,4	25,6
2000	26,3	26,3	26,1
2001	26,4	26,4	26,2
2002	26,6	26,7	26,2
2003	26,7	26,8	26,1
2004	26,8	26,9	26,3
2005	26,9	27,1	26,3
2006	27,0	27,1	26,4
2007	27,4	27,6	26,9
2008	27,7	27,8	27,3
2009	27,9	28,1	27,4
2010	28,3	28,4	27,8
2011	28,4	28,6	27,8
2012	28,5	28,7	28,0
2013	28,5	28,8	27,9
2014	28,6	28,9	27,8
2015	28,7	28,9	28,1
2016	28,8	28,9	28,2
2017	28,9	29,0	28,3
2018	28,9	29,0	28,5
2019	29,0	29,1	28,5
2020	28,9	29,1	28,5
2021	29,1	29,2	28,9
2022	29,0	29,0	28,8
2023	29,1	29,2	29,0

который увеличился с 10,1 до 13 на 1 тыс. населения. В последующие периоды (1995—2011) динамика показателя была стабильной на уровне 13 на 1 тыс. населения. Обращает на себя внимание динамика сокращения коэффициента смертности населения в Республике Татарстан, которая снизилась с 12,4 на 1 тыс. населения в 2011 г. до 10,7 в 2019 г. Однако влияние пандемии COVID-19 могло повлиять на рост данного показателя с 2019 г., который

увеличился до 15,1 на 1 тыс. человек к 2021 г. Затем последовало снижение до 11,2 на 1 тыс. населения в 2022 г. и до 10,8 на 1 тыс. населения в 2023 г. (рис. 3).

Следует указать на такую положительную характеристику в демографических процессах Республики Татарстан, как сокращение младенческой смертности, которая уменьшилась с 14,8 на 1 тыс. родившихся живыми в 2000 г. до 4,1 в 2020 г. и до 3,2 в 2023 г. При этом младенческая смертность в сельской местности на протяжении 2001—2023 гг. была выше, чем в городской: в 2010 г. — 5,3 против 6,6 на 1 тыс. родившихся живыми, в 2020 г. — 3,9 против 4,9 на 1 тыс. родившихся живыми, в 2023 г. — 2,6 против 5,3 на 1 тыс. родившихся живыми. Необходимо пояснить, что в длительной динамике младенческой смертности сокращалась как в городской, так и в сельской местности, однако в сельской местности показатели имели высокий диапазон колебаний, особенно в постковидный период, когда за сокращением младенческой смертности шел ее рост, например в 2021 и 2023 гг. относительно предыдущего периода, что подчеркивает необходимость более детального и глубинного изучения причин младенческой смертности на селе в ковидный и постковидный периоды (табл. 3).

С показателем младенческой смертности связан показатель материнской смертности. Однако здесь, в отличие от младенческой смертности, следует указать на отсутствие стабильной динамики в его снижении, поскольку периоды сокращения материнской смертности чередуются с периодами их роста. Полагаем, что эта особенность демографического процесса указывает на необходимость более четкой проработки причин и факторов материнской смертности, на важность и актуальность региональных и федеральных программ и проектов по охране здоро-

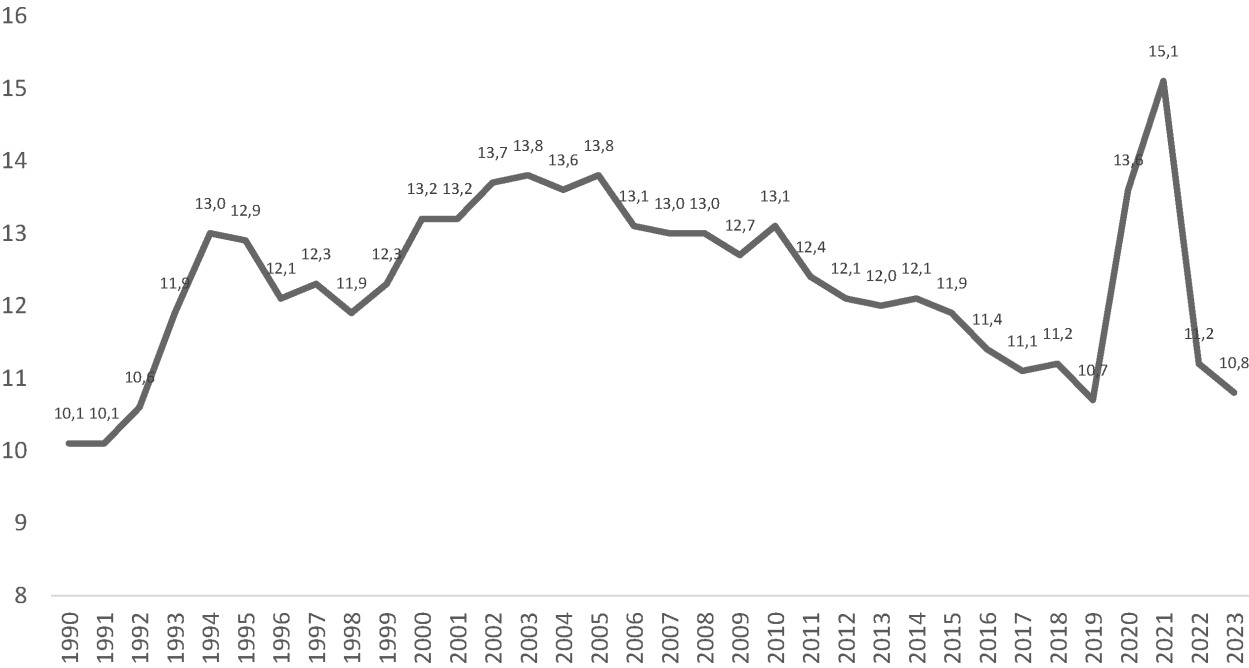


Рис. 3. Динамика умерших в Республике Татарстан (на 1 тыс. населения).

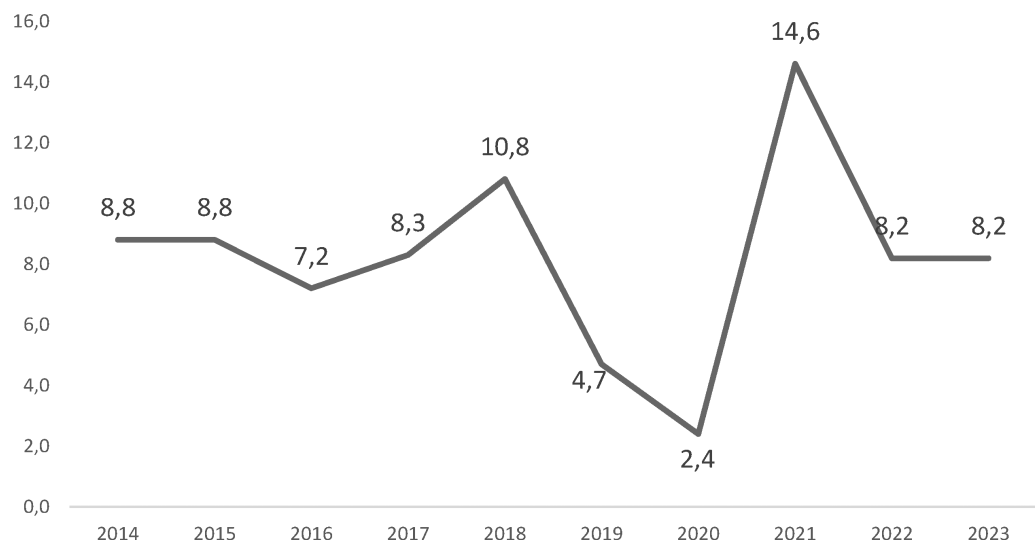


Рис. 4. Материнская смертность в Республике Татарстан (на 100 тыс. родившихся живыми).

вья матерей и молодых мам. Наиболее высокая материнская смертность наблюдалась в 2021 г. — 14,6 на 100 тыс. родившихся живыми. По итогам 2023 г. значение показателя составило 8,19 на 100 тыс. родившихся живыми (рис. 4).

Продолжение

Т а б л и ц а 3

Младенческая смертность по полу по Республике Татарстан

Год	Умершие в возрасте до 1 года, абс. ед.			Умершие в возрасте до 1 года, на 1 тыс. родившихся живыми		
	мальчики и девочки	мальчики	девочки	мальчики и девочки	мальчики	девочки
Все население						
2000	525	306	219	14,8	16,8	12,8
2001	451	268	183	12,6	14,5	10,6
2002	449	255	194	11,9	13,2	10,5
2003	416	242	174	10,8	12,2	9,4
2004	434	269	165	11,2	13,5	8,8
2005	300	168	132	8,0	8,8	7,3
2006	307	171	136	8,2	9,0	7,5
2007	317	176	141	7,8	8,4	7,2
2008	262	145	117	6,0	6,5	5,5
2009	274	161	113	5,9	6,8	5,0
2010	272	163	109	5,6	6,5	4,6
2011	250	154	96	5,0	6,0	3,9
2012	353	192	161	6,4	6,8	6,0
2013	394	218	176	7,0	7,5	6,4
2014	369	202	167	6,5	7,0	6,1
2015	343	198	145	6,1	6,8	5,3
2016	299	171	128	5,4	5,9	4,8
2017	249	149	100	5,1	5,9	4,2
2018	207	127	80	4,5	5,3	3,5
2019	210	107	103	4,9	4,8	4,9
2020	170	105	65	4,1	4,9	3,2
2021	165	95	70	4,0	4,5	3,5
2022	120	73	47	3,2	3,8	2,6
2023	115	63	52	3,2	3,3	3,0
Городское население						
2000	370	212	158	14,9	16,5	13,1
2001	317	183	134	12,3	13,7	10,8
2002	314	185	129	11,2	12,9	9,5
2003	300	170	130	10,5	11,5	9,4
2004	309	191	118	10,7	12,8	8,4
2005	212	120	92	7,5	8,3	6,7
2006	215	124	91	7,6	8,6	6,6
2007	226	128	98	7,4	8,2	6,6
2008	174	93	81	5,3	5,5	5,1
2009	195	118	77	5,6	6,6	4,5

Год	Умершие в возрасте до 1 года, абс. ед.			Умершие в возрасте до 1 года, на 1 тыс. родившихся живыми		
	мальчики и девочки	мальчики	девочки	мальчики и девочки	мальчики	девочки
2010	198	118	80	5,3	6,2	4,4
2011	168	101	67	4,3	5,0	3,5
2012	255	138	117	5,9	6,2	5,6
2013	283	162	121	6,4	7,2	5,7
2014	272	150	122	6,2	6,6	5,7
2015	262	148	114	5,7	6,2	5,1
2016	214	120	94	4,6	5,0	4,2
2017	188	113	75	4,6	5,4	3,8
2018	161	99	62	4,2	5,0	3,3
2019	161	83	78	4,6	4,6	4,6
2020	130	78	52	3,9	4,6	3,2
2021	124	71	53	3,7	4,2	3,3
2022	100	64	36	3,3	4,2	2,5
2023	75	40	35	2,6	2,7	2,5
Сельское население						
2000	155	94	61	14,8	17,5	11,9
2001	134	85	49	13,4	16,5	10,1
2002	135	70	65	13,6	14,1	13,1
2003	116	72	44	11,9	14,3	9,3
2004	125	78	47	12,8	15,5	10,0
2005	88	48	40	9,7	10,2	9,1
2006	92	47	45	10,1	10,1	10,1
2007	91	48	43	9,0	9,2	8,8
2008	88	52	36	8,1	9,3	6,8
2009	79	43	36	7,1	7,4	6,8
2010	74	45	29	6,6	7,8	5,4
2011	82	53	29	7,3	9,2	5,3
2012	98	54	44	8,2	8,8	7,6
2013	111	56	55	9,0	8,8	9,2
2014	97	52	45	7,9	8,2	7,6
2015	81	50	31	7,8	9,4	6,2
2016	85	51	34	9,0	10,4	7,5
2017	61	36	25	7,5	8,7	6,3
2018	46	28	18	5,7	6,8	4,6
2019	49	24	25	6,0	5,8	6,3
2020	40	27	13	4,9	6,5	3,3
2021	41	24	17	5,2	5,8	4,4
2022	20	9	11	2,7	2,4	3,0
2023	40	23	17	5,3	5,8	4,6

Анализ длительной динамики коэффициентов рождаемости и смертности населения Республики Татарстан показал, что с 1990 до 1993 г. естествен-

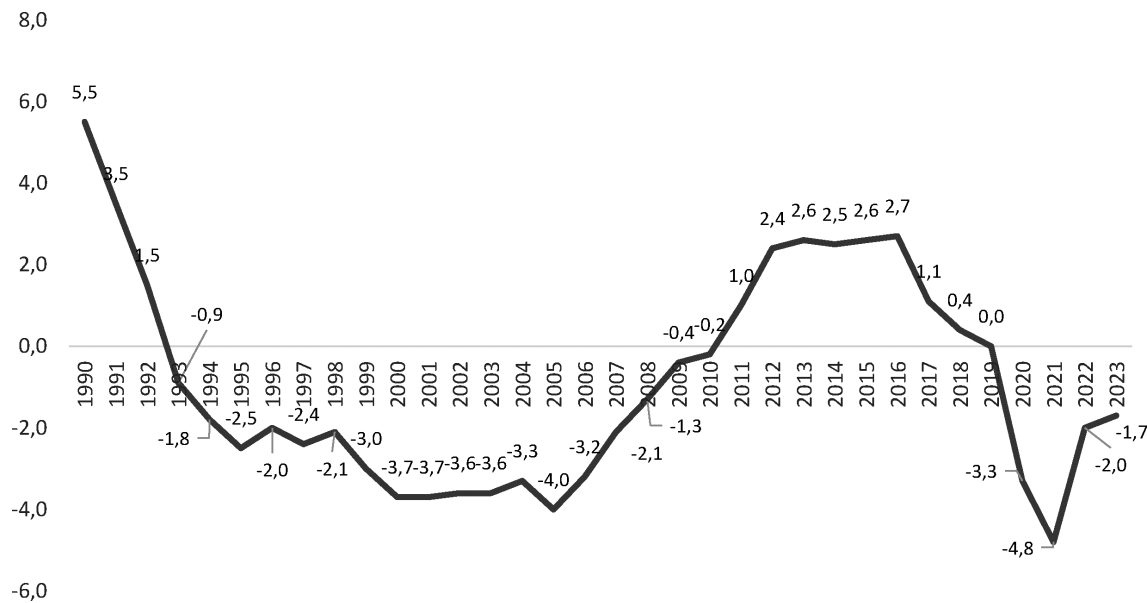


Рис. 5. Динамика естественного прироста/убыли населения в Республике Татарстан (на 1 тыс. населения).

ный прирост населения сокращался, затем имела место естественная убыль населения, достигшая –4,0 на 1 тыс. населения в 2005 г. Период 2011—2019 гг. характеризовался естественным приростом населения, однако в ковидный и постковидный периоды начинает преобладать естественная убыль населения, которая была наибольшей в 2021 г. (–4,8 на 1. тыс. населения), затем показатель достиг в 2022 г. значения –2, в 2023 г. –1,7 на 1 тыс. населения (рис. 5).

Сравнительный анализ естественного движения населения в разрезе городской и сельской местности в Республике Татарстан свидетельствует о том, что при одинаковых трендах данного показателя в сельской местности наблюдается более глубокая естественная убыль населения. Так, если в 2008—2019 гг. в городской местности фиксировался естественный прирост населения, который был максимальным в 2017 г. (5,1 на 1 тыс. населения), то в этот же период в сельской местности происходила естественная убыль населения от –5,4 на 1. тыс. населения в 2008 г. до –2 в 2013 г.

Естественная убыль населения в сельской местности, которая была наибольшей в постковидный период в 2021 г. (–9,7 на 1 тыс. населения против –3,3 на 1 тыс. населения в городской местности), в 2023 г. составила –5,2 и –0,6 на 1 тыс. населения соответственно (рис. 6).

Принимая во внимание ковидные и постковидные влияния, не представляется целесообразным строить прогностические оценки в отношении смертности населения, поскольку данный период еще незначителен. В связи с этим, говоря о прогностических оценках в демографической сфере, полагаем, что было бы обоснованно построить прогностические модели для коэффициента рождаемости населения в Республике Татарстан. Для этого нами проанализированы средние темпы снижения коэффициента рождаемости с 2010 г.

В долгосрочном периоде 2010—2023 гг. средние темпы снижения коэффициента рождаемости в Республике Татарстан были меньше, нежели в Российской Федерации в целом (2,5% против 2,8%), однако в краткосрочном периоде 2020—2023 гг. они были одинаковы (3,9% ежегодно; табл. 4).

Подтверждением усиливающих трендов на неблагоприятный прогноз коэффициента рождаемости населения указывает также полученное уравнение линейной регрессии, где значение коэффициента регрессии составило –0,4253:

$$Y = -0,4253 \times X + 15,568,$$

где Y — коэффициент рождаемости в Республике Татарстан; X — временной период (год); $R^2=71\%$.

Следовательно, правомерно предположить, что ежегодно коэффициент рождаемости в Республике Татарстан снижался. Представленное уравнение линейной регрессии имеет высокий уровень статистической значимости с коэффициентом детерминации модели 71%, что позволяет использовать его в прогностических целях.

Таблица 4

Темпы снижения коэффициента рождаемости в Республике Татарстан и Российской Федерации (в %)		
Год	Республика Татарстан	Российская Федерация
2011	3,9	0,8
2012	8,2	5,6
2013	1,4	–0,8
2014	0,0	0,8
2015	0,0	0,0
2016	–2,7	–3,0
2017	–13,3	–10,9
2018	–4,0	–5,2
2019	–8,4	–7,3
2020	–5,5	–4,0
2021	0,0	–2,1
2022	–10,7	–6,3
2023	–1,1	–3,4
В среднем за 2010—2023 гг.	–2,5	–2,8
В среднем за 2020—2023 гг.	–3,9	–3,9

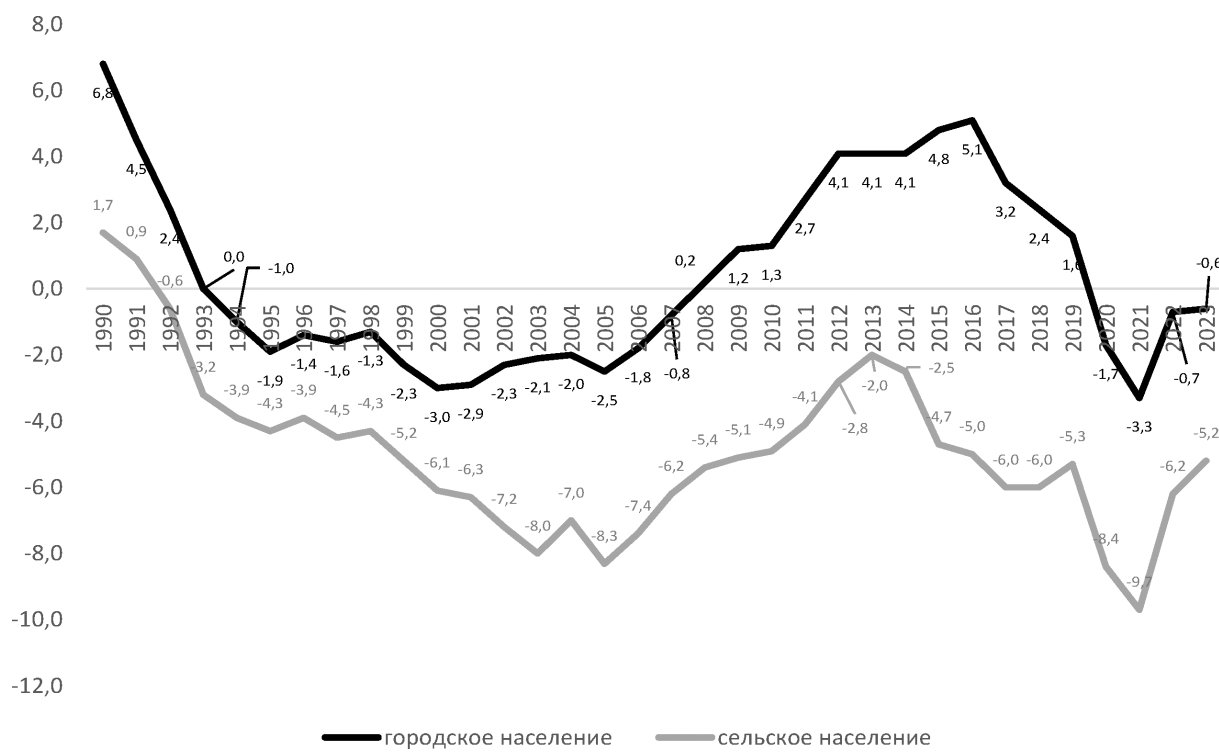


Рис. 6. Динамика естественного прироста/убыли населения в Республике Татарстан (на 1 тыс. населения).

Далее с использованием уравнения линейной регрессии был построен среднесрочный базовый прогноз динамики коэффициента рождаемости в Республике Татарстан на перспективу до 2028 г. По полученным на основе моделирования данным можно ожидать, что при сохранении существующих тенденций он сократится с 9,1 на 1 тыс. населения в 2023 г. до 8,1 на 1 тыс. населения в 2028 г. (темп снижения в 2028 г. относительно 2023 г. составит 10,6%).

Визуализация прогностического тренда изменения коэффициента рождаемости в Республике Татарстан представлена на рис. 7.

Рождаемость населения косвенно определяется и ожидаемой продолжительностью жизни. В Респу-

блике Татарстан, как и в Российской Федерации в целом, отмечается устойчивая динамика увеличения ожидаемой продолжительности жизни населения среди мужчин и женщин, а также городского и сельского населения. К 2023 г. ожидаемая продолжительность жизни составила 75,25 года против 70,88 года в 1990 г., 70,42 года в 2010 г. При этом ожидаемая продолжительность жизни городского населения была выше, чем сельского: в 2023 г. — 75,53 года против 74,17 года, в 2010 г. — 70,79 года против 69,07 года (табл. 5).

Правомерно предположить, что вопросы реализации демографической повестки, в том числе на уровне регионов, затрагивают такой аспект, как уро-

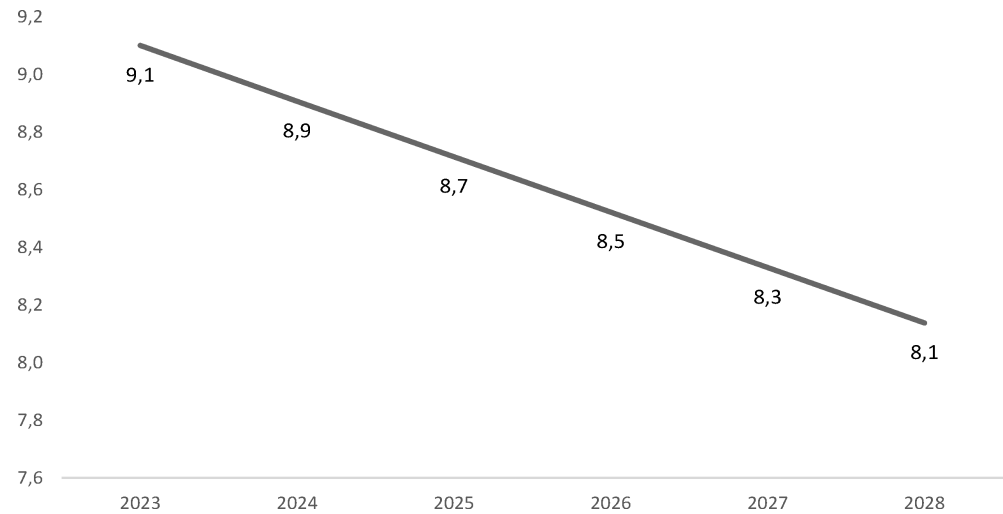


Рис. 7. Базовый прогноз коэффициента рождаемости в Республике Татарстан (на 1. тыс. населения).

Таблица 5

Ожидаемая продолжительность жизни при рождении в Республике Татарстан (лет)

Год	Все население			Городское население			Сельское население		
	мужчины и женщины	мужчины	женщины	мужчины и женщины	мужчины	женщины	мужчины и женщины	мужчины	женщины
1990	70,88	65,09	75,97	70,79	65,25	75,61	70,39	64,05	76,43
1995	66,73	60,00	73,86	66,79	60,28	73,53	65,96	58,75	74,32
2000	67,58	61,05	74,45	67,61	61,16	74,19	67,10	60,55	74,76
2001.	67,53	60,89	74,57	67,51	60,99	74,22	67,08	60,26	75,19
2002	67,51	60,95	74,47	67,58	61,05	74,28	66,87	60,34	74,72
2003	67,60	61,05	74,57	67,85	61,40	74,43	66,54	59,84	74,62
2004.	67,64	60,82	74,92	67,76	61,05	74,65	66,91	59,98	75,33
2005.	67,93	61,31	75,01	68,17	61,53	74,96	66,99	60,51	74,89
2006.	69,03	62,66	75,60	69,38	63,10	75,57	67,66	61,20	75,32
2007	69,42	63,15	75,83	69,81	63,67	75,79	68,02	61,57	75,67
2008.	70,04	63,98	76,15	70,45	64,59	76,04	68,57	62,14	76,21
2009	70,81	64,99	76,57	71,35	65,64	76,69	68,99	62,97	75,98
2010	70,42	64,41	76,47	70,79	64,86	76,45	69,07	62,93	76,31
2011	71,32	65,40	77,19	71,83	66,01	77,28	69,67	63,58	76,78
2012	71,83	66,01	77,53	72,32	66,56	77,66	70,13	64,19	77,00
2013	72,18	66,46	77,74	72,59	66,89	77,86	70,73	65,09	77,15
2014	72,26	66,55	77,85	72,66	66,95	77,95	70,90	65,26	77,36
2015	72,92	67,27	78,40	73,28	67,57	78,53	71,77	66,27	77,97
2016	73,78	68,42	78,86	74,17	68,82	78,98	72,39	67,09	78,28
2017	74,36	69,18	79,21	74,73	69,54	79,34	73,07	68,05	78,57
2018	74,55	69,32	79,48	74,90	69,71	79,53	73,38	68,17	79,19
2019	75,24	70,18	79,97	75,59	70,53	80,05	74,13	69,20	79,56
2020	72,92	67,89	77,83	73,12	68,06	77,81	72,19	67,29	77,75
2021	71,66	67,15	76,04	71,77	67,26	75,92	71,19	66,77	76,23
2022	74,92	69,78	79,82	75,18	70,06	79,82	74,03	68,97	79,68
2023	75,25	69,78	80,52	75,53	70,04	80,58	74,17	68,85	80,20

вень заболеваемости. Анализ уровня заболеваемости в Республике Татарстан в длительной динамике свидетельствует о ее росте с 684,2 случая с диагнозом, установленным впервые в жизни, на 1 тыс. на-

селения в 1991 г. до 865,4 в 2009 г. С 2010 г. данный показатель снижался, достигнув 780,9 случая с диагнозом, установленным впервые в жизни, на 1 тыс. населения в 2020 г., затем последовал рост этого по-

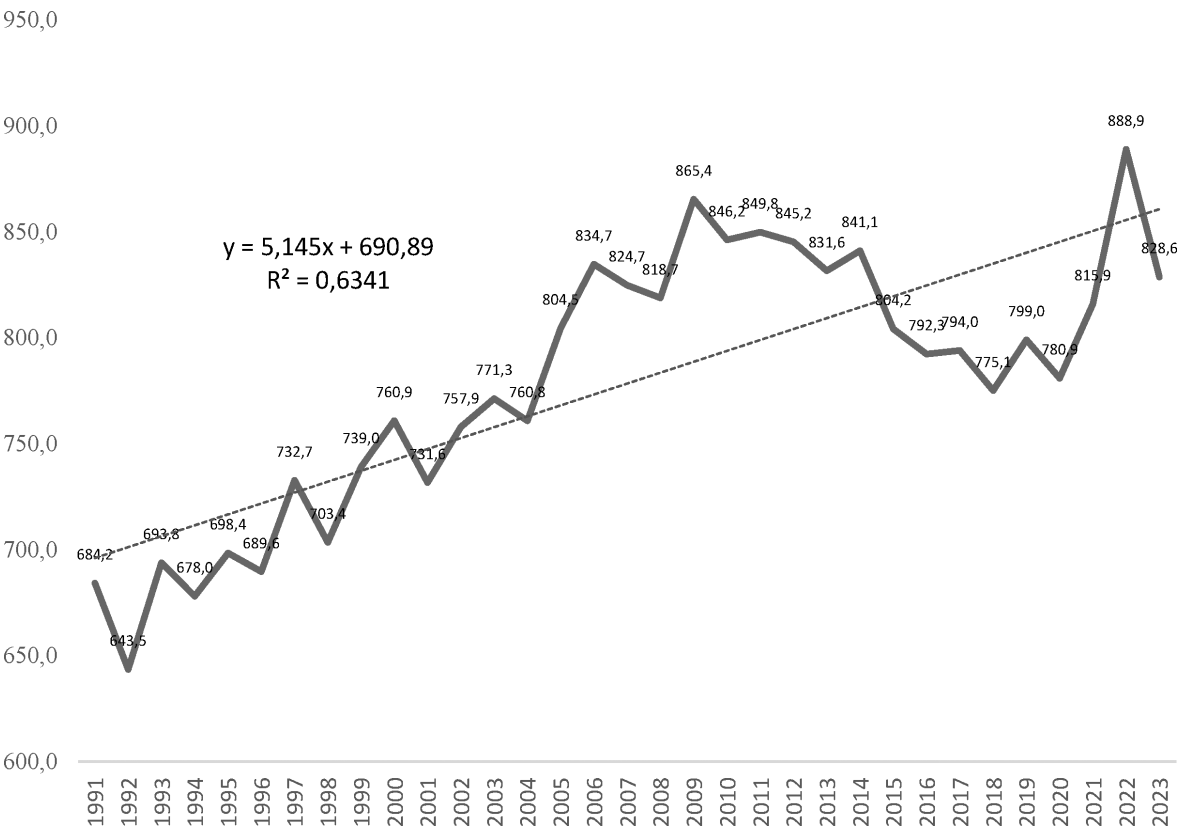


Рис. 8. Динамика уровня заболеваемости населения Республики Татарстан (зарегистрировано заболеваний у пациентов с диагнозом, установленным впервые в жизни, на 1 тыс. населения).

Здоровье и общество

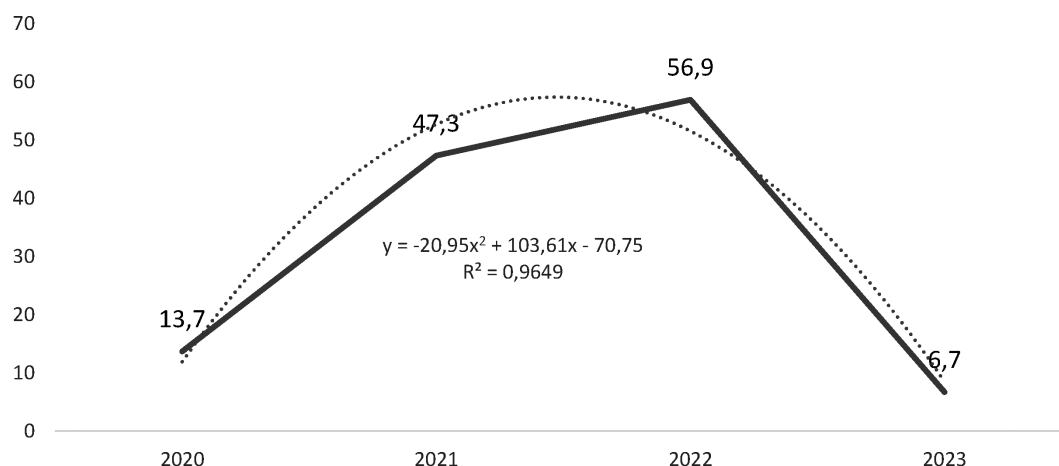


Рис. 9. Динамика уровня заболеваемости населения COVID-19 в Республике Татарстан (зарегистрировано заболеваний у пациентов с диагнозом, установленным впервые в жизни, на 1 тыс. населения).

казателя, достигшего 888,9 случая с диагнозом, установленным впервые в жизни, на 1 тыс. населения в 2022 г., в 2023 г. — 828,6 случая с диагнозом, установленным впервые в жизни, на 1 тыс. населения (рис. 8).

В целом длительную динамику уровня первичной заболеваемости населения Республики Татарстан характеризует положительный линейный тренд со средневысоким качеством модели, при которой коэффициент детерминации составил 63% ($R^2=0,6341$).

С 2020 г. ведется статистика уровня первичной заболеваемости COVID-19, которая была наибольшей в 2022 г. и составляла 56,9 случая с диагнозом,

установленным впервые в жизни, на 1 тыс. населения, в 2023 г. — 6,7 случая с диагнозом, установленным впервые в жизни, на 1 тыс. населения. Для данного показателя наблюдается отрицательный полиномиальный тренд (рис. 9).

Характерные особенности демографических процессов, в том числе вопросы рождаемости, связаны с болезнями репродуктивной системы населения. Анализ длительной динамики уровня первичной заболеваемости населения болезнями мочеполовой системы показал, что в целом относительно ее наибольшего значения в 2007 г. (54,7 случая с диагнозом, установленным впервые в жизни, на 1 тыс. населения) она сократилась до 27,2 случая с диагно-

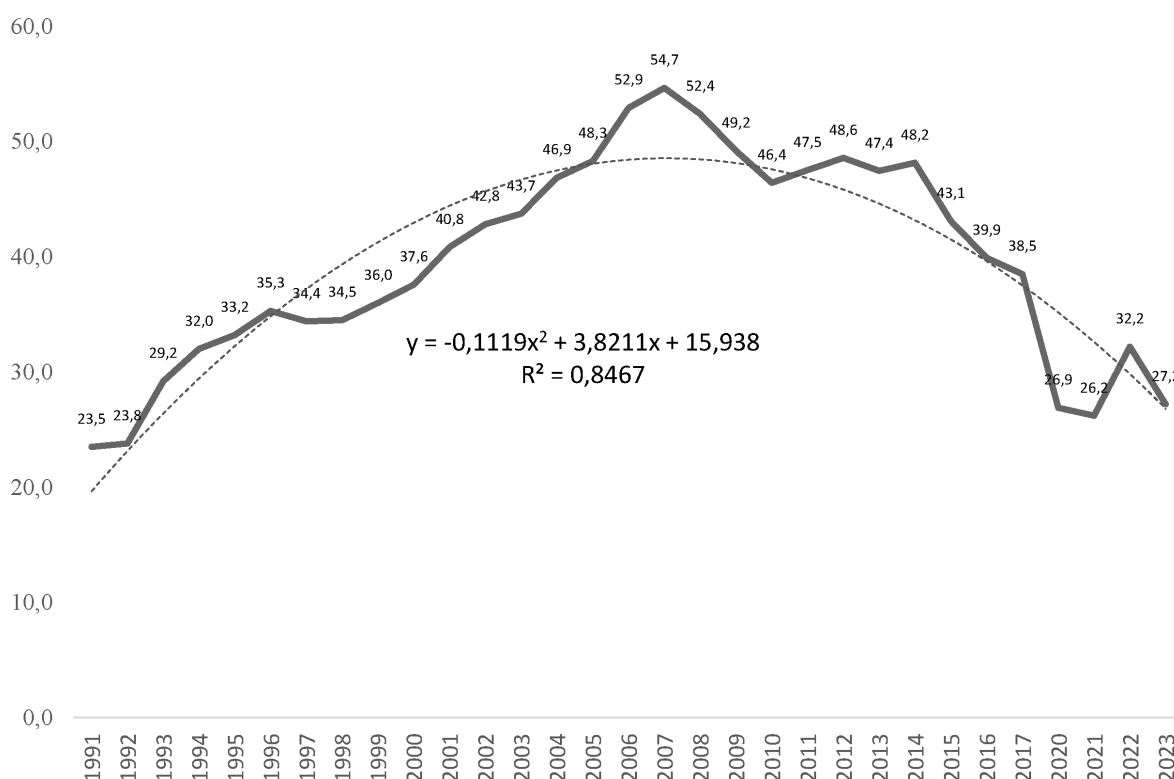


Рис. 10. Динамика уровня заболеваемости населения болезнями мочеполовой системы в Республике Татарстан (зарегистрировано заболеваний у пациентов с диагнозом, установленным впервые в жизни, на 1 тыс. населения).

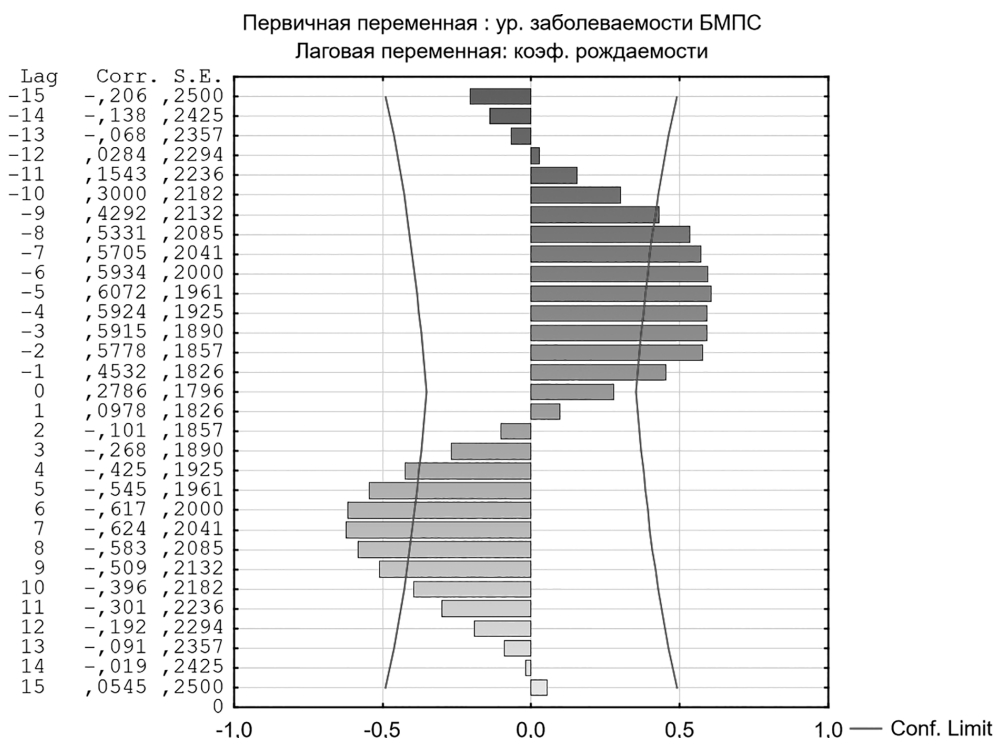


Рис. 11. Динамика уровня заболеваемости населения болезнями мочеполовой системы в Республике Татарстан (зарегистрировано заболеваний у пациентов с диагнозом, установленным впервые в жизни, на 1 тыс. населения).

зом, установленным впервые в жизни, на 1 тыс. населения к 2023 г. (в 1991 г. — 23,5, в 2000 г. — 37,6 случая с диагнозом, установленным впервые в жизни, на 1 тыс. населения). Однако внутри динамического ряда также присутствуют неоднозначные тренды: периоды сокращения показателя чередуются с его ростом, что указывает на необходимость профилактических превентивных мер по охране здоровья населения, в том числе в тех аспектах, которые связаны с болезнями мочеполовой системы. Однако в целом для данного показателя наблюдается отрицательный полиномиальный тренд (рис. 10).

Моделирование связи между уровнем рождаемости и первичным уровнем заболеваемости населения болезнями мочеполовой системы позволило выявить статистически значимую связь между этими переменными с временным лагом 7 лет. Рост уровня заболеваемости населения болезнями мочеполовой системы может косвенно способствовать сокращению коэффициента рождаемости в среднем через 6—7 лет (коэффициент корреляции между показателями составил $-0,6$ и является статистически значимым ($p \leq 0,05$; рис. 11).

Первичная переменная — уровень заболеваемости болезнями мочеполовой системы; лаговая переменная — коэффициент рождаемости.

Обсуждение

С 2015 г. наблюдается сокращение коэффициента рождаемости населения в Республике Татарстан среди городского и сельского населения. С 2008 г. в городской местности он превышает таковой в сель-

ской местности: в 2023 г. — 9,4 и 8,2 на 1 тыс. населения соответственно. Существенно изменились возрастные коэффициенты рождаемости для женщин городской и сельской местности, превалирует возрастная категория 25—29 лет для родивших женщин (до 2000 г. преобладала возрастная категория 20—24 года). Ежегодно увеличивается средний возраст матерей как среди городского, так и среди сельского населения. С 2010 г. отмечалось сокращение коэффициента смертности населения, однако в 2021 г. вследствие постковидного периода коэффициент смертности увеличился. Положительная динамика характерна для младенческой смертности, которая ежегодно сокращается. Материнская смертность, напротив, однозначной тенденции не имеет: периоды сокращения чередуются с периодами роста показателя. В 1993—2010 гг., а также после 2019 г. в Республике Татарстан наблюдается естественная убыль населения, которая была наиболее заметна в постковидный период. Естественная убыль населения в сельской местности была больше, чем в городской. При сохранении существующих тенденций можно ожидать, что коэффициент рождаемости в Республике Татарстан сократится с 9,1 на 1 тыс. населения в 2023 г. до 8,1 на 1 тыс. населения в 2028 г. (темп снижения в 2028 г. относительно 2023 г. составит 10,6%). Ежегодная тенденция увеличения характерна для ожидаемой продолжительности жизни, которая увеличилась с 70,88 года в 1990 г. до 75,25 года в 2023 г. Уровень первичной заболеваемости населения также имеет периоды роста и снижения, характерно их чередование. С 2010 г. данный

Здоровье и общество

показатель снижался, достигнув 780,9 случая с диагнозом, установленным впервые в жизни, на 1 тыс. населения в 2020 г., затем также последовал рост показателя, достигший 888,9 случая с диагнозом, установленным впервые в жизни, на 1 тыс. населения в 2022 г., в 2023 г. — 828,6 случая с диагнозом, установленным впервые в жизни, на 1 тыс. населения. После 2022 г. сокращается уровень первичной заболеваемости населения COVID-19. Сократилась первичная заболеваемость болезнями мочеполовой системы от максимального значения в 2007 г. (54,7 случая с диагнозом, установленным впервые в жизни, на 1 тыс. населения) до 27,2 случая с диагнозом, установленным впервые в жизни, на 1 тыс. населения к 2023 г. Однако внутри динамического ряда также присутствуют неоднозначные тренды: периоды сокращения показателя чередуются с его ростом. В результате моделирования выявлено, что рост уровня заболеваемости населения болезнями мочеполовой системы может косвенно способствовать сокращению коэффициента рождаемости в среднем через 6—7 лет.

Заключение

Практическая ценность проведенного исследования заключается в систематизации и анализе долгосрочных трендов демографических процессов на региональном уровне, которая позволила выявить неоднозначность тенденций по ряду аспектов демографической повестки (уровня смертности населения, заболеваемости населения, материнской смертности), что указывает на необходимость детальной проработки данных вопросов, разработки превентивных мероприятий по повышению качества системы здравоохранения, проведения научно-просветительных мероприятий среди широких слоев населения в городской и сельской местности.

Полученные выводы и результаты могут быть использованы и в дальнейшем расширены, конкретизированы как методический аппарат при изучении демографических процессов на уровне регионов.

Исследование не имело спонсорской поддержки.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Яруллин А. Х., Карпукhin Е. В., Мингазова Э. Н. Репродуктивно-демографические процессы в Республике Татарстан. Казань: Медицина; 1998. 114 с. ISBN 5-7645-0079-6
2. 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.
3. Шарипова 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(S):822—6. doi: 10.32687/0869-866X-2020-28-s1-822-826
4. 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.
5. Хабриев Р. У., Мингазова Э. Н., Шигабутдинова Т. Н., Мансурова Р. Г. Динамика основных показателей заболеваемости на-

селения Республики Татарстан. *Общественное здоровье и здравоохранение*. 2020;2(66):5—10.

6. Мингазова Э. Н., Железова П. В., Мингазов Р. Н. Численность населения региона с точки зрения его репродуктивно-демографического потенциала. *Менеджер здравоохранения*. 2024;(1):11—22. doi: 10.21045/1811-0185-2024-1-11-22
7. 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
8. Хабриев Р. У., Мингазова Э. Н., Шигабутдинова Т. Н., Садыкова Р. Н. Медико-социальные показатели репродуктивного потенциала женского населения региона на примере Республики Татарстан. *Казанский медицинский журнал*. 2020;101(5):719—26.
9. Лебедева У. М., Мингазова Э. Н. Гендерно-возрастные характеристики населения республики Саха (Якутия): потенциал воспроизводства. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2020;28(6):1259—64. doi: 10.32687/0869-866X-2020-28-6-1259-1264
10. Мингазова Э. Н. Репродуктивный потенциал девушек-подростков г. Казани. *Казанский медицинский журнал*. 2005;86(4):302—5.
11. Мингазова Э. Н., Амиров Н. Х., Яруллин А. Х., Муртазин И. Г. Репродуктивное здоровье девушек-учащихся общеобразовательных учреждений. Казань: Издательство «Фэн» Академии наук Республики Татарстан; 2004. 199 с.
12. Кизеев М. В., Лазарев А. В., Валеев В. В. Возрастные особенности заболеваемости населения в условиях пандемии COVID-19. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2022;30(S):1023—6. doi: 10.32687/0869-866X-2022-30-s1-1023-1026
13. Мингазова Э. Н., Бакирова Э. А., Шигабутдинова Т. Н. Динамика изменений и прогностические модели уровней заболеваемости городского и сельского населения субъекта Российской Федерации. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2021;29(6):1505—9.
14. Хабриев Р. У., Щепин В. О., Калининская А. А. 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
15. Калининская А. А., Щепин В. О., Лазарев А. В. Медико-демографическая ситуация в Москве и 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
16. Щепин В. О., Загоруйченко А. А., Карпова О. Б. Методологические основы прогнозирования распространения заболеваний в мире (обзор). *Менеджер здравоохранения*. 2022;(9):51—8. doi: 10.21045/1811-0185-2022-9-51-58

Поступила 18.07.2024
Принята в печать 30.10.2024

REFERENCES

1. Yarullin A. Kh., Karpukhin E. V., Mingazova E. N. Reproductive-demographic processes in the Republic of Tatarstan. Kазan': Medicina; 1998. 114 p. ISBN 5-7645-0079-6 (in Russian).
2. Khabriev R. U., Mingazova E. N., Shigabutdinova T. N. Main tendencies of health-related demographics in the Republic of Tatarstan (1991-2018). *Obshchestvennoye zdorov'ye i zdavookhraneniye*. 2019;3(63):5—10 (in Russian).
3. Sharapova O. V., Samoilova A. V., Mingazova E. N., Gerasimova L. I. Cartographical analysis of general morbidity and mortality rates across regions of the Russian Federation over ten years. *Problemy sotsial'noy gigieniy, zdavookhraneniya i istorii meditsini*. 2020;28(S):822—6. doi: 10.32687/0869-866X-2020-28-s1-822-826 (in Russian).
4. Mingazova E. N., Schepin V. O., Zhelezova P. V. Characteristics of the medical-demographic process in Kostroma Region as part of Central Russia. *Menedzher zdavookhraneniya*. 2019;(9):52—61 (in Russian).
5. Khabriev R. U., Mingazova E. N., Shigabutdinova T. N., Mansurova R. G. Dynamics of major morbidity indices among residents of the Republic of Tatarstan. *Obshchestvennoye zdorov'ye i zdavookhraneniye*. 2020;2(66):5—10 (in Russian).

6. Mingazova E. N., Zhelezova P. V., Mingazov R. N. Regional population size with respect to its reproductive-demographic potential. *Menedzher zdravookhraneniya*. 2024;(1):11–22. doi: 10.21045/1811-0185-2024-1-11-22 (in Russian).
7. Khabriev R. U., Mingazova E. N., Ziatdinov V. B., Lebedeva U. M., Shigabutdinova T. N., Zhelezova P. V., Gasainieva M. M. Prediction of birthrate and morbidity of populations in federal subjects of the Russian Federation based on evaluation of reproductive potential. *Zdravookhraneniye Rossiyskoy Federatsii*. 2021;65(6):507–13. doi: 10.47470/0044-197X-2021-65-6-507-513 (in Russian).
8. Khabriev R. U., Mingazova E. N., Shigabutdinova T. N., Sadykova R. N. Medical and social indices of female reproductive potential in the Republic of Tatarstan. *Kazanskiy meditsinskiy zhurnal*. 2020;101(5):719–26 (in Russian).
9. Lebedeva U. M., Mingazova E. N. Gender-age characteristics of Sakha Republic's population: reproduction potential. *Problemy sotsial'noy gigienyi, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2020;28(6):1259–64. doi: 10.32687/0869-866X-2020-28-6-1259-1264 (in Russian).
10. Mingazova E. N. Reproductive potential of adolescent girls in Kazan'. *Kazanskiy meditsinskiy zhurnal*. 2005;86(4):302–5 (in Russian).
11. Mingazova E. N., Amirov N. Kh., Yarullin A. Kh., Murtazin I. G. Reproductive health of school students. Kazan': Fen — Publishing House of Academy of Sciences of the Republic of Tatarstan; 2004. 199 p. (in Russian).
12. Kizeev M. V., Lazarev A. V., Valeev V. V. Age-specific features of morbidity during the COVID-19 pandemic. *Problemy sotsial'noy gigienyi, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2022;30(S):1023–6. doi: 10.32687/0869-866X-2022-30-s1-1023-1026 (in Russian).
13. Mingazova E. N., Bakirova E. A., Shigabutdinova T. N. Dynamical changes and predictive models of urban-rural disease levels within one subject of the Russian Federation. *Problemy sotsial'noy gigienyi, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2021;29(6):1505–9 (in Russian).
14. Khabriev R. U., Schepin V. O., Kalininskaya A. A. Analysis results of morbidity and mortality under COVID-19 pandemic conditions. *Problemy sotsial'noy gigienyi, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2023;31(3):315–8. doi: 10.32687/0869-866X-2023-31-3-315-318 (in Russian).
15. Kalininskaya A. A., Schepin V. O., Lazarev A. V. Health situation in Moscow and Russia amid the COVID-19 pandemic. *Kompleksnye problemy serdechno-sosudistyykh zabolevaniy*. 2023;12(3):181–91. doi: 10.17802/2306-1278-2023-12-3-181-191 (in Russian).
16. Schepin V. O., Zagoruychenko A. A., Karpova O. B. Methodological basis of forecasting diseases spread worldwide (review). *Menedzher zdravookhraneniya*. 2022;(9):51–8. doi: 10.21045/1811-0185-2022-9-51-58 (in Russian).

Стародубов В. И.¹, Постоев В. А.², Курочка Д. В.², Ступак В. С.¹, Соколовская Т. А.¹, Меньшикова Л. И.^{1,2}

ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ПОТЕРИ В РЕГИОНАХ АРКТИЧЕСКОЙ ЗОНЫ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ: АНАЛИЗ ДИНАМИКИ И ПРЕДОТВРАТИМОСТИ

¹ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России, 127254, г. Москва;

²ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет» Минздрава России, 163000, г. Архангельск

На основании анализа данных федерального статистического наблюдения показана динамика перинатальных потерь в 2014—2023 гг. в субъектах Российской Федерации, имеющих в своем составе территории, отнесенные к Арктической зоне, с учетом их распределения по предотвратимости согласно Скандинавско-Балтийской классификации. Определены основные компоненты, вносящие наибольший вклад в структуру перинатальной смертности. В ходе исследования установлено, что перинатальная смертность в регионах Арктической зоны имела более низкие темпы снижения по сравнению с младенческой смертностью. Во всех изучаемых регионах снижение перинатальной смертности за последние 10 лет происходило большей частью за счет ранней неонатальной и интранатальной смертности, при этом большинство случаев перинатальных смертей приходилось на смерти среди преждевременно родившихся. В то же время не было обнаружено взаимосвязи между частотой преждевременных родов и уровнем перинатальной смертности на региональном уровне и в Арктической зоне в целом. Классификация перинатальных потерь по предотвратимости демонстрирует сокращение доли предотвратимых случаев перинатальной смертности, при этом наиболее значимым резервом снижения перинатальной смертности в циркумполярных регионах является снижение частоты антенатальной гибели плодов, доля которых в перинатальной смертности в настоящее время составляет до 70%.

Ключевые слова: Арктическая зона Российской Федерации; перинатальная смертность; мертворождаемость; преждевременные роды; Скандинавско-Балтийская классификация перинатальных потерь.

Для цитирования: Стародубов В. И., Постоев В. А., Курочка Д. В., Ступак В. С., Соколовская Т. А., Меньшикова Л. И. Перинатальные потери в регионах Арктической зоны Российской Федерации: анализ динамики и предотвратимости. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2025;33(4):557—566. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2025-33-4-557-566>

Для корреспонденции: Соколовская Татьяна Антоновна, канд. мед. наук, ведущий научный сотрудник отдела общественного здоровья и демографии ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России, e-mail: sokol@mednet.ru

Starodubov V. I.¹, Postoev V. A.², Kurochka D. V.², Stupak V. S.¹, Sokolovskaya T. A.¹, Menshikova L. I.^{1,2}

THE PERINATAL LOSSES IN THE REGIONS OF THE ARCTIC ZONE OF THE RUSSIAN FEDERATION: ANALYSIS OF DYNAMICS AND AVERTABILITY

¹The Federal State Budget Institution “The Central Research Institute for Health Organization and Informatics” the of Minzdrav of Russia, 127254, Moscow, Russia;

²The Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The Northern State Medical University”, 163000, Arkhangelsk, Russia

The article presents, on the basis of data analysis of the Federal statistical monitoring, dynamics of perinatal losses in 2014–2023 in the Subjects of the Russian Federation having in its structure territories attributed to the Arctic Zone considering their distribution according to avertability on the basis of the Nordic-Baltic perinatal classification. The main components contributing the most in the structure of perinatal mortality are determined. It is established that in the regions of the Arctic Zone perinatal mortality had lower rate of decreasing as compared with infant mortality. In all studied regions during the last 10 years, decreasing of perinatal mortality occurred mostly at the expense of early neonatal and intranatal mortality. At that, most of the cases of perinatal deaths fell at deaths among premature born. At the same time, there were established no relationship between rate of premature deliveries and level of premature mortality at the regional level and in the Arctic Zone in general. The classification of perinatal losses according avertability demonstrates decreasing of percentage of cases of preventable perinatal mortality. At that, the most valuable reserve of decreasing of perinatal mortality in circumpolar regions is decreasing of rate of antenatal death of fetuses whose percentage in perinatal mortality makes up to 70% nowadays.

Key words: Arctic Zone; perinatal mortality; stillbirth; premature birth; Nordic-Baltic classification of perinatal losses.

For citation: Starodubov V. I., Postoev V. A., Kurochka D. V., Stupak V. S., Sokolovskaya T. A., Menshikova L. I. The perinatal losses in the regions of the Arctic Zone of the Russian Federation: analysis of dynamics and avertability. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2025;33(4):557–566 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2025-33-4-557-566>

For correspondence: Sokolovskaya T. A., candidate of medical sciences, the Leading Researcher of the Department of Public Health and Demography of the Federal State Budget Institution “The Central Research Institute for Health Organization and Informatics” of the Minzdrav of Russia. e-mail: sokol@mednet.ru

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support.

Received 09.09.2024

Accepted 30.10.2024

Введение

В утвержденной в 2019 г. Правительством Российской Федерации «Стратегии пространственного развития Российской Федерации до 2025 года» в качестве одной из четырех групп приоритетных территорий страны была выделена Арктическая зона Российской Федерации (АЗ РФ), представленная как целыми субъектами Российской Федерации, так и отдельными муниципальными районами или городскими округами. В настоящее время АЗ РФ составляют четыре полных субъекта Российской Федерации и еще 27 муниципальных образований из 5 субъектов [1, 2]. Кроме того, к российской АЗ относится часть островов и архипелагов Северного Ледовитого океана. Площадь сухопутной части АЗ РФ составляет 4774,02 тыс. км² (28% территории страны), а численность населения оценивается в 2,6 млн человек.

Численность населения и ее динамика являются ключевыми индикаторами общего социально-экономического развития любой территории, и для Арктики это является главной проблемой. За прошедшие годы в большинстве регионов АЗ РФ наблюдались преобладание смертности над рождаемостью и значительная естественная убыль населения. Так, в 2023 г., по данным Росстата, лишь в трех регионах АЗ РФ (Ямало-Ненецкий автономный округ, Республика Саха (Якутия), Чукотский автономный округ) отмечен естественный прирост населения от 0,8 до 7,4‰, в то же время в остальных регионах наблюдалась естественная убыль от –3,2 до –8,4‰. В результате указанных выше тенденций только за счет естественного движения население регионов, имеющих в своем составе территории АЗ РФ, сократилось за год на 33 476 человек. Ранее проведенные исследования по проблемам репродуктивного потенциала выявили ряд кризисных явлений в демографическом развитии, в том числе достаточно высокий уровень фетоинфантильных потерь в ряде циркумполярных регионов [3]. Перинатальные факторы составляют до 60–70% среди причин фетоинфантильных потерь, а уровень и структура перинатальных потерь (ПП) наряду с младенческой смертностью — одни из основных демографических показателей, они характеризуют качество акушерской и неонатологической помощи в регионе [4]. Поиск возможных резервов снижения ПП может быть реализован путем оценки доли так называемых предотвратимых и условно предотвратимых ПП. Подобный подход был предложен в 1996–1997 гг. Скандинавско-Балтийской классификацией ПП (СБКПП), в соответствии с которой выделяют 13 категорий ПП в зависимости от времени наступления смерти, гестационного срока, наличия или отсутствия врожденных пороков развития (ВПР) плода/новорожденного [5]. Данный подход ранее уже использовался исследователями в разных странах [6, 7], а в настоящее время эта классификация является основой действующей методики перинатального аудита [8, 9]. Его использование позво-

ляет условно разделить все случаи ПП на три группы по предотвратимости [10]: к непредотвратимым относят случаи мертворождения и ранней неонатальной смерти, связанные с ВПР, вне зависимости от времени наступления смерти. Антенатальную гибель плода без ВПР относят в соответствии с СБКПП к условно предотвратимым случаям ПП, а интранатальную смерть и раннюю неонатальную гибель новорожденного — к предотвратимым ПП. Анализ уровня, структуры и причин перинатальной смертности (ПС) с выделением доли предотвратимых ПП как потенциального резерва снижения смертности позволяет определить пути совершенствования организации и качества перинатальной помощи.

Формируемые в рамках федерального статистического наблюдения (ФСН) отчетные формы (в частности, ф. 32 «Сведения о медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам») не позволяют рутинно классифицировать ПП в соответствии с СБКПП, поскольку использование данной классификации требует индивидуальных данных о каждом случае смерти плода/новорожденного, в то же время данные ФСН являются достаточными, чтобы разделить случаи ПП на три группы СБКПП в соответствии со временем смерти и возможной предотвратимостью.

Цель данного исследования — оценка динамики показателя ПС и ее компонентов за 2014–2023 гг. в регионах, имеющих территории, относимые к АЗ РФ, и изучение возможности определения и оценки изменения доли предотвратимых, условно предотвратимых и непредотвратимых ПП.

Материалы и методы

Проведено аналитическое корреляционное исследование с использованием совокупных данных на основе форм ФСН № 32 «Сведения о медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам» (ф. 32) за 2014–2023 гг. по субъектам РФ, имеющим в своем составе территории, включенные в состав АЗ РФ.

На основании представленных в ф. 32 данных рассчитаны коэффициенты ПС и ее компонентов: мертворождаемости (с выделением доли антенатальной и интранатальной смертности) и ранней неонатальной смертности. Проведена оценка значимости трендов для указанных показателей, рассчитаны показатели динамического ряда (базисные темпы прироста/убыли), проведена оценка значимости линейных трендов при помощи метода наименьших квадратов. Кроме того, оценены коэффициенты ПС, ассоциированной с врожденными пороками развития, рассчитана ПС среди недоношенных новорожденных.

Используя данные ф. 32 и Единой межведомственной информационно-статистической системы (ЕМИСС), все случаи ПП мы классифицировали с применением подходов, предложенных в СБКПП, на три группы относительно предотвратимости. К непредотвратимым относили все случаи ПП, свя-

Здоровье и общество

занные с ВПР, к условно предотвратимым — все случаи антенатальной гибели плода, не ассоциированные с ВПР. Предотвратимыми считали все остальные случаи ПС, а именно: интранатальную гибель плода без ВПР, раннюю неонатальную смерть новорожденного без ВПР независимо от срока гестации. Рассчитаны интенсивные коэффициенты (частоты) и экстенсивные коэффициенты (доли, характеризующие удельный вес) предотвратимых, условно предотвратимых и непредотвратимых ПП в каждом из регионов за 2014—2023 гг.

Для оценки возможных популяционных связей между показателями ПС и частотой преждевременных родов (ПР), а также взаимосвязи динамики ПС в целом и интенсивного коэффициента, отражающего предотвратимые ПП, был проведен корреляционный анализ и рассчитаны коэффициенты корреляции Спирмена (r_s) для каждого из изучаемых регионов отдельно. Для коэффициентов корреляции методом бутстрапинга оценены 95% доверительные интервалы (95% ДИ).

Результаты исследования

За последние 10 лет во всех изучаемых регионах, за исключением Республики Коми, интенсивный коэффициент ПС снизился (рис. 1): если в 2014 г. ПС варьировала от 6,87‰ в Республике Коми до 22,79‰ в Чукотском автономном округе, то в 2023 г. минимальные значения были зарегистрированы в Ямало-Ненецком автономном округе (4,18‰), а максимальные — в Чукотском автономном округе (14,20‰). Снижение ПС характеризовалось значимым линейным трендом в Архангельской области

(p для тренда = 0,011), Республике Карелия (p для тренда = 0,001), Ямало-Ненецком автономном округе (p для тренда <0,0001), Республике Саха (Якутия) (p для тренда <0,0001). Максимальные базовые темпы убыли зарегистрированы в Республике Карелия (–52,3%), Ямало-Ненецком автономном округе (–48,6%), Республике Саха (Якутия) (–48,8%). В Республике Коми показатель ПС увеличился на 10,1% и составил 7,56‰. Интересно, что в период пандемии новой коронавирусной инфекции (2020—2021) значимый рост ПС фиксировался лишь в некоторых субъектах: Чукотском и Ненецком автономных округах, Красноярском крае.

Основной вклад в структуру ПС во всех регионах вносили случаи смерти среди недоношенных, составившие на момент начала наблюдения (2014) от 60% в Ненецком автономном округе до 70,3% в Мурманской области (табл. 1). К 2023 г. доля преждевременно родившихся среди ПП выросла и составляла от 71,1% в Республике Саха (Якутия) до 90,0% в Архангельской области. При расчете интенсивных коэффициентов ПС среди недоношенных в 2014 г. варьировала от 71,1‰ в Красноярском крае до 289,5‰ в Чукотском автономном округе, а в 2023 г. — от 49,8‰ в Республике Карелия до 157,8‰ в Чукотском автономном округе.

Значимый нисходящий тренд для ПС среди преждевременно родившихся был зафиксирован в Ямало-Ненецком автономном округе, темп прироста/убыли (ТПУ) в котором составил –54,8% (p для тренда = 0,001), в Республике Саха (Якутия) ТПУ=–46,7% (p для тренда <0,0001), в Республике Карелия ТПУ=–45,6% (p для тренда = 0,006), в Ар-

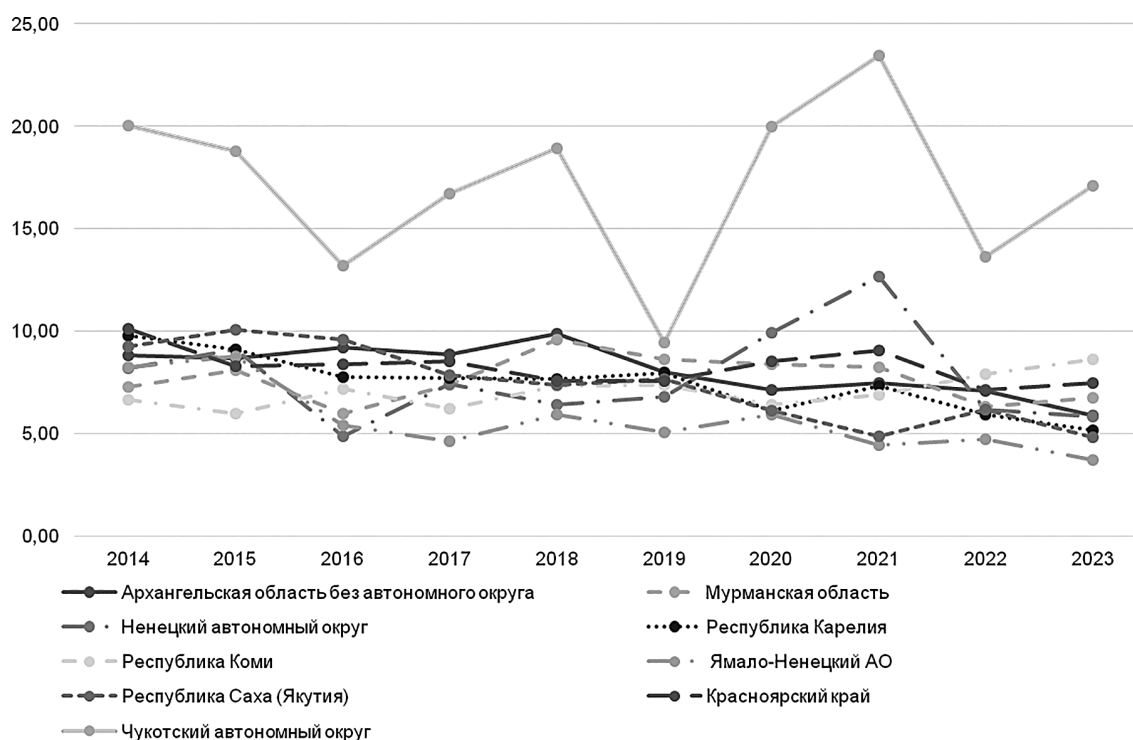


Рис. 1. Динамика ПС в регионах, имеющих в своем составе территории АЗ РФ, в 2014—2023 гг. (на 1 тыс. родившихся живыми и мертвыми).

Таблица 1

Динамика показателя ПС среди преждевременно родившихся и ее доля в структуре ПП в регионах, имеющих в своем составе территории АЗ РФ, в 2014—2023 гг.

Регион	Показатель	Год									
		2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Архангельская область	ПС _{пр} , ‰	89,49	86,46	101,22	87,68	79,17	50,39	81,51	66,22	71,29	71,57
	Доля в ПС, %	68,97	74,11	75,83	73,28	62,64	45,07	87,50	67,79	71,15	90,0
Мурманская область	ПС _{пр} , ‰	79,65	119,19	69,72	97,46	99,80	102,76	82,50	112,60	62,86	87,66
	Доля в ПС, %	70,31	73,75	74,42	77,97	83,05	75,93	62,26	80,77	68,75	67,50
Ненецкий автономный округ	ПС _{пр} , ‰	130,43	129,03	30,30	90,91	43,48	100,00	176,47	235,29	0	43,47
	Доля в ПС, %	60,00	66,67	25,00	75,00	25,00	75,00	100,00	66,67	0,00	33,33
Республика Коми	ПС _{пр} , ‰	73,89	61,75	81,99	67,72	62,18	75,76	71,13	77,08	65,96	85,86
	Доля в ПС, %	68,23	90,19	92,19	89,13	77,27	89,80	84,09	92,11	94,74	94,87
Республика Карелия	ПС _{пр} , ‰	91,65	98,50	76,25	82,55	98,98	60,05	66,01	71,98	70,46	49,84
	Доля в ПС, %	61,64	65,71	61,40	74,67	73,59	53,49	81,82	73,68	75,00	84,21
Ямало-Ненецкий автономный округ	ПС _{пр} , ‰	120,48	88,94	57,00	60,91	56,87	63,32	69,65	55,88	62,71	54,44
	Доля в ПС, %	69,44	51,14	55,81	75,00	63,16	72,73	68,29	63,33	63,33	73,08
Красноярский край	ПС _{пр} , ‰	71,82	63,15	64,01	79,84	67,64	70,96	74,45	73,77	69,69	66,23
	Доля в ПС, %	68,79	66,67	68,64	76,17	70,40	77,36	72,40	68,66	74,57	71,77
Республика Саха (Якутия)	ПС _{пр} , ‰	92,27	88,08	91,61	68,57	70,29	68,82	65,19	60,57	73,81	49,14
	Доля в ПС, %	68,42	64,21	71,63	64,29	75,47	81,00	72,09	74,65	80,00	70,18
Чукотский автономный округ	ПС _{пр} , ‰	154,93	163,27	146,34	120,00	259,26	85,71	307,69	205,88	166,67	157,89
	Доля в ПС, %	73,33	61,54	66,67	37,50	77,78	50,00	100,00	63,64	85,72	85,72

Примечание. ПС_{пр} — интенсивный коэффициент ПС среди преждевременно родившихся новорожденных. Доля в ПС — экстенсивный коэффициент — доля перинатальных смертей среди преждевременно родившихся новорожденных в структуре ПС.

хангельской области ТПУ=−20,0% (*p* для тренда = 0,006).
При анализе корреляционных связей между показателями ПС и частотой ПР значимых взаимосвязей ни на уровне отдельных регионов, ни в целом по всем изучаемым субъектам Российской Федерации выявлено не было.
Мертворождаемость как составная часть ПП является одним из ключевых показателей, поэтому анализ ее уровня и причин имеет большое значение

для снижения ПС в целом. При оценке динамики интенсивного показателя мертворождаемости за последние 10 лет значимый тренд к снижению указанного показателя отмечен только в Республике Саха (Якутия) (ТПУ=−36,68%; *p* для тренда <0,0001). В остальных регионах также было отмечено снижение показателя, однако оно не было статистически значимым: Архангельская область (ТПУ=−30,3%; *p* для тренда = 0,219), Ненецкий автономный округ (ТПУ=−11,6%; *p* для тренда = 0,912),

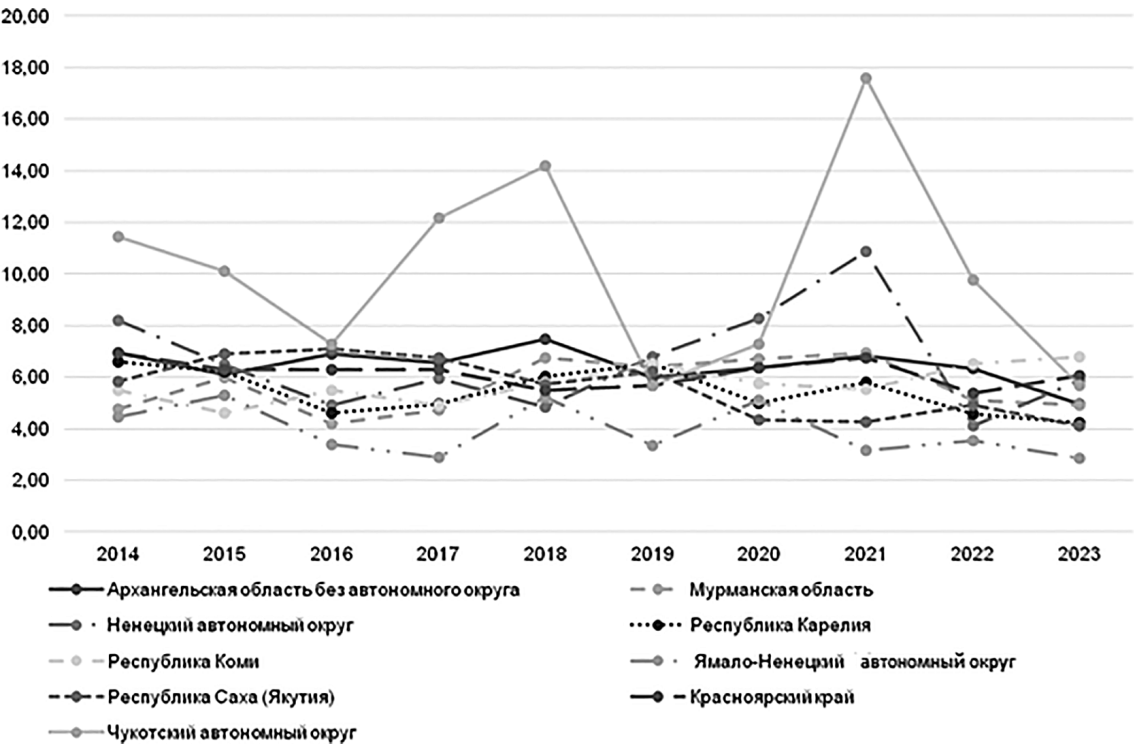


Рис. 2. Динамика показателя мертворождаемости в регионах, имеющих в своем составе территории АЗ РФ, в 2014—2023 гг. (на 1 тыс. родившихся живыми и мертвыми).

Таблица 2

Динамика показателя антенатальной смертности и ее доля в структуре ПС в регионах, имеющих в своем составе территории АЗ РФ, в 2014—2023 гг.

Регион	Показатель	Год									
		2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Архангельская область	АНС, ‰	6,24	5,11	6,25	5,83	6,35	5,15	6,14	5,64	5,43	4,55
	Доля в ПС, %	77,59	66,07	70,00	68,31	74,73	70,42	85,94	81,36	80,77	82,50
Мурманская область	АНС, ‰	4,07	5,44	3,69	4,05	4,95	4,83	4,60	6,23	4,69	5,73
	Доля в ПС, %	53,12	58,75	69,77	50,85	59,32	57,41	54,72	69,23	78,13	75,00
Ненецкий автономный округ	АНС, ‰	4,41	4,12	5,31	3,22	3,50	7,64	3,75	10,31	2,36	4,33
	Доля в ПС, %	60,00	50,00	100,00	50,00	50,00	100,00	66,67	83,33	50,00	66,67
Республика Коми	АНС, ‰	4,93	3,90	5,22	4,19	3,93	5,49	4,85	4,81	5,59	5,83
	Доля в ПС, %	71,76	67,65	71,95	69,49	60,71	78,57	77,08	76,09	83,72	77,08
Республика Карелия	АНС, ‰	4,99	5,84	3,74	4,53	5,96	5,66	4,63	5,61	4,76	3,47
	Доля в ПС, %	53,42	64,28	49,12	61,70	67,92	72,09	72,73	76,32	75,00	78,95
Ямало-Ненецкий автономный округ	АНС, ‰	3,84	4,53	3,66	2,71	3,94	2,87	4,67	3,19	3,30	3,22
	Доля в ПС, %	47,22	54,17	67,44	62,50	73,68	57,58	78,05	70,00	70,00	76,92
Красноярский край	АНС, ‰	5,61	5,00	4,82	4,69	4,38	4,80	5,81	6,11	4,74	5,59
	Доля в ПС, %	67,58	68,04	67,90	58,12	63,68	66,04	74,21	71,61	70,52	82,94
Республика Саха (Якутия)	АНС, ‰	6,02	6,14	6,85	6,35	6,35	5,61	6,41	4,64	4,99	5,21
	Доля в ПС, %	60,23	57,95	72,29	78,57	71,69	82,00	70,93	87,32	81,33	78,95
Чукотский автономный округ	АНС, ‰	9,11	10,19	7,39	6,10	8,00	5,75	9,21	15,87	10,25	2,02
	Доля в ПС, %	40,00	53,85	55,55	50,00	55,56	50,00	41,67	72,73	71,43	14,29

Примечание. АНС — интенсивный коэффициент антенатальной смертности. Доля в ПС — экстенсивный коэффициент — доля антенатальной гибели плода в структуре ПС.

Ямало-Ненецкий автономный округ (ТПУ=−28,7%; *p* для тренда = 0,078), Чукотский автономный округ (ТПУ=−70,3%; *p* для тренда = 0,509), Республика Карелия (ТПУ=−42,3%; *p* для тренда = 0,152), Красноярский край (ТПУ=−13,9%; *p* для тренда = 0,081). В Республике Коми (ТПУ=8,6%; *p* для тренда = 0,260) и Мурманской области (ТПУ=21,7%; *p* для тренда = 0,241) отмечена тенденция к росту мертворождаемости, что в первую очередь и объясняет негативные тенденции при анализе ПС в целом в этих регионах (рис. 2).

В структуре мертворождаемости во всех изучаемых регионах преобладала антенатальная смертность, доля которой в 2014 г. составляла от 60% в Ненецком автономном округе до 92,7% в Архангельской области. К 2024 г. экстенсивный коэффициент, отражающий долю антенатальных смертей в структуре мертворождаемости, вырос во всех циркуполярных регионах и составил от 66,7% в Ненецком автономном округе до 100% в Ямало-Ненецком автономном округе. В структуре ПС в целом антенатальная смертность составляла в 2014 г. от 40,0% в Чукотском автономном округе до 77,6% в Архангельской области. В 2024 г. данный показатель превысил 82% в Архангельской области и Красноярском крае (табл. 2).

За изученный период во всех регионах произошло снижение интенсивного коэффициента предотвратимых ПП, включавших в нашем исследовании как интранатальную гибель плода, так и смерть новорожденного в первые 168 ч жизни (рис. 3).

Если в 2014 г. он варьировал от 13,67‰ в Чукотском автономном округе до 1,73‰ в Архангельской области, то в 2023 г. максимальные показатели по-прежнему фиксировались в Чукотском автономном округе (10,14‰), а минимальные интенсивные коэффициенты предотвратимых ПП были зафиксиро-

ваны в Ямало-Ненецком автономном округе (0,48‰), Республике Карелия (0,69‰), Архангельской области (0,83‰). Темпы убыли интенсивного показателя предотвратимых ПП варьировали от −6,8% в Республике Коми до −83,6% в Республике Карелия. При этом динамика интенсивного коэффициента значимо соответствовала нисходящему линейному тренду в Архангельской области (*p* для тренда = 0,001), Республике Карелия (*p* для тренда <0,0001), Ямало-Ненецком автономном округе (*p* для тренда <0,0001), Красноярском крае (*p* для тренда = 0,002) и Республике Саха (Якутия) (*p* для тренда <0,0001). Доля предотвратимых потерь в структуре ПС (экстенсивный коэффициент) также снизилась в большинстве регионов: в 2014 г. она составляла от 21,6% в Архангельской области до 60% в Чукотском автономном округе, а в 2023 г. от 11,5% в Ямало-Ненецком автономном округе до 71% в Чукотском автономном округе.

В соответствии с СБКПП к непредотвратимым причинам относятся гибель плода и новорожденного при наличии ВПР. Доля таких случаев во всех изучаемых регионах была относительно невелика и составляла в 2014 г. от 0% в Чукотском автономном округе до 12,1% в Архангельской области. За период 2013—2024 гг. интенсивный показатель ПС, ассоциированной с ВПР, оставался достаточно стабильным и имел значимую тенденцию к росту только в Красноярском крае (*p* для тренда = 0,03), доля таких случаев в структуре ПП также не увеличилась и в 2024 г. составляла от 0% в Ненецком автономном округе и Мурманской области до 14,3% в Чукотском автономном округе.

При анализе взаимосвязи динамики показателя ПС в целом и динамики интенсивного коэффициента, характеризующего долю предотвратимых ПП, значимые корреляционные связи были зафиксиро-

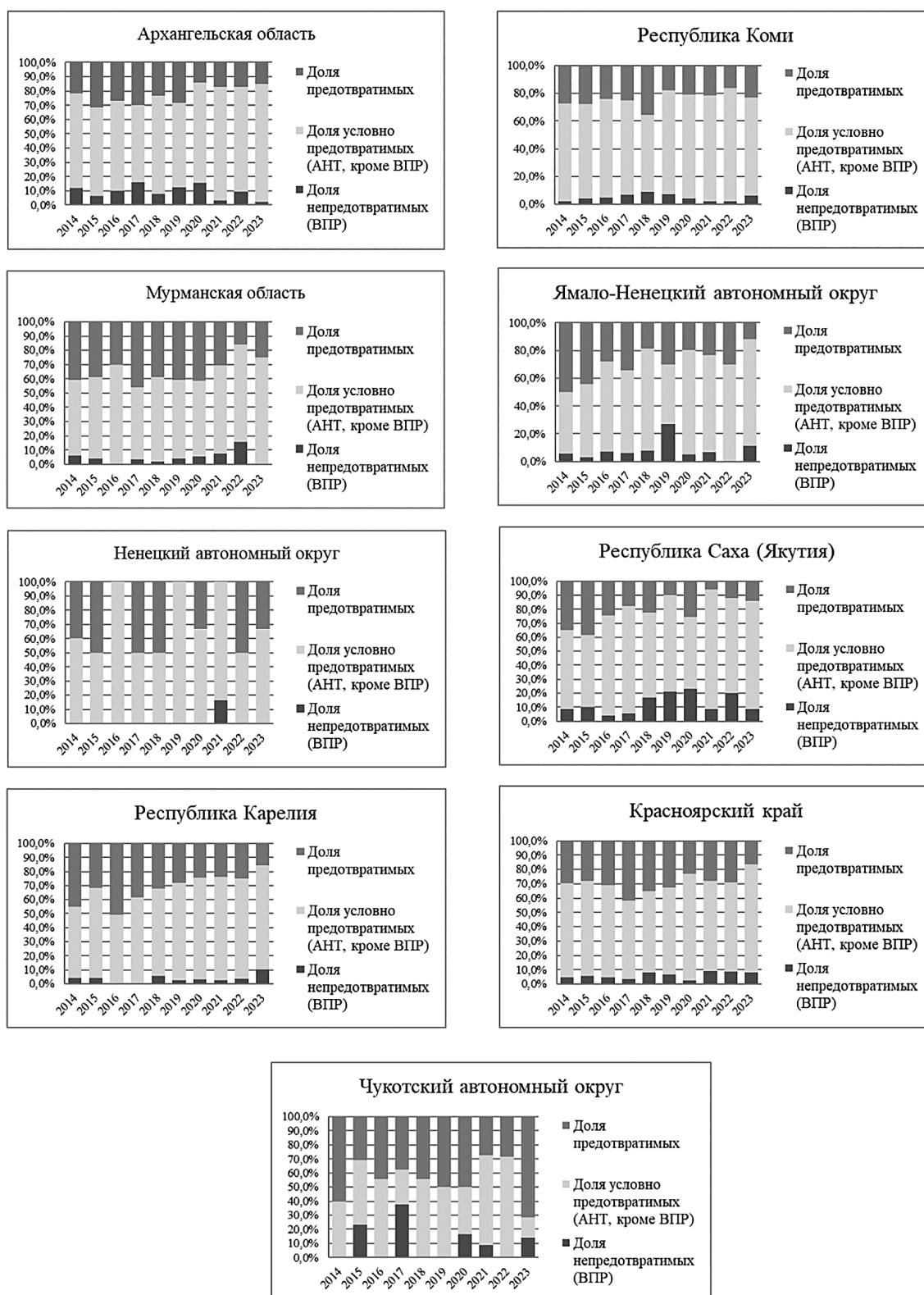


Рис. 3. Структура ПП по предотвратимости в регионах, включающих территории, входящие в АЗ РФ, в 2014—2023 гг. (в %).

АНТ — антенатальные причины.

ваны для Архангельской области ($r_s=0,801$; 95% ДИ 0,516—1,000; $p=0,007$), Мурманской области ($r_s=0,661$; 95% ДИ 0,109—1,000; $p=0,041$), Республики

Карелия ($r_s=0,685$; 95% ДИ 0,206—1,000; $p=0,032$), Чукотского автономного округа ($r_s=0,673$; 95% ДИ 0,191—1,000; $p=0,037$).

Обсуждение

Анализ, проведенный нами в циркумполярных регионах Российской Федерации, показал, что во всех ее субъектах, имеющих территории, относящиеся к АЗ РФ, показатели, характеризующие ПС, имеют тенденцию к снижению. Отсутствие таковой в Республике Коми можно объяснить изначально более низкими показателями в данном регионе (6,68‰ в 2014 г., 6,00‰ в 2015 г.), которые были наименьшими не только в изученных регионах, но и в целом по Российской Федерации.

Полученные нами данные свидетельствуют о том, что ПС имеет более низкие темпы снижения по сравнению с младенческой смертностью. Так, если младенческая смертность по Российской Федерации за 2014—2023 гг. снизилась на 40%, то ПС в изучаемых регионах в целом снизилась только на 27,1%. Показатель ПС в приарктических и арктических регионах в целом был сопоставим со среднероссийскими показателями (на 2023 г. — 6,14‰ против 6,48‰ в среднем по России), однако между регионами отмечалась значительная межрегиональная вариабельность показателя без тенденции к снижению ее амплитуды: в 2014 г. разница между максимальным значением ПС, зафиксированным в Чукотском автономном округе (20,06‰), и минимальным значением (6,68‰) в Республике Коми составляла 308%, а в 2024 г. уже 452%. Подобная ситуация характерна не только для Российской Федерации. Ранее проведенные исследования на циркумполярных территориях других государств демонстрировали сходные тенденции, но, в отличие от нашего исследования, сравнение ПС проводилось между этническими группами в циркумполярных регионах, а не только по территориальному признаку [11, 12]. Максимальные значения ПС среди циркумполярных регионов РФ зафиксированы в Чукотском автономном округе, что, с одной стороны, может быть следствием этно-демографической ситуации в округе, характеризующейся наиболее высокой долей коренного населения в структуре по сравнению с другими территориями. С другой стороны, по состоянию на 2020 г., в России функционировала 141 организация родовспоможения третьего уровня, при этом только Ненецкий и Чукотский автономные округа из рассматриваемых нами субъектов таких организаций не имели (Росстат). Проведенный А. О. Макаренцевой анализ показал значимую связь между показателем ранней неонатальной смертности и долей родов в учреждениях родовспоможения третьего уровня, а также долей городского населения [13].

ПР являются ведущей причиной перинатальной, неонатальной, младенческой заболеваемости и смертности. В связи с этим именно преждевременно родившиеся вносят наибольший вклад в ПС, следовательно, данный показатель может быть ассоциирован с частотой ПР в регионе, что, однако, не нашло подтверждения в нашем исследовании. При этом в большинстве изучавшихся нами регионов

ПС среди преждевременно родившихся была сопоставима по значению и динамике данных исследования, проведенного в Челябинской области, при этом доля их в структуре была выше [14].

По нашим данным, частота ПР в циркумполярных регионах за изученный период изменялась во времени и имела межрегиональную вариабельность. При этом амплитуда межрегиональной вариабельности была выше, чем колебания во времени: минимальные значения частоты ПР были отмечены в Ненецком, Ямало-Ненецком и Чукотском автономных округах, а максимальные — в Республике Саха (Якутия), Красноярском крае и Архангельской области, что соотносится с максимальной в данных регионах долей недоношенных новорожденных в структуре ПС. Зафиксированные нами максимальные показатели ПС среди преждевременно родившихся в Чукотском автономном округе наряду с относительно низкой частотой ПР могут являться результатом отсутствия в регионе медицинской организации родовспоможения третьего уровня и ограниченных возможностей выхаживания преждевременно родившихся. В то же время, по оценке Л. Н. Нацун, показатели обеспеченности населения ресурсами здравоохранения, включая оказание медицинской помощи по профилю «Акушерство и гинекология», в Чукотском автономном округе в 2010—2020 гг. были значительно выше среднероссийских [15]. Данное несоответствие, вероятно, вызвано неоптимальной схемой маршрутизации беременных женщин в условиях низкой плотности населения и низкой транспортной доступностью [16].

Снижение ПС в последнее десятилетие происходило большей частью за счет снижения ранней неонатальной смертности, что стало возможным благодаря совершенствованию медицинской помощи, особенно внедрению реанимационных мероприятий и интенсивных технологий выхаживания новорожденных с низкой и экстремально низкой массой тела. В связи с этим мертворождаемость является в настоящее время ведущим компонентом ПС. При этом снижение показателя мертворождаемости происходит значительно медленнее, чем ПС в целом, поскольку имеется тенденция к смещению структуры смертности по периодам: от ранних неонатальных в сторону менее предотвратимых — поздних фетальных. Эта тенденция ранее отмечалась в перинатальном мониторинге европейских стран, которые в настоящее время имеют более низкие показатели ПС [17]. Сейчас она характерна и для России. По данным Федеральной службы государственной статистики, в Российской Федерации коэффициент мертворождений снизился с 6,02 в 2014 г. до 5,25 в 2023 г. (на 1 тыс. рожденных живыми и мертвыми), т. е. на 12,7% (Росстат). Результаты нашего анализа позволяют говорить о том, что в циркумполярных регионах это снижение составило в целом 19,2%, что выше среднероссийского показателя и, возможно, объясняется более высоким базовым уровнем (6,42‰ против 6,02‰). В структуре мертворождаемости за последнее десятилетие уве-

личилась доля антенатальной смертности как менее предотвратимой и связанной не столько с оказанием медицинской помощи, сколько с анамнезом матери, ее поведенческими и социально-демографическими факторами, состоянием ее здоровья. Так, проведенный метаанализ продемонстрировал, что курение во время беременности и возраст матери старше 35 лет ассоциирован с 11–18% мертворождений в странах с высоким уровнем дохода [18].

В нашем исследовании доля антенатальной смертности выросла во всех циркумполярных регионах и на конец анализируемого периода достигла 93,6% всех родившихся мертвыми и 79,0% ПС. Снижение доли интранатальных смертей в мертворождаемости может свидетельствовать об улучшении качества акушерской помощи непосредственно при родоразрешении за счет увеличения доли оперативных родов и концентрации беременностей высокого риска в организациях третьего уровня [19]. Несмотря на то что в целом доля мертворождений в структуре ПС в циркумполярных регионах была сопоставима с общероссийским показателем, она была выше показателей большинства европейских стран [20]. Особенностью регионов, имеющих в своем составе территории АЗ РФ, является то, что лишь в трех из них наблюдалось значимое снижение интенсивного показателя антенатальной смертности, при этом в ряде регионов (Мурманская область, Ненецкий автономный округ) увеличилась антенатальная смертность среди доношенных плодов. Это может свидетельствовать о недостаточном качестве пренатальной диагностики плода, поздней диагностике гипоксии плода, поздней маршрутизации беременных высокого риска в акушерские стационары третьего уровня. Таким образом, именно сокращение числа антенатальных смертей может являться резервом снижения ПП, что может быть обеспечено как повышением качества антенатальной помощи, так и оздоровлением женщин репродуктивного возраста, а также систематическим мониторингом и своевременной коррекцией репродуктивного здоровья подростков.

При анализе ПП по предотвратимости нами установлено, что во всех регионах непредотвратимые потери, которые представляют собой случаи ПС плода/новорожденного при наличии ВПР, составляли менее 10%, при этом в некоторых регионах (Республика Коми, Ненецкий автономный округ, Мурманская область) этот показатель за рассматриваемый период не превышал 5%. Это значительно меньше данных перинатального аудита, проведенного в Северо-Западном федеральном округе ранее [21], а также исследования по изучению предотвратимости ПП в двух крупных городах (Челябинск и Новосибирск), что может свидетельствовать о высокой результативности пренатальной диагностики, позволяющей диагностировать и элиминировать несовместимые с жизнью ВПР.

В структуре ПС преобладали условно предотвратимые ПП, представленные антенатальной гибелью плода: к 2023 г. на их долю приходилось более 70%

ПП. Это значительно больше данных, представленных Д. О. Ивановым и соавт. по Северо-Западному федеральному округу, где показатель составил 39,7%, но сравнимо с данными В. Л. Коваленко и соавт. по Челябинску (54%) и Новосибирску (60%) за сопоставимый период времени (2016 г.) [21, 22]. В то же время доля предотвратимых ПП в нашем исследовании была несколько ниже, чем в Северо-Западном федеральном округе и Новосибирске, но выше, чем в Челябинске в сопоставимые периоды времени [21, 22].

Исследование продемонстрировало, что использование данных ФСН позволяет не только проанализировать тенденции, характеризующие ПП и их составляющие в циркумполярных регионах России, но и провести анализ резервов их снижения путем классификации ПП по предотвратимости. В то же время имеющиеся данные не позволяют сформировать все 12 категорий, имеющихся в оригинальной версии СБКПП, что ограничивает возможность полноценных сравнений с другими исследованиями, выполненными на основе регистровых данных либо данных первичной медицинской документации.

Заключение

Полученные в ходе исследования результаты позволяют сделать выводы, что ПС в регионах, имеющих в своем составе территории АЗ РФ, имеет тенденцию к снижению в большинстве регионов, в первую очередь за счет снижения показателей ранней неонатальной смертности. В то же время показатель мертворождаемости снижается с меньшей скоростью и большей частью за счет сокращения числа случаев интранатальной гибели плода.

Проведенная нами попытка классификации ПП по предотвратимости демонстрирует сокращение доли предотвратимых случаев ПС, при этом наиболее значимым резервом снижения ПС в циркумполярных регионах, как и в целом по России, является снижение частоты антенатальной гибели плодов. Для поиска путей снижения условно предотвратимых и предотвратимых ПП необходимо проведение исследований с использованием данных имеющихся популяционных регистров родов и данных, собираемых автоматизированными информационными системами мониторинга родовспоможения.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Стратегия пространственного развития Российской Федерации на период до 2025 года. Режим доступа: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_318094/f62ee45faefd8e2a11d6d88941ac66824f848bc2/ (дата обращения 03.09.2024).
2. Указ Президента РФ от 26.10.2020 № 645 (ред. от 27.02.2023) «О Стратегии развития Арктической зоны Российской Федерации и обеспечения национальной безопасности на период до 2035 года». Режим доступа: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_366065/942772dce30cfa36b671bcf19ca928e4d698a928 (дата обращения 05.09.2024).

Здоровье и общество

3. Борисова Д. С., Чашин В. П. Репродуктивное здоровье и демографическая характеристика населения в угледобывающем районе Арктической зоны. *Гигиена и санитария*. 2021;100(8):826—32. doi: 10.47470/0016-9900-2021-100-8-826-832
4. Петрухин В. А., Гридчик А. Л., Логутова Л. С., Чечнева М. А., Аксенов А. Н., Дуб Н. В., Мельников А. П. Модернизация родовспоможения — резерв снижения перинатальной и младенческой смертности. *Российский вестник акушера-гинеколога*. 2021;21(3):5—10. doi: 10.17116/rosakush2021210315
5. Borch-Christensen H., Langhoff-Roos J., Larsen S., Lindberg B., Wennergren M. The Nordic/Baltic perinatal death classification. *Acta Obstet. Gynecol. Scand. Suppl.* 1997;164:40—2.
6. Elamin S., Langhoff-Roos J., Boedker B., Ibrahim S. A., Ashmeig A. L., Lindmark G. Classification of perinatal death in a developing country. *Int J. Gynaecol. Obstet.* 2003 Mar;80(3):327—33. doi: 10.1016/s0020-7292(02)00380-6
7. Holt J., Vold I. N., Odland J. O., Førde O. H. Perinatal deaths in a Norwegian county 1986–96 classified by the Nordic-Baltic perinatal classification: geographical contrasts as a basis for quality assessment. *Acta Obstet. Gynecol. Scand.* 2000 Feb;79(2):107—12. doi: 10.1034/j.1600-0412.2000.079002107.x
8. Филиппов О. С., Башмакова Н. В., Литвинова А. М. Перинатальный аудит. Современная методология: методические рекомендации. М.; 2014. 60 с.
9. Иванов Д. О., Ветров В. В., Курдынко Л. В. История и перспективы показателя перинатальной смертности в России (обзор литературы). *Педиатр*. 2022;13(1):5—18. doi: 10.17816/PED1315-18
10. Надеев А. П., Карпов М. А., Жукова В. А., Чернова Т. Г. Оценка предотвратимости перинатальных потерь при использовании Скандинавско-Балтийской системы. *Сибирский медицинский вестник*. 2017;(1):16—22.
11. Chen L., Xiao L., Auger N., Torrie J., McHugh N. G. L., Zoungana H. Disparities and Trends in Birth Outcomes, Perinatal and Infant Mortality in Aboriginal vs. Non-Aboriginal Populations: A Population-Based Study in Quebec, Canada 1996—2010. *PLOS ONE*. Sep 2015;10(9):e0138562. doi: 10.1371/journal.pone.0138562
12. Verstraeten B. S., Mijovic-Kondejewski J., Takeda J., Tanaka S., Olson D. M. Canada's pregnancy-related mortality rates: doing well but room for improvement. *Clin. Invest. Med.* 2015 Feb 6;38(1):E15—22. doi: 10.25011/cim.v38i1.22410
13. Макаренцева А. О. Достижения перинатальной реформы и резервы дальнейшего сокращения младенческой смертности в России. *Демографическое обозрение*. 2023;10(3):62—81. doi: 10.17323/demreview.v10i3.17970
14. Семенов Ю. А., Чижовская А. В., Долгушина В. Ф., Москвичева М. Г., Казачков Е. Л., Сахарова В. В. Анализ динамики частоты спонтанных преждевременных родов и их влияние на показатели перинатальной смертности по г. Челябинск с 2012 по 2020 гг. *Мать и дитя в Кузбассе*. 2022;3(90):101—7. doi: 10.24412/2686-7338-2022-3-101-107
15. Нацун Л. Н. Оценка влияния медицинских, демографических и экономических факторов на динамику младенческой смертности в регионах России. *Экономические и социальные перемены: факты, тенденции, прогноз*. 2023;16(3):265—83. doi: 10.15838/esc.2023.3.87.14
16. Поликарпов А. В., Митрошин П. В., Моравская С. В., Миргородская О. В. Анализ территориального размещения медицинских организаций и их структурных подразделений в субъектах Дальневосточного федерального округа. *Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики*. 2022;(5):762—83. doi: 10.24412/2312-2935-2022-5-762-783
17. Zeitlin J., Mortensen L., Prunet C., Macfarlane A., Hindori-Mohangoo A. D., Gissler M., et al.; Euro-Peristat Scientific Committee. Socioeconomic inequalities in stillbirth rates in Europe: measuring the gap using routine data from the Euro-Peristat Project. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2016 Jan 19;16:15. doi: 10.1186/s12884-016-0804-4
18. Flenady V., Koopmans L., Middleton P., Frøen J. F., Smith G. C., Gibbons K., et al. Major risk factors for stillbirth in high-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2011 Apr 16;377(9774):1331—40. doi: 10.1016/S0140-6736(10)62233-7
19. Стародубов В. И., Суханова Л. П., Сыченков Ю. Г. Репродуктивные потери как медико-социальная проблема демографического развития России. *Социальные аспекты здоровья населения*. 2011;(6):22. Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/367/30/lang.ru/> (дата обращения 03.09.2024).
20. Альбицкий В. Ю., Баранов А. А. Смертность детского населения. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2024;(2):147—54. doi: 10.32687/0869-866X-2024-32-2-147-154
21. Иванов Д. О., Шевцова К. Г., Моисеева К. Е., Харбедия Ш. Д. Результаты перинатального аудита Северо-Западного федерального округа. *Казанский медицинский журнал*. 2020;101(5):727—33. doi: 10.17816/KMJ2020-727
22. Коваленко В. Л., Казачков Е. Л., Надеев А. П. Предотвратимость перинатальных потерь в Челябинске и Новосибирске. *Архив патологии*. 2018;80(2):7—10. doi: 10.17116/patol20188027-10

Поступила 09.09.2024
Принята в печать 30.10.2024

REFERENCES

- Mother and Child in Kuzbass*. 2022;3(90):101–7. doi: 10.24412/2686-7338-2022-3-101-107 (in Russian).
15. Natsun L. N. Assessing the influence of medical, demographic and economic factors on the dynamics of infant mortality in Russia's regions. *Economic and Social Changes: Facts, Trends, Forecast*. 2023;16(3):265–83. doi: 10.15838/esc.2023.3.87.14 (in Russian).
 16. Polikarpov A. V., Mitroshin P. V., Moravskaya S. V., Mirgorodskaya O. V. Analysis of the territorial distribution of medical organizations and their structural divisions in the subjects of the Far Eastern Federal District. *Modern problems of health care and medical statistics*. 2022;(5):762–83. doi: 10.24412/2312-2935-2022-5-762-783 (in Russian).
 17. Zeitlin J., Mortensen L., Prunet C., Macfarlane A., Hindori-Mohangoo A. D., Gissler M., et al.; Euro-Peristat Scientific Committee. Socioeconomic inequalities in stillbirth rates in Europe: measuring the gap using routine data from the Euro-Peristat Project. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2016 Jan 19;16:15. doi: 10.1186/s12884-016-0804-4
 18. Flenady V., Koopmans L., Middleton P., Frøen J. F., Smith G. C., Gibbons K., et al. Major risk factors for stillbirth in high-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2011 Apr 16;377(9774):1331–40. doi: 10.1016/S0140-6736(10)62233-7
 19. Starodubov V. I., Sukhanova L. P., Sychenkov Yu. G. Reproductive losses as a medical and social problem of demographic development of Russia. *Social aspects of population health*. 2011;(6):22. Available at: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/367/30/lang.ru/> (accessed 03.09.2024) (in Russian).
 20. Albitsky V. Yu., Baranov A. A. The mortality of children population. *Problemy sotsial'noy gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2024 Mar;32(2):147–54. doi: 10.32687/0869-866X-2024-32-2-147-154 (in Russian).
 21. Ivanov D. O., Shevtsova K. G., Moiseeva K. E., Harbedia S. D. Results of the perinatal audit of the Northwestern Federal District. *Kazan Medical Journal*. Oct 2020;101(5):727–33. doi:10.17816/KMJ2020-727 (in Russian).
 22. Kovalenko V. L., Kazachkov E. L., Nadeev A. P., Pasternak A. E., Pasternak I. A., Karpov M. A., et al. Preventability of perinatal losses by the example of the large industrial cities Chelyabinsk and Novosibirsk. *Arkhi Patol*. 2018;80(2):7–10. doi: 10.17116/patol20188027-10 (in Russian).

Гайдаров Г. М., Макаров С. В., Лифляндер-Пачерских А. А., Маевская И. В.

АНАЛИЗ ОБЪЕМОВ НАГРУЗКИ, ВЫПОЛНЕННОЙ ВРАЧАМИ-СТОМАТОЛОГАМИ ГОСУДАРСТВЕННЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ

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

Представлен анализ объемов, динамики и структуры нагрузки, выполненной врачами-стоматологами государственных медицинских организаций Иркутской области за период 2019–2023 гг. Дана количественная оценка числа посещений пациентами врачей-стоматологов, оказавшаяся наиболее высокой у стоматологов-терапевтов и детских стоматологов. Определена нагрузка врачей-стоматологов в расчете на одного специалиста, что позволило выявить разный темп прироста данных показателей, в ряде случаев имеющий противоположную направленность. Так, у детских врачей-стоматологов на фоне снижения общего числа посещений за 2019–2023 гг. нагрузка на одного врача возросла более чем на 20%. Выявлен значительный разброс в числе посещений в расчете на одного врача у населения муниципальных образований Иркутской области, составивший у врачей-стоматологов общей практики в 2023 г. 10–662% от среднего по области, у детских стоматологов — 18–206%, у стоматологов-терапевтов — 10–403%, у стоматологов-хирургов — 12–233%. Данная ситуация свидетельствует о наличии значительных различий в уровне нагрузки врачей стоматологического профиля в Иркутской области, что увеличивает риск снижения качества стоматологических услуг, предоставляемых населению, и риск развития профессионального выгорания у врачей, работающих с перегрузкой.

Ключевые слова: нагрузка; врачи-стоматологи; медицинские кадры; государственные медицинские организации.

Для цитирования: Гайдаров Г. М., Макаров С. В., Лифляндер-Пачерских А. А., Маевская И. В. Анализ объемов нагрузки, выполненной врачами-стоматологами государственных медицинских организаций. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2025;33(4):567–573. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2025-33-4-567-573>

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

Gaydarov G. M., Makarov S. V., Lifylander-Pacherskikh A. A., Maevskaya I. V.

THE ANALYSIS OF VOLUMES OF WORKLOAD IMPLEMENTED BY STOMATOLOGISTS OF STATE MEDICAL ORGANIZATIONS

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

The article presents analysis of volumes, dynamics and structure of workload performed by stomatologists of state medical organizations of the Irkutsk Oblast in 2019–2023. The quantitative assessment of the number of visits of patients to stomatologists is given. And the highest one was established among common stomatologists and pediatric stomatologists. The workload of stomatologists on the basis of one specialist was determined. That permitted to identify different growth rates of these indicators that in some cases had opposite direction. Thus, in pediatric stomatologists against the background of decreasing of the total number of visits in 2019–2023 the workload per one physician increased up to more than 20%. In 2023, the significant scattering in the number of visits of patients to stomatologists per physician in municipalities of the Irkutsk Oblast made up to 10–662% of the Oblast average for general practice stomatologists, up to 18–206% among pediatric stomatologists, 10–403% for dental therapists and 12–233% for dental surgeons. This situation testifies significant differences in the level of workload of stomatologists in the Irkutsk Oblast that increases risk both of decreasing of quality of stomatological services to population and of developing professional burnout among stomatologists working under overload.

Keywords: workload; stomatologist; medical personnel; state medical organization.

For citation: Gaydarov G. M., Makarov S. V., Lifylander-Pacherskikh A. A., Maevskaya I. V. The analysis of volumes of workload implemented by stomatologists of state medical organizations. *Problemi socialnoi gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2025;33(4):567–573 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2025-33-4-567-573>

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

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support.

Received 02.09.2024

Accepted 30.10.2024

Введение

Роль врачей-стоматологов в охране здоровья населения в последние десятилетия неуклонно возрастает. Физиологическое состояние зубного ряда и ротовой полости позитивно влияет на различные аспекты функционирования организма, снижает риск развития различных заболеваний [1–3]. Кроме то-

го, повышается заинтересованность населения в получении современной стоматологической помощи и возможности ее получения [4–6]. В проведенных нами исследованиях изучена численность и структура кадров врачей-стоматологов в Иркутской области [7], а также выполнено ее сравнение со штатными нормативами, позволившее объективно изме-

рить уровень доступности стоматологической помощи для населения региона, реально оценить потребность в специалистах соответствующего профиля [8].

Однако для повышения эффективности деятельности стоматологической службы требуется изучение и других аспектов ее функционирования, к важнейшим из которых относится объем нагрузки, выполняемой врачами-стоматологами. Неравномерное распределение данной нагрузки между муниципальными образованиями, отдельными медицинскими организациями, различными специалистами стоматологического профиля, а также ее выраженные колебания в динамике негативно влияют на качество стоматологических услуг, предоставляемых населению, увеличивают риск развития профессионального выгорания у врачей [9, 10].

Все вышеперечисленное обуславливает актуальность углубленного изучения объемов нагрузки, выполняемой врачами-стоматологами, как в динамике, так и в разрезе отдельных территорий и специальностей врачей. Объективные данные о ней доступны почти исключительно в официальной отчетности государственных медицинских организаций, что определило использование соответствующего сектора стоматологической службы в качестве источника данных.

Цель исследования — анализ объемов, динамики и структуры нагрузки, выполненной врачами-стоматологами государственных медицинских организаций Иркутской области за период 2019—2023 гг.

Материалы и методы

Данные об объемах нагрузки, выполненной государственными медицинскими организациями, оказывающими стоматологическую помощь населению, изучали путем сплошного исследования предоставляемых в органы управления здравоохранения отчетных форм № 30.

Наряду с изучением общих объемов нагрузки, выполненной медицинскими организациями, нами осуществлен ее анализ в расчете на одного врача

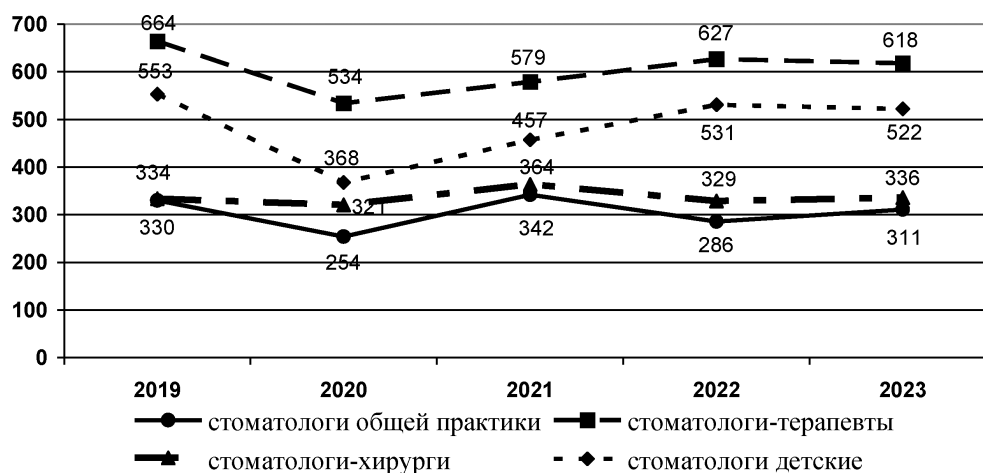
каждой из стоматологических специальностей. Сведения о численности врачей-стоматологов также формировались на основе отчетных форм № 30, при этом осуществлялась дополнительная сверка соответствующих данных с Федеральным регистром медицинских работников (ФРМР), входящим в состав Единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения (ЕГИСЗ). Проведенная сверка позволила получить точные данные на момент исследования, так как в официальной отчетности они обновляются лишь с годичной периодичностью, а в ряде случаев являются устаревшими. Полученные результаты продемонстрировали наибольшую целесообразность подобной сверки в отношении муниципальных образований с низкой численностью врачей-стоматологов.

В отношении врачей, занимающих должность «врач-стоматолог», в данной публикации используется наименование «стоматолог общей практики», при этом термин «врачи-стоматологи» используется в отношении всех представителей стоматологических специальностей, вместе взятых. В силу специфики регистрации нагрузки врачей стоматологического профиля единицей ее измерения у представителей большинства стоматологических специальностей (врачи-стоматологи общей практики, врачи-стоматологи-терапевты, врачи-стоматологи-хирурги, врачи-стоматологи детские) является число посещений. У врачей-стоматологов-ортопедов в качестве критерия выполненной ими нагрузки в настоящем исследовании используется число изготовленных зубных протезов. У врачей-ортодонтонтов в качестве данного критерия выступает число лиц, получивших ортодонтическое лечение.

Статистическая обработка результатов исследования выполнена с использованием программного продукта Microsoft Excel 365.

Результаты исследования

На рисунке представлена динамика числа посещений врачей-стоматологов различных специальностей в Иркутской области за 5-летний период.



Число посещений за год врачей-стоматологов государственных медицинских организаций Иркутской области в 2019—2023 гг. (в тысячах посещений).

Таблица 1

Нагрузка, выполненная врачами-стоматологами различных специальностей в государственных медицинских организациях Иркутской области за период 2019—2023 гг. в расчете на одного врача (в абс. ед.)

Специальность врача-стоматолога	Год					Темп прироста/убыли 2023 г. к 2019 г., %
	2019	2020	2021	2022	2023	
Стоматолог общей практики, число посещений на 1 врача	2642	1984	2830	2572	2678	+1,4
Стоматолог-терапевт, число посещений на 1 врача	1881	1581	1791	1953	2082	+10,7
Стоматолог-хирург, число посещений на 1 врача	3549	3648	4387	3867	3655	+3,0
Стоматолог детский, число посещений на 1 врача	3790	2519	3458	4353	4577	+20,8
Стоматолог-ортопед, число изготовленных зубных протезов на 1 врача	585	517	567	520	481	-17,8
Ортодонт, число пациентов на 1 врача	622	520	727	764	619	-0,5

Учитывая особенности регистрации нагрузки врачей-стоматологов различных специальностей, ее прямое сравнение возможно лишь между представителями тех из них, нагрузка которых измеряется в одних величинах, в данной ситуации — между стоматологами общей практики, стоматологами-терапевтами, стоматологами-хирургами и детскими стоматологами, нагрузка которых измеряется в числе посещений. Однако и в этом случае корректно говорить лишь о сравнении числа посещений, так как объем трудозатрат, выполняемых представителями различных стоматологических специальностей во время одного посещения, неодинаков. Сравнивая между собой число визитов к врачам вышеперечисленных стоматологических специальностей, можно отметить, что в абсолютном выражении в течение всего периода исследования наибольшим было число посещений стоматологов-терапевтов. Далее следовали стоматологи детские, число посещений которых в 2023 г. было меньше на 15%, стоматологи-хирурги (посещений меньше, чем у стоматологов-терапевтов, на 45%) и стоматологи общей практики (меньше на 50%). Динамика числа посещений за рассматриваемый период была отрицательной у представителей всех врачебных стоматологических специальностей, за исключением стоматологов-хирургов.

Больше всего за период 2019—2023 гг. сократилось число посещений врачей-стоматологов-терапевтов (на 6,8%), далее — стоматологов общей практики (на 5,9%) и стоматологов детских (на 5,7%). У стоматологов-хирургов темп прироста числа посещений был весьма незначителен (+0,8%), в связи с чем можно говорить об отсутствии динамики посещений данных специалистов.

Более точное представление о нагрузке врачей-стоматологов позволяет получить показатель, представляющий собой объем выполненной нагрузки в расчете на одного врача, представленный в табл. 1.

Среди представителей тех стоматологических специальностей, нагрузка которых измеряется посещениями, данный показатель в 2023 г. был наиболее высок у детских стоматологов, далее — у стоматологов-хирургов (на 20% ниже), стоматологов общей практики (на 41% ниже), стоматологов-терапевтов (ниже на 55%).

Отчетные документы государственных медицинских организаций не содержат сведений о числе посещений врачей-стоматологов-ортопедов и врачей-

ортодонтов. Однако косвенными критериями, характеризующими их нагрузку, могут быть число изготовленных зубных протезов и число лиц, получивших ортодонтическое лечение. Анализ данных величин, к сожалению, не позволяет выполнить прямое сравнение нагрузки, выполненной вышеуказанными врачами, с другими специалистами стоматологического профиля. Однако возможен анализ динамики данных показателей. Число посещений в расчете на одного врача за период 2019—2023 гг. наиболее существенно выросло у врачей-стоматологов детских и стоматологов-терапевтов. Больше всего нагрузка снизилась у врачей-стоматологов-ортопедов, почти без изменения она осталась у остальных специалистов (стоматологи-хирурги, стоматологи общей практики, ортодонты).

Число посещений врачей-стоматологов различных специальностей в расчете на одного врача также рассчитывалось нами в разрезе муниципальных образований Иркутской области за 2023 г. (табл. 2). В таблицах представлены только те города и административные муниципальные районы области, где в 2023 г. были врачи-стоматологи соответствующего профиля. Наряду с расчетом числа посещений, приходящихся на одного врача, в отношении каждого из муниципальных образований был рассчитан уровень данного показателя в процентном выражении от среднего по области.

Из табл. 2 видно, что число посещений врачей-стоматологов общей практики в расчете на одного врача весьма существенно различается между муниципальными образованиями Иркутской области. Так, его уровень в процентном выражении от среднего по области колеблется от 10% в Усть-Кутском и 21% в Иркутском районах Иркутской области до почти 450% в Качугском районе и более чем 650% в г. Ангарске и Ангарском районе. При этом врачи данной специальности полностью отсутствуют в городах Зима и Свирск, а также в 12 административных муниципальных районах региона. Число посещений врачей-стоматологов общей практики в областных и федеральных медицинских организациях существенно ниже среднего по области, составляет соответственно $\frac{4}{5}$ и $\frac{2}{3}$ от среднеобластного.

Число посещений детских врачей-стоматологов в расчете на одного врача также существенно различается между территориями в пределах области, однако диапазон его колебаний в данном случае суще-

Таблица 2

Число посещений врачей-стоматологов общей практики и врачей-стоматологов детских в муниципальных образованиях Иркутской области в 2023 г. в расчете на одного врача (в абс. ед.)

Муниципальные образования	Врачи-стоматологи общей практики		Врачи-стоматологи детские	
	посещений на 1 врача, абс. ед.	уровень от среднего по области, %	посещений на 1 врача, абс. ед.	уровень от среднего по области, %
г. Иркутск	2 450	91	4 580	100
г. Ангарск и район	17 738	662	4 467	98
г. Братск	4 419	165	6 744	147
г. Зима и район	—	—	3 287	72
г. Саянск	3 514	131	4 500	98
г. Свирск	—	—	4 474	98
г. Тулун и район	1 108	41	—	—
г. Усолье-Сибирское и район	2 160	81	4 857	106
г. Усть-Илимск и район	1 545	58	5 583	122
г. Черемхово и район	1 412	53	5 999	131
г. Шелехов и район	1 372	51	4 907	107
Аларский район	—	—	5 388	118
Бодайбинский район	3 487	130	—	—
Братский район	6 117	228	—	—
Жигаловский район	2 538	95	—	—
Иркутский район	568	21	1 190	26
Казачинско-Ленский район	3 415	128	—	—
Катангский район	—	—	832	18
Качугский район	12 158	454	—	—
Киренский район	7 044	263	—	—
Куйтунский район	3 564	133	—	—
Нижнеилимский район	795	30	—	—
Нижнеудинский район	—	—	5 769	126
Осинский район	2 979	111	1 258	27
Слюдянский район	4 079	152	3 572	78
Тайшетский район	—	—	5 049	110
Усть-Кутский район	264	10	9 439	206
Усть-Удинский район	5 368	200	—	—
Эхирит-Булагатский район	4 213	157	—	—
Областные организации	2 078	78	3 915	86
Федеральные организации	1 747	65	—	—
Иркутская область	2 678	100	4 577	100

Примечание. Здесь и в табл. 3, 6 прочерк — врачи-стоматологи соответствующей специальности отсутствуют

ственно ниже, он составляет примерно 20-200% от среднего по области. Врачей-стоматологов детских нет в государственных медицинских организациях г. Тулуна и 18 районов Иркутской области, а также в медицинских организациях федерального подчинения.

Нагрузка врачей-стоматологов-терапевтов, выраженная в числе посещений на одного врача данной специальности, представленная в табл. 3, демонстрирует значительный разброс, сопоставимый с таковым у врачей-стоматологов общей практики. Уровень нагрузки стоматологов-терапевтов в процентном выражении от среднего достигает 400% в Нукутском районе области. Обращает на себя внимание, что низкая нагрузка стоматологов-терапевтов выявляется в тех районах, где она является высокой у стоматологов общей практики, в частности в г. Ангарске, Качугском и Братском районах. Врачей-стоматологов-терапевтов нет в 12 районах Иркутской области. Как и у представителей других специальностей врачей-стоматологов, нагрузка стоматологов-терапевтов, работающих в областных и федеральных медицинских организациях, в расчете

на одного врача ниже, чем в среднем по области, являясь наименьшей в медицинских организациях федерального подчинения.

Врачи-стоматологи-хирурги, чья нагрузка также представлена в табл. 3, имеют в среднем более высокую нагрузку, чем стоматологи-терапевты (порядка 3,5 тыс. посещений на одного врача в год против 2 тыс. у стоматологов-хирургов). Разброс числа посещений к ним в расчете на одного специалиста колеблется примерно в диапазоне 10—200% от среднего областного. Однако, в отличие от других врачей-стоматологов, эти врачи выполняют достаточно высокую нагрузку в областных медицинских организациях, оказывающих стоматологическую помощь населению (более 200% от средней по области). Врачи-стоматологи-хирурги отсутствуют в двух городах области — Свирске и Шелехове, а также в 16 ее районах.

Нами также были рассчитаны объемы нагрузки, выполненной врачами-стоматологами-ортопедами (табл. 4) и врачами-ортодонтами (табл. 5), с использованием в качестве ее критериев соответственно числа изготовленных зубных протезов и числа лиц, получивших ортодонтическое лечение

Сравнивая нагрузку, выполненную стоматологами-ортопедами, необходимо отметить, что в значительном числе муниципальных образований обла-

Таблица 3

Число посещений врачей-стоматологов-терапевтов и врачей-стоматологов-хирургов в муниципальных образованиях Иркутской области в 2023 г. в расчете на одного врача

Муниципальные образования	Врачи-стоматологи-терапевты		Врачи-стоматологи-хирурги	
	посещений на 1 врача, абс. ед.	уровень от среднего по области, %	посещений на 1 врача, абс. ед.	уровень от среднего по области, %
г. Иркутск	1 722	83	3 414	93
г. Ангарск и район	566	27	4 811	132
г. Братск	3 577	172	5 162	141
г. Зима и район	2 713	130	4 303	118
г. Саянск	3 794	182	5 239	143
г. Свирск	2 224	107	—	—
г. Тулун и район	1 964	94	4 878	133
г. Усолье-Сибирское и район	2 340	112	4 655	127
г. Усть-Илимск и район	2 310	111	2 095	57
г. Черемхово и район	5 912	284	3 227	88
г. Шелехов и район	3 039	146	—	—
Аларский район	2 292	110	2 336	64
Баяндаевский район	1 099	53	—	—
Боханский район	3 515	169	—	—
Братский район	1 871	90	3 353	92
Заларинский район	3 165	152	5 579	153
Иркутский район	2 119	102	2 203	60
Качугский район	198	10	—	—
Нижнеилимский район	3 495	168	—	—
Нижнеудинский район	—	—	4 895	134
Нукутский район	8 399	403	1 341	37
Осинский район	1 309	63	2 571	70
Слюдянский район	2 555	123	453	12
Тайшетский район	2 966	142	4 911	134
Усть-Кутский район	3 078	148	6 984	191
Чунский район	1 942	93	4 480	123
Областные организации	1 723	83	8 503	233
Федеральные организации	1 212	58	1 216	33
Иркутская область	2 082	100	3 655	100

Т а б л и ц а 4

Нагрузка врачей-стоматологов-ортопедов в 2023 г. (число изготовленных зубных протезов в расчете на одного врача)

Муниципальные образования	Протезов на 1 врача, абс. ед.	Уровень от среднего по области, %	Муниципальные образования	Протезов на 1 врача, абс. ед.	Уровень от среднего по области, %
г. Иркутск	355	74	Заларинский район	640	133
г. Ангарск и район	112	23	Казачинско-Ленский район	178	37
г. Братск	648	135	Куйтунский район	195	41
г. Зима и район	371	77	Нижнеилимский район	1885	392
г. Саянск	639	133	Осинский район	55	11
г. Свирск	78	16	Тайшетский район	304	63
г. Усолье-Сибирское и район	1 012	210	Усть-Кутский район	90	19
г. Усть-Илимск и район	369	77	Областные организации	601	125
г. Черемхово и район	105	22	Федеральные организации	198	41
г. Шелехов	413	86			
Бодайбинский район	82	17	Иркутская область	481	

сти данные специалисты отсутствуют (г. Тулун и 19 административных районов). Среди тех городов и районов, где есть стоматологи-ортопеды, доля изготовленных зубных протезов в расчете на одного врача, рассчитанная в процентном отношении от среднего по области, в 2023 г. составляла от 11 до 392%. Выше среднеобластного был уровень показателя в областных медицинских организациях. В то же время в организациях федерального подчинения он составил лишь порядка 40% от среднеобластного уровня.

Врачи-ортодонт, работающие в медицинских организациях государственной системы здравоохранения, оказались самой немногочисленной когортой специалистов стоматологического профиля. Они осуществляют прием пациентов только в 6 городах и 4 административных муниципальных районах Иркутской области. При среднем для области числе лиц, получивших ортодонтическое лечение, в расчете на одного врача-ортодонта около 620, диапазон выраженного в процентах уровня данного показателя от среднего по области в муниципальных образованиях составил от 14 до 218%, имея, таким образом, разброс показателя меньший, чем у стоматологов-ортопедов, и сопоставимый со стоматологами-хирургами.

Анализируя структуру нагрузки тех врачей стоматологического профиля, нагрузка которых измеряется в числе посещений, нами был определен удельный вес посещений к ним в связи с заболеваниями (табл. 6).

Из табл. 6 видно, что средний по области удельный вес посещений врачей-стоматологов, выполненных по поводу заболеваний, неодинаков у представителей разных специальностей. Закономерно максимальным является он у стоматологов-хирургов, превышая 90%. На втором месте — стоматологи-

ги-терапевты, у них 4 из 5 посещений проводятся с лечебной целью. Далее следуют стоматологи общей практики, у которых с лечебной целью выполняется 2 из 3 посещений. Меньше всего посещений по поводу заболеваний и больше посещений с профилактической целью у детских стоматологов (примерно половина), что также является закономерным.

Весьма существенно различается удельный вес, приходящийся на посещения по поводу заболеваний, между муниципальными образованиями рассматриваемого региона. У стоматологов общей практики уровень анализируемого показателя в 8 муниципальных образованиях, включая города Иркутск, Тулун и Усолье-Сибирское, превышает 80%. Еще в 8 муниципальных образованиях, куда относятся города Ангарск, Шелехов и Саянск, показатель, напротив, ниже 50%, т. е. более половины посещений врачей-стоматологов осуществляется с профилактической целью. Однако только с лечебной целью осуществляются посещения данных специалистов в медицинских организациях федерального подчинения и почти исключительно — в областных медицинских организациях.

У врачей-стоматологов-терапевтов более высокий уровень рассматриваемого показателя в городах (в 7 из 11 городов — более 80%). Удельный вес посещений с лечебной целью, выполняемых в федеральных и областных медицинских организациях, у представителей данной специальности также весьма высок.

Врачи-стоматологи-хирурги, у которых доля посещений по поводу заболеваний составляет 100% в 14 муниципальных образованиях, тем не менее демонстрируют показатель ниже 50% (более половины посещений — с профилактической целью) в 3 районах области (Тулунский, Заларинский и Баяндаевский) и г. Тулуне.

Т а б л и ц а 5

Нагрузка врачей-ортодонт в 2023 г. (число лиц, получивших ортодонтическое лечение, в расчете на одного врача)

Муниципальные образования	Число получивших лечение, на 1 врача, абс. ед.	Уровень от среднего по области, %	Муниципальные образования	Число получивших лечение, на 1 врача, абс. ед.	Уровень от среднего по области, %
г. Иркутск	939	152	г. Усть-Илимск и район	88	14
г. Ангарск	123	20	Нижнеилимский район	1 350	218
г. Братск	398	64	Нижнеудинский район	1 261	204
г. Саянск	931	150	Областные организации	324	52
г. Усолье-Сибирское и район	127	21	Иркутская область	619	

Таблица 6

Удельный вес посещений врачей-стоматологов, выполненных по поводу заболеваний, в муниципальных образованиях Иркутской области в 2023 г. (в %)

Муниципальные образования	Стоматологи общей практики	Стоматологи-терапевты	Стоматологи-хирурги	Стоматологи детские
г. Иркутск	81,9	85,5	99,9	57,2
г. Ангарск и район	29,2	100	100	44,7
г. Братск	67,8	81,8	100	28,2
г. Зима и район	—	81,6	95,8	51,1
г. Саянск	36,9	90,7	99,5	77,9
г. Свирск	—	74,8	—	33,5
г. Тулун и район	93,5	70,9	42,2	—
г. Усолье-Сибирское и район	89,5	99,0	100	80,4
г. Усть-Илимск и район	78,4	53,6	100	71,5
г. Черемхово и район	67,8	100	100	100
г. Шелехов и район	43,9	53,0	100	26,3
Аларский район	—	47,4	100	16,0
Балаганский район	87,7	—	—	—
Баяндаевский район	—	57,2	48,4	51,8
Бодайбинский район	47,7	—	—	—
Боханский район	—	58,5	100	78,2
Братский район	46,9	44,8	52,4	27,2
Жигаловский район	79,9	—	—	—
Заларинский район	—	50,8	44,6	—
Иркутский район	77,2	62,0	100	35,6
Казачинско-Ленский район	44,2	—	—	—
Катангский район	—	43,4	—	58,2
Качугский район	26,7	65,8	100	—
Киренский район	73,5	—	—	—
Куйтунский район	59,3	—	—	—
Нижеилимский район	80,1	58,7	100	99,4
Нижеудинский район	—	—	97,2	96,8
Нукутский район	—	60,0	100	—
Ольхонский район	100	—	—	54,2
Осинский район	52,0	62,0	100	59,8
Слюдянский район	83,6	37,8	96,3	75,4
Тайшетский район	—	74,8	89,0	63,8
Усть-Кутский район	89,5	36,0	100	17,4
Усть-Удинский район	45,8	—	—	—
Чунский район	—	81,0	62,1	—
Областные организации	95,4	94,8	89,8	77,9
Федеральные организации	100	88,7	100	—
Иркутская область	67,7	79,6	94,3	54,0

Врачи-стоматологи детские, которые отсутствуют в г. Тулуне и 12 районах области, в 5 муниципальных образованиях формируют уровень показателя менее 30% (Аларский и Усть-Кутский районы — менее 18%), хотя в ряде муниципальных образований показатель является крайне высоким — в г. Черемхово и Черемховском районе, Нижнеилимском и Нижнеудинском районах он превышает 95% (лишь менее 5% посещений осуществляется с профилактической целью), что является крайне недостаточным для стоматологов, оказывающих помощь детскому населению.

Обсуждение

Хотя прямое сравнение нагрузки между представителями различных специальностей врачей-стоматологов, основываясь исключительно на числе посещений к данным специалистам, некорректно в силу разного объема выполняемых ими трудозатрат, проведенное нами исследование позволило не только количественно оценить объемы посещений врачей-стоматологов, но и определить ранговые места по данному критерию, первые из которых в 2023 г. принадлежали врачам-стоматоло-

гам-терапевтам и детским стоматологам (см. рисунок).

Определение числа посещений в расчете на одного врача наряду с оценкой динамики данного и вышеуказанного показателей позволило установить разный темп прироста рассматриваемых показателей, в ряде случаев имеющий противоположную направленность, что обусловлено различной динамикой численности соответствующих специалистов. Так, у детских врачей-стоматологов на фоне снижения общего числа посещений за 2019—2023 гг. нагрузка на одного врача возросла более чем на 20%. У стоматологов-терапевтов за данный период нагрузка на одного врача выросла на 10%, при том что общее число посещений сократилось почти на 7%. Нами также выявлено существенное, почти на $\frac{1}{3}$, снижение общего числа изготовленных зубных протезов, косвенно характеризующее нагрузку врачей стоматологов-ортопедов (на 29,0%), совпадающее со снижением данного показателя в расчете на одного врача почти на 18% (см. табл. 1).

К важным результатам настоящего исследования относится выявление весьма значительного разброса в числе посещений (в расчете на одного врача) стоматологов основных специальностей у населения муниципальных образований Иркутской области. По величине данного разброса врачебные стоматологические специальности отчетливо разделились на две группы. В первой из них выраженный в процентах от среднего по области разброс составляет примерно от 10 до 400—650% (врачи-стоматологи общей практики, стоматологи-терапевты). Во второй группе он составляет примерно от 10—20 до 200% (врачи-стоматологи детские и стоматологи-хирурги). Характерно, что нагрузка и тех врачей-стоматологов, у которых она измеряется не в посещениях, демонстрирует сходный диапазон разброса: у стоматологов-ортопедов он составляет примерно от 10 до 400%, у врачей-ортодонтот — примерно от 15 до 220%.

В ряде случаев причины, обуславливающие уровень данного показателя на конкретной территории, очевидны. Низкая нагрузка стоматологов общей практики и детских стоматологов в Иркутском районе обусловлена оттоком пациентов в областной центр, г. Иркутск. Высокие показатели нагрузки стоматологов в промышленных городах области, особенно в г. Ангарске, обусловлены наличием там факторов, негативно влияющих на здоровье зубочелюстной системы из-за неблагоприятной экологической обстановки. Также обращает на себя внимание, что низкая нагрузка стоматологов-терапевтов выявляется в тех районах, где она является высокой у стоматологов общей практики, в частности в г. Ангарске, Качугском и Братском районах области.

В целом сложившаяся ситуация, свидетельствующая о наличии значительных различий в уровне нагрузки врачей стоматологического профиля, не может не отражаться на качестве стоматологических услуг, предоставляемых населению, увеличивает риск развития профессионального выгорания у врачей, работающих с перегрузкой.

Еще одно неблагоприятное явление, отмеченное в ходе настоящего исследования, — значительная разница в числе посещений, выполняемых с лечебной и с профилактической целью, между изученными территориями внутри региона исследования. При этом в ряде из них выявляется крайне низкий удельный вес профилактических посещений. У стоматологов общей практики в крупных городах области, включая города Иркутск, Тулун и Усолье-Сибирское, доля посещений с целью профилактики ниже 20%. Особенно неблагоприятным явлением стал обнаруженный нами низкий удельный вес профилактических посещений у стоматологов, оказывающих помощь детскому населению.

Заключение

Проведенное исследование, являющееся частью более масштабных изысканий в сфере организации стоматологической помощи населению в современных условиях, позволило впервые оценить нагрузку, выполняемую врачами-стоматологами крупного региона, с различных позиций — оценивая объемы посещений в целом и в расчете на одного специалиста, динамику выполненной врачами нагрузки, ее структуру. Это позволило выявить наличие ряда серьезных проблем в данной сфере, в числе которых — высокая нагрузка представителей различных стоматологических специальностей на территории большого числа муниципальных образований, а также дисгармоничная структура нагрузки с низким удельным весом профилактических посещений, что не только приводит к проблемам в сфере организации стоматологической помощи, но и негативно отражается на здоровье обслуживаемых стоматологами контингентов населения. Выявленные проблемы требуют решений, разработка которых в любом случае должна опираться на результаты подобных масштабных и углубленных исследований в данной сфере.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Симакова А. А., Сухановская А. В., Горбатова М. А., Гржибовский А. М. Взаимосвязь зубочелюстных аномалий с сердечно-сосудистыми заболеваниями. *Актуальные проблемы медицины*. 2024;47(3):336—47.
2. Драчев С. Н., Попов В. А., Симакова А. А., Горбатова М. А., Кудрявцев А. В., Шагров Л. Л., Попова Д. А., Гржибовский А. М., Концевая А. В., Юшманова Т. Н., Горбатова Л. Н. Оценка стоматологического здоровья участников исследования «Эпидемиология сердечно-сосудистых заболеваний в регионах Российской Федерации. Третье обследование» в Архангельской области: профиль исследования. *Экология человека*. 2022;29(7):513—26.
3. Bouzid F., Gtif I., Alfadhli S., Charfeddine S., Ghorbel W., Abdelhédi R., Benmarzoug R., Abid L., Bouayed Abdelmoula N., Elloumi I., Masmoudi S., Rebai A., Kharrat N. A potential oral microbiome signature associated with coronary artery disease in Tunisia. *Bioscience Reports*. 2022;42(7):1—16.
4. Галиуллин А. Н., Якимова Ю. Ю., Вавилова Е. А., Хадыева М. Н., Хайруллина Н. Б. Оценка влияния медико-организационных факторов на удовлетворенность качеством стоматологической помощи. *Общественное здоровье и здравоохранение*. 2024;(2):54—64.

5. Никогосян А. Н., Белас В. И., Чукина К. Р., Тимченко Н. С. Информированность студентов медицинского вуза о мерах по профилактике заболеваний зубочелюстной системы (по результатам социологического опроса). *Scientist*. 2023;2(24):168—78.
6. Киселева Е. А., Сергеева М. В., Иванова О. П., Те Е. А., Киселев Д. С., Запорожец Н. К., Киселева К. С., Те И. А., Черненко С. В., Гарафутдинов Д. М. Современные особенности зубочелюстной системы у юношей и девушек в Кемеровской области. *Медицина в Кузбассе*. 2024;(4):16—22.
7. Гайдаров Г. М., Макаров С. В., Лифляндер-Пачерских А. А. Анализ врачебного кадрового потенциала стоматологической службы субъекта РФ с учетом ее частного сектора. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2024;32(4):848—54.
8. Гайдаров Г. М., Макаров С. В., Лифляндер-Пачерских А. А. Сравнительный анализ соответствия нормативной и фактической численности врачей-стоматологов с учетом частных медицинских организаций. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2024;32(6):1370—5.
9. Коврова Е. Е., Рикхтер А. А. Распространенность синдрома профессионального эмоционального выгорания среди врачей стоматологов. *Scientist*. 2022;22(4):24—6.
10. Аксенова Е. И., Бобкова Т. В., Вешкурова А. Б., Лукьянова Р. Р., Шапиро С. А. Влияние синдрома эмоционального выгорания на эффективность труда врачей-стоматологов. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2021;29(5):1144—51.

Поступила 02.09.2024
Принята в печать 30.10.2024

REFERENCES

1. Simakova A. A., Suhanovskaya A. V., Gorbatova M. A., Grjibovskiy A. M. Associations between dental anomalies and cardiovascular diseases. *Aktual'nye problemy meditsiny*. 2024;47(3):336—47 (in Russian).
2. Drachev S. N., Popov V. A., Simakova A. A., Gorbatova M. A., Kudryavtsev A. V., Shagrov L. L., Popova D. A., Grzhibovskiy A. M., Kontsevaya A. V., Yushmanova T. N., Gorbatova L. N. Assessment of the dental health of participants in the study «Epidemiology of cardiovascular diseases in the regions of the Russian Federation. Third survey» in the Arkhangelsk region: research profile. *Ekologiya cheloveka*. 2022;29(7):513—26 (in Russian).
3. Bouzid F., Gtif I., Alfadhli S., Charfeddine S., Ghorbel W., Abdelhédi R., Benmarzoug R., Abid L., Bouayed Abdelmoula N., Elloumi I., Masmoudi S., Rebai A., Kharrat N. A potential oral microbiome signature associated with coronary artery disease in Tunisia. *Bioscience Reports*. 2022;42(7):1—16.
4. Galiullin A. N., Yakimova Yu. Yu., Vavilova E. A., Khadyeva M. N., Khairullina N. B. Assessment of the impact of medical and organizational factors on satisfaction with the quality of dental care. *Obshchestvennoe zdorov'e i zdavookhranenie*. 2024;(2):54—64 (in Russian).
5. Nikogosyan A. N., Belas V. I., Chukina K. R., Timchenko N. S. Awareness of medical university students about measures to prevent diseases of the dental system (based on the results of a sociological survey). *Scientist*. 2023;2(24):168—78 (in Russian).
6. Kiseleva E. A., Sergeeva M. V., Ivanova O. P., Te E. A., Kiselev D. S., Zaporozhets N. K., Kiseleva K. S., Te I. A., Chernenko S. V., Garafuldinov D. M. Modern features of the dental system in boys and girls in the Kemerovo region. *Meditsina v Kuzbasse*. 2024;(4):16—22 (in Russian).
7. Gaydarov G. M., Makarov S. V., Liflyander-Pacherskikh A. A. The analysis of medical personnel potential of stomatological service of the Subject of the Russian Federation considering its private sector. *Problemy socialnoi gigieny, zdavookhraneniya i istorii meditsiny*. 2024;32(4):848—54 (in Russian).
8. Gaydarov G. M., Makarov S. V., Liflyander-Pacherskikh A. A. The comparative analysis of correspondence of normative and factual number of stomatologists considering private medical organizations. *Problemy sotsialnoi gigieny, zdavookhraneniya i istorii meditsiny*. 2024;32(6):1370—5 (in Russian).
9. Kovrova E. E., Rikhter A. A. Prevalence of professional burnout syndrome among dentists. *Scientist*. 2022;22(4):24—6 (in Russian).
10. Aksenova E. I., Bobkova T. V., Veshкурова A. B., Lukyanova R. R., Shapiro S. A. The influence of emotional burnout syndrome on the work efficiency of dentists. *Problemy sotsial'noy gigieny, zdavookhraneniya i istorii meditsiny*. 2021;29(5):1144—51 (in Russian).

Воробьев М. В.¹, Миронов Р. А.²

ОБЕСПЕЧЕННОСТЬ ВРАЧАМИ-СТОМАТОЛОГАМИ ДЕТСКИМИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ (2012—2023 гг.)

¹ФГБОУ ВО «Ивановский государственный медицинский университет» Минздрава России, 153012, г. Иваново;²ООО «Миронов А. А.», 153048, г. Иваново

Сохранение стоматологического здоровья требует соблюдения гигиенических норм и своевременности лечебно-профилактической помощи, а для обеспечения ее доступности — адекватной обеспеченности врачами-специалистами, поскольку здоровье детского населения является одним из важных показателей организации здравоохранения и демографического благополучия.

Целью исследования явилось изучение основных тенденций в динамике обеспеченности врачами-стоматологами детскими в субъектах Российской Федерации. Изучены данные официального статистического наблюдения по обеспеченности врачами-стоматологами детскими (с 2012 по 2023 г.) с применением аналитического, статистического методов и описательной статистики.

Результаты исследования показали, что в период с 2012 по 2023 г. в России обеспеченность врачами-стоматологами детскими уменьшилась на 17,9%. В 50 субъектах страны (в 2012 г. — в 59 субъектах) обеспеченность специалистами в 2023 г. стала ниже среднероссийского уровня, в остальных была выше, чем по стране в целом, особенно в Чукотском автономном округе (в 3,7 раза), Республике Кабардино-Балкарии (в 3 раза) и Ненецком автономном округе (в 2,8 раза). В 2023 г. наиболее высокая обеспеченность специалистами установлена в Чукотском автономном округе, Республике Кабардино-Балкарии, Ненецком автономном округе, Воронежской области и г. Санкт-Петербурге.

Результаты исследования обеспеченности врачами-стоматологами детскими в России с 2012 по 2023 г. показали, что в большинстве федеральных округов прослеживается отрицательная динамика. Прогнозная оценка выявила возможность дальнейшего снижения показателя, несмотря на стабилизацию ситуации и рост обеспеченности специалистами в отдельных субъектах страны.

Ключевые слова: врачи-стоматологи детские; дети; обеспеченность; динамика; субъекты.

Для цитирования: Воробьев М. В., Миронов Р. А. Обеспеченность врачами-стоматологами детскими в Российской Федерации (2012—2023 гг.). Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2025;33(4):574—578. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2025-33-4-574-578>

Для корреспонденции: Воробьев Михаил Викторович, д-р мед. наук, доцент, зав. кафедрой стоматологии № 2 ФГБОУ ВО «Ивановский государственный медицинский университет» Минздрава России, e-mail: ivanovovita@mail.ru

Vorobiev M. V.¹, Mironov R. A.²

THE PROVISION WITH CHILDREN STOMATOLOGISTS IN THE RUSSIAN FEDERATION IN 2012–2023

¹The Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The Ivanovo State Medical University” of the Minzdrav of Russia, 153012, Ivanovo, Russia;²The Society with Limited Liability “Mironov A. A.”, 153048, Ivanovo, Russia

The preservation of dental health requires keeping the hygienic norms and timeliness of therapeutic and preventive care. To ensure availability of this care adequate supply of medical specialists is needed since health of the children population is one of important indicators of health care organization and demographic well-being.

The purpose of the study was to examine main trends in dynamics of provision with pediatric dentists in the Subjects of the Russian Federation. The data of official statistical monitoring of provision with pediatric dentists in 2012–2023 was studied using analytical and statistical methods and descriptive statistics technique.

The results of the study demonstrated that in Russia, in 2012–2023 the provision of pediatric dentists decreased up to 17.9%. In 2023, the 50 Subjects of the Russian Federation (in 2012 — 59 Subjects) were characterized by provision with specialists being lower than the national average level. In other Subjects level of provision was higher than the national level, especially in the Chukotka Autonomous Okrug (by 3.7 times), the Republic of Kabardino-Balkaria (by 3 times) and the Nenets Autonomous Region (by 2.8 times). In 2023, the highest provision with specialists was fixed in the Chukotka Autonomous Okrug, the Republic of Kabardino-Balkaria, the Nenets Autonomous Okrug, the Voronezh Oblast and St. Petersburg.

The results of the study of provision with pediatric dentists in Russia in 2012–2023 demonstrated that negative dynamics are traced in most Federal Okrug. The prognostic assessment revealed possibility for further decreasing of indicator, despite stabilization of situation and increasing of provision with specialists in particular Subjects of the Russian Federation.

Key words: pediatric dentist; children; provision; dynamics; the Subject of the Russian Federation.

For citation: Vorobiev M. V., Mironov R. A. The provision with children stomatologists in the Russian Federation in 2012–2023. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2025;33(4):574–578 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2025-33-4-574-578>

For correspondence: Vorobiev M. V., doctor of medical sciences, associate professor, the Head of the Chair of Stomatology № 2 of the Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The Ivanovo State Medical University” of the Minzdrav of Russia. e-mail: ivanovovita@mail.ru

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support.

Received 07.09.2024

Accepted 30.10.2024

Введение

Стоматологическая помощь на протяжении многих лет остается наиболее востребованной и наиболее приоритетной [1—4]. Для сохранения стоматологического здоровья важное значение имеют соблюдение гигиенических требований и своевременная организация лечебно-профилактической помощи, что особенно важно начинать с детского возраста, поскольку принято считать, что полость рта является «зеркалом» желудочно-кишечного тракта, а ее состояние может послужить фактором риска развития болезней желудочно-кишечного тракта [5, 6]. Вместе с тем известно, что стоматологическое здоровье позволяет повысить качество жизни пациентов, а это важно не только для пожилых людей, поскольку кариес и связанные с ним болевые ощущения могут развиваться в любом возрасте [7]. Следовательно, сохранение стоматологического здоровья в детском возрасте является одним из важных показателей организации здравоохранения и демографического благополучия в обществе.

Система оказания медицинской помощи и ее модернизация в современных условиях представляет собой одну из важных проблем в организации здравоохранения, что особенно касается обеспечения доступности и качества [8]. Анализ обеспеченности и укомплектованности медицинских организаций врачами кадрами представляет высокую актуальность, поскольку дает возможность оценить потребность населения в медицинской помощи по профилю «стоматология» [9].

Цель исследования — изучить основные тенденции в динамике обеспеченности врачами-стоматологами детскими в субъектах Российской Федерации.

Материалы и методы

Проведен анализ обеспеченности государственных медицинских организаций врачами-стоматологами детскими для оказания медицинской помощи детскому населению по профилю «стоматология» в Российской Федерации за период с 2012 по 2023 г. Изучены данные официального статистического наблюдения по обеспеченности врачами-стоматологами детскими в Российской Федерации за этот период. В работе использованы аналитический и статисти-

стический методы исследования, для расчета показателей — электронные таблицы MSOffice Excel 2016.

Результаты исследования

Среднероссийский показатель обеспеченности врачами-стоматологами детскими в Российской Федерации за первые 10 лет исследуемого периода уменьшился на 13,7% (с 1,68⁰/₀₀₀ в 2012 г. до 1,45⁰/₀₀₀ в 2021 г.), за весь исследуемый период произошло снижение на 17,9% (с 1,68⁰/₀₀₀ в 2012 г. до 1,38⁰/₀₀₀ в 2023 г.).

Вместе с тем во всех федеральных округах, за исключением Северо-Кавказского и Дальневосточного, показатель обеспеченности врачами-стоматологами детскими имел тенденцию к снижению. Следует отметить, что в начале исследуемого периода (в 2012 г.) наименьший уровень обеспеченности зарегистрирован в Уральском федеральном округе, где динамика показателя характеризовалась отрицательным трендом со снижением обеспеченности специалистами данного профиля за первые 10 лет исследуемого периода (2021) до 0,79⁰/₀₀₀, а за весь исследуемый период (2012—2023) — снижением на 21,4% (см. таблицу).

Наиболее высокий уровень обеспеченности врачами этой специальности в 2012 г. зарегистрирован в Северо-Западном и Сибирском федеральных округах (2,01 на 10 тыс. населения), где к 2021 г. ситуация по обеспеченности ухудшилась на 9,5 и 21,4% соответственно, за весь исследуемый период (2012—2023) — на 8,0 и 27,4% соответственно.

Данные таблицы демонстрируют, что с 2012 по 2021 г. наиболее выраженное снижение показателя обеспеченности детского населения специалистами данного профиля произошло в Центральном (на 24,1%), Уральском (на 23,3%) и Сибирском (на 21,4%) федеральных округах Российской Федерации, а за весь исследуемый период — в Центральном (на 30,9%), Уральском (на 21,4%) и Сибирском (на 27,4%) федеральных округах (см. таблицу).

Ранжирование субъектов Российской Федерации по уровню обеспеченности врачами-стоматологами детскими за период 2012—2023 гг. показало, что в начале и за 10 лет исследуемого периода лидирующую позицию занимали Чукотский и Ненецкий автономные округа, Воронежская и Волгоградская об-

Обеспеченность врачами-стоматологами детскими в Российской Федерации в период с 2012 по 2023 г. (на 10 тыс. населения, темпы прироста/убыли в %)

Федеральные округа Российской Федерации	Год										Темп прироста/убы- ли 2021/2012 гг., %	Год		Темп прироста/убы- ли 2023/2012 гг., %
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021		2022	2023	
Российская Федерация	1,68	1,64	1,54	1,53	1,54	1,51	1,5	1,52	1,49	1,45	−13,7	1,41	1,38	−17,9
Центральный	1,91	1,88	1,71	1,69	1,58	1,52	1,5	1,53	1,48	1,45	−24,1	1,35	1,32	−30,9
Северо-Западный	2,01	1,95	1,88	1,85	1,87	1,83	1,84	1,85	1,84	1,82	−9,5	1,88	1,85	−8,0
Южный	1,91	1,89	1,81	1,76	1,79	1,73	1,72	1,71	1,63	1,59	−16,8	1,45	1,39	−27,2
Северо-Кавказский	1,33	1,2	1,2	1,22	1,38	1,4	1,57	1,62	1,69	1,80	35,3	1,80	1,74	30,8
Приволжский	1,48	1,41	1,3	1,3	1,31	1,33	1,29	1,34	1,33	1,29	−12,8	1,20	1,26	−14,9
Уральский	1,03	1,05	0,96	0,95	0,97	0,83	0,84	0,83	0,81	0,79	−23,3	0,79	0,81	−21,4
Сибирский	2,01	1,98	1,79	1,79	1,87	1,87	1,82	1,75	1,70	1,58	−21,4	1,53	1,46	−27,4
Дальневосточный	1,21	1,23	1,27	1,29	1,31	1,36	1,47	1,47	1,42	1,26	4,1	1,34	1,30	7,4

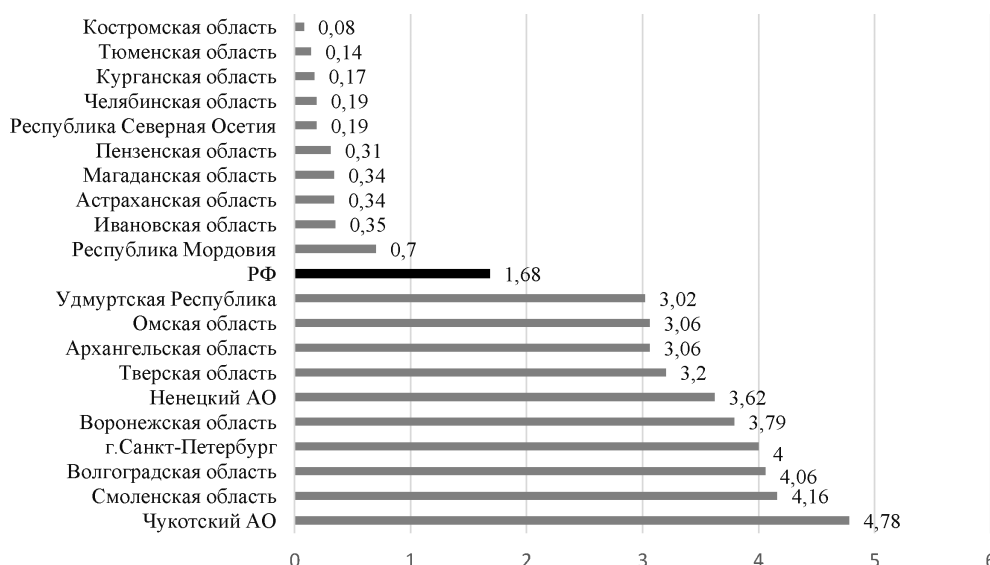


Рис. 1. Ранжирование субъектов Российской Федерации по обеспеченности детского населения врачами-стоматологами детскими в 2012 г. (на 10 тыс. детского населения).

АО — автономный округ.

ласти, г. Санкт-Петербург, а в конце ее заняли Чукотский автономный округ, Республика Кабардино-Балкария, Ненецкий автономный округ, Воронежская область и г. Санкт-Петербург (рис. 1).

Вместе с тем в начале исследуемого периода (2012) в ранговой таблице обеспеченности детского населения врачами-стоматологами детскими наиболее близкие значения к среднероссийскому показателю были в четырех субъектах Российской Федерации: Кемеровской области (1,79 на 10 тыс. детского населения), Свердловской области (1,64 на 10 тыс. детского населения), Республике Башкортостан (1,62 на 10 тыс. детского населения) и Республике Саха (Якутия) (1,61 на 10 тыс. детского населения).

Превышение среднероссийского показателя по обеспеченности медицинских организаций врачами-стоматологами детскими в 2012 г. установлено в Чукотском автономном округе (в 2,8 раза), Смоленской и Волгоградской областях (более чем в 2,4 раза), г. Санкт-Петербурге (в 2,38 раза), Воронежской области (в 2,2 раза), Ненецком автономном округе (в 2,1 раза). В Тверской, Архангельской Омской областях, г. Москве, Новосибирской области, Камчатском крае, Иркутской области, Республике Калмыкия, Ставропольском крае, Чувашской Республике превышение этого показателя варьировало в диапазоне 1,5—1,9 раза.

К 2021 г. наиболее близкие к среднероссийскому значению показатели в ранговой таблице обеспеченности врачами-стоматологами детскими отмечены в трех субъектах, в число которых вошли республики Тыва (1,46 на 10 тыс. детского населения), Дагестан (1,45 на 10 тыс. детского населения) и Хакасия (1,4 на 10 тыс. детского населения), в 2023 г. — Челябинская область (0,32 на 10 тыс. детского населения).

В 2023 г. значительное превышение среднероссийского показателя обеспеченности врачами-сто-

матологами детскими зарегистрировано в Чукотском автономном округе (в 3,7 раза), Кабардино-Балкарской Республике (в 3,0 раза), Ненецком автономном округе (в 2,8 раза), Воронежской области и г. Санкт-Петербурге (в 2,4 раза), Волгоградской области (в 2,1 раза). В Чувашской Республике (в 2,2 раза), Сахалинской области (в 1,7 раза), Камчатском крае (в 1,6 раза), Ямало-Ненецком автономном округе (в 1,6 раза), Ставропольском крае, Республике Алтай, Иркутской области, Удмуртской Республике, Республике Калмыкия и Омской области оно варьировало в пределах 1,4—1,5 раза.

Наиболее низкая обеспеченность врачами-стоматологами детскими в 2012 и 2021 гг. зарегистрирована в Костромской (0,08 на 10 тыс. детского населения), Ярославской и Новгородской областях, Республике Мордовия, Астраханской области, Республике Северная Осетия — Алания, Челябинской, Курганской, Тюменской и Костромской областях, где значения показателей были ниже среднероссийского уровня от 1,5 до 2 раз в 2012 и 2021 г. В конце анализируемого периода (2023) наиболее низкая обеспеченность врачами-стоматологами детскими наблюдалась в Ярославской, Костромской, Томской, Курганской и Новгородской областях (рис. 2).

Сравнительный анализ обеспеченности врачами-стоматологами детскими в субъектах и в Российской Федерации в целом показал, что в 2012 г. превышение среднероссийского уровня имело место в 26 субъектах, а в 59 субъектах обеспеченность врачами данной специальности была ниже среднероссийского значения. При этом к 2021 г. число субъектов, где показатель обеспеченности превысил среднероссийский уровень, достигло 34, со значением ниже среднероссийского уровня — 50 субъектов, в одном субъекте показатель был на среднероссийском уровне.

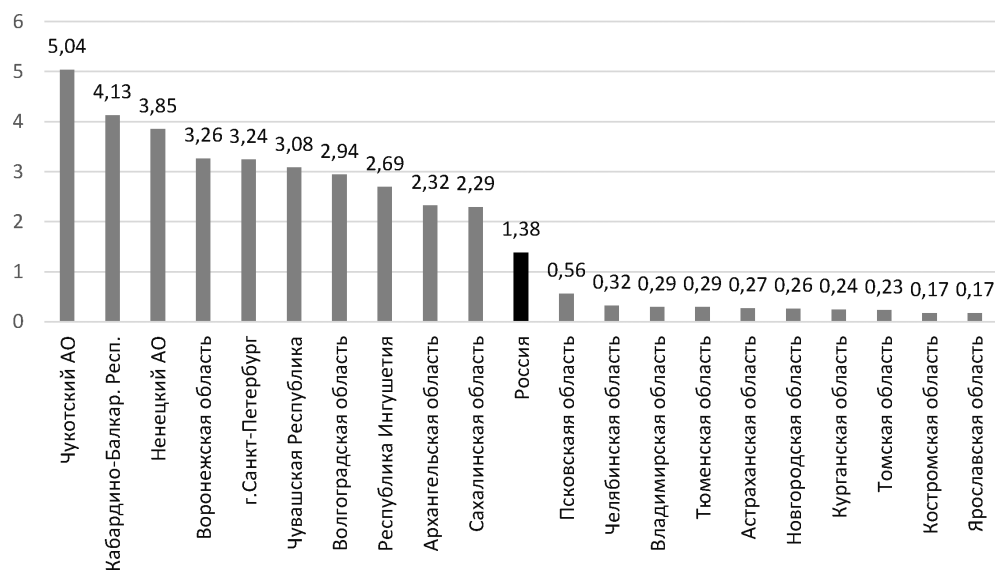


Рис. 2. Ранжирование субъектов Российской Федерации по обеспеченности врачами-стоматологами детскими в 2023 г. (на 10 тыс. детского населения).

В 2023 г. относительно предыдущего года обеспеченность врачами-стоматологами детскими в целом по Российской Федерации уменьшилась на 2,1%, показатель уменьшился практически во всех федеральных округах, за исключением Уральского, где в 2023 г. относительно предыдущего года произошел рост обеспеченности специалистами на 2,5%. Наибольшее снижение показателя произошло в Сибирском (на 4,6%) и Южном (на 4,1%) федеральных округах. За аналогичный период обеспеченность врачами-стоматологами детскими уменьшилась в 47 субъектах Российской Федерации, особенно в Томской (на 36,2%), Костромской (на 32,0%) областях, Республике Калмыкия (на 29,6%), Хабаровском крае (на 26,8%), Астраханской области (на 25,0%) и г. Севастополе (на 21,1%).

В 9 субъектах Российской Федерации в 2023 г. ситуация с обеспеченностью врачами исследуемой специальности относительно предыдущего года стабилизировалась, в том числе в Ненецком автономном округе (на уровне 3,85 на 10 тыс. детского насе-

ления), Сахалинской области (на уровне 2,29 на 10 тыс. детского населения), Республике Алтай (на уровне 2,05 на 10 тыс. детского населения), Еврейской автономной области (на уровне 1,21 на 10 тыс. детского населения), Калужской (на уровне 1,05 на 10 тыс. детского населения), Ленинградской (на уровне 0,97 на 10 тыс. детского населения), Тюменской (на уровне 0,29 на 10 тыс. детского населения), Новгородской (на уровне 0,26 на 10 тыс. детского населения) и Курганской (на уровне 0,24 на 10 тыс. детского населения) областях.

В остальных 29 субъектах страны показатель обеспеченности врачами-стоматологами детскими вырос, особенно в Ивановской (на 45,2%) и Тульской (на 37,8%) областях, Республике Мордовия (на 34,0%), Магаданской области (на 33,0%), Республике Марий Эл (22,6%), Тамбовской области (20,9%) и Чукотском автономном округе (на 20,0%).

При этом прогнозная оценка ситуации по обеспеченности детского населения врачами данной специальности свидетельствует ($R^2=0,8781$) о возможном снижении показателя (рис. 3).

Обсуждение

Существует много публикаций, посвященных изучению состояния стоматологического здоровья у лиц старше трудоспособного возраста и его влияния на качество жизни пациентов [10, 11]. Однако данная проблема присутствует и в детском возрасте, хотя на сегодняшний день описано недостаточно проблем, связанных, например, с гигиеной либо неправильным развитием зубных рядов, а также потребности в специалистах для

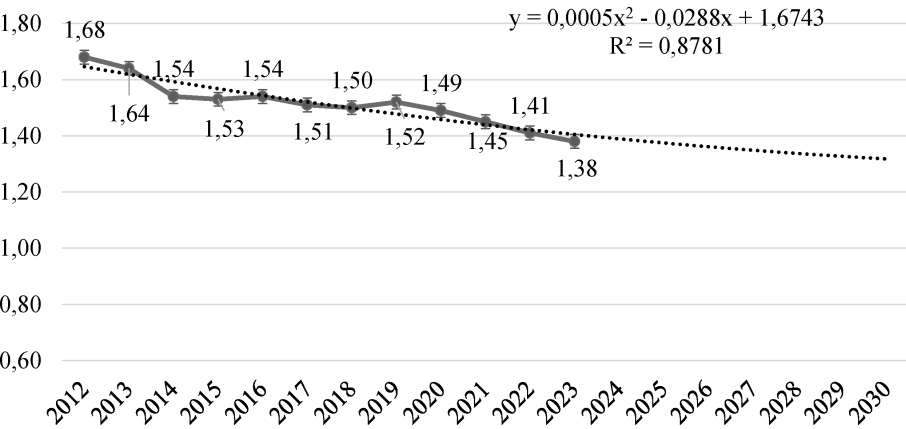


Рис. 3. Обеспеченность медицинских организаций Российской Федерации врачами-стоматологами детскими в 2012—2023 гг. с прогнозной оценкой до 2030 г. (на 10 тыс. детского населения).

обеспечения доступности оказания медицинской помощи. Известно, что диагностика заболеваний полости рта требует высококвалифицированной подготовки врачей-специалистов, потому что данная группа заболеваний зачастую имеет клиническое сходство с проявлением других болезней [12]. В связи с этим необходим мониторинг заболеваемости болезнями полости рта и обеспеченности врачами кадрами для своевременного принятия управленческих решений по организации медицинской помощи детскому населению.

Заключение

Результаты исследования обеспеченности врачами-стоматологами детскими в Российской Федерации за период с 2012 по 2023 г. показали, что в большинстве федеральных округов прослеживается отрицательная динамика показателя. Прогнозная оценка свидетельствует о возможности дальнейшего снижения обеспеченности специалистами, несмотря на стабилизацию ситуации и рост показателя в отдельных субъектах страны.

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

ЛИТЕРАТУРА

- Иванова М. А., Куликова С. А., Воробьев М. В., Мосеева М. В. Анализ современных аспектов организации стоматологической помощи специальным группам лиц. В сб.: Стоматология. Сборник материалов «Утробинские чтения», посвященный памяти профессора В. Ю. Хитрова. Казань: ПРАЙД; 2012. С. 107—8.
- Иванова М. А., Сохов С. Т., Куликова С. А. Посещаемость врачей стоматологического профиля в различных субъектах Российской Федерации за период с 2006 по 2012 гг. *Современные проблемы науки и образования*. 2014;(2). Режим доступа: <http://science-education.ru/pdf/2014/2/542.pdf>
- Салеев Р. А., Федорова Н. С., Салеева Л. Р. Стоматологическое здоровье и качество жизни: исторические веки и перспективы развития (Обзор литературы). *Клиническая стоматология*. 2020;4(96):92—8.
- Иванова М. А. Нормативное обеспечение деятельности врача-стоматолога-терапевта в современных условиях. *Вестник Волгоградского государственного медицинского университета*. 2021;1(77):21—4.
- Сохов С. Т., Иванова М. А., Куликова С. А. Профилактическая стоматологическая помощь в различных субъектах Российской Федерации, 2006—2012 гг. *Стоматология для всех / International Dental Review*. 2014;(2):16—8.
- Иванова М. А., Воробьев М. В., Куликова С. А., Гончарова О. В., Мордовин Д. С., Мосеева М. В. Состояние полости рта как фактор развития риска болезней желудочно-кишечного тракта. Материалы IV Всероссийской конференции «Современные аспекты профилактики стоматологических заболеваний». *Форум стоматологии*. 2012;(5):37—8.
- Иванова М. А., Сохов С. Т., Куликова С. А., Воробьев М. В. Повышение качества жизни стоматологических пациентов в пожилом возрасте (анализ клинических случаев). *Геронтология*. 2013;(1). Режим доступа: <http://gerontology.esrae.ru/ru/1-4.c>
- Попова Н. М., Абакаров Б. Ш. Обеспеченность врачами-стоматологами-хирургами в Российской Федерации в 2027—2023 гг. *Здоровье, демография, экология финно-угорских народов*. 2024;(4):32—5.
- Абакаров Б. Ш., Кулаков А. А., Иванова М. А. Укомплектованность медицинских организаций врачами-стоматологами хирургами в Российской Федерации, 2017—2023 гг. *Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики*. 2024;(5). Режим доступа: <http://healthproblem.ru/magazines?text=1486-pdf.pdf>
- Иванова М. А., Соколовская Т. А., Куликова С. А., Алиева Л. М. Показатели обращаемости населения за стоматологической помощью и возрастной состав больных. *Научные ведомости Белгородского государственного университета. Серия «Медицина. Фармация. Геронтология и гериатрия»*. 2012;1(17):103—9.
- Федорова Н. С., Салеев Р. А., Викторов В. Н. Взаимосвязь показателей качества жизни видов дефектов зубных рядов у пациентов пожилого и старческого возраста. *Проблемы стоматологии*. 2020;16(1):164—70.
- Байдик О. Д., Михалев Д. Е. Диагностика заболеваний слизистой полости рта: учебное пособие. Томск: Изд-во СибГМУ; 2021. 74 с.

Поступила 07.09.2024
Принята в печать 30.10.2024

REFERENCES

- Ivanova M. A., Kulikova S. A., Vorobyev M. V., Moseeva M. V. Analysis of modern aspects of the organization of dental care for special groups of people. In: *Stomatology. Collection of materials "Utrobinsk readings", dedicated to the memory of Prof. V. Yu. Khitrov*. Kazan: PRIDE Publishing House; 2012. P. 107—8 (in Russian).
- Ivanova M. A., Sokhov S. T., Kulikova S. A. Attendance of stomatological profile doctors in different subjects of the Russian Federation for the period from 2006 to 2012. *Modern Problems of Science and Education*. 2014;(2). Available at: <http://www.Science-education.ru/116-12804/> (in Russian).
- Saleev R. A., Fedorova N. S., Saleeva L. R. Stomatological health and quality of life: historical milestones and prospects for development (Literature review). *Clinical Dentistry (Russia)*. 2020;4(96):92—8 (in Russian).
- Ivanova M. A. Normative support of activity of a dentist-therapist in modern conditions. *Bulletin of Volgograd State Medical University*. 2021;1(77):21—4 (in Russian).
- Sokhov S. T., Ivanova M. A., Kulikova S. A. Preventive dental care in different subjects of the Russian Federation, 2006—2012. *Dentistry for All / International Dental Review*. 2014;(2):16—8 (in Russian).
- Ivanova M. A., Vorobyev M. V., Kulikova S. A., Goncharova O. V., Morodvin D. S., Moseyeva M. V. State of the oral cavity as a factor in the development of risk of gastrointestinal diseases. Materials of IV All-Russian conference "Modern aspects of prevention of stomatologic diseases". *Forum of Stomatology*. 2012;(5):37—8 (in Russian).
- Ivanova M. A., Sokhov S. T., Kulikova S. A., Vorobyev M. V. Improving the quality of life of stomatologic patients in old age (analysis of clinical cases). *Gerontology*. 2013;(1). Available at: <http://gerontology.esrae.ru/ru/1-4.p> (in Russian).
- Popova N. M., Abakarov B. Sh. Provision with dentists-surgeons in the Russian Federation in 2027—2023. *Zdorovyie, demografiya, ekologiya finno-ugorskikh narodov*. 2024;(4):32—5 (in Russian).
- Abakarov B. Sh., Kulakov A. A., Ivanova M. A. Staffing of medical organizations with doctors — stomatologists-surgeons in the Russian Federation, 2017—2023. *Modern Problems of Public Health and Medical Statistics*. 2024;(5). Available at: <http://healthproblem.ru/magazines?text=1486-pdf.pdf> (in Russian).
- Ivanova M. A., Sokolovskaya T. A., Kulikova S. A., Alieva L. M. Indicators of population turnover for dental care and age composition of patients. *Scientific Vedomosti of Belgorod State University. Series "Medicine. Pharmacy. Gerontology and geriatrics"*. 2012;17(1):103—9 (in Russian).
- Fedorova N. S., Saleev R. A., Viktorov V. N. Interrelation of quality of life indicators of types of dental row defects in elderly and senile patients. *Problems of Stomatology*. 2020;16(1):164—70 (in Russian).
- Baidik O. D., Mikhalev D. E. Diagnostics of diseases of the oral mucosa: textbook. Tomsk: Publishing Houst of SibGMU; 2021. 74 p. (in Russian).

Старжинская О. Б., Шишов М. А.

О СОВЕРШЕНСТВОВАНИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ВИЗИТОВ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России, 344022, г. Ростов-на-Дону

Статья посвящена определению мер, способствующих повышению эффективности профилактических визитов, проводимых в рамках федерального государственного контроля (надзора) качества и безопасности медицинской деятельности, посредством установления потенциальных направлений для оптимизации нормативно-правового регулирования с учетом национальной цели развития Российской Федерации — сохранения населения, укрепления здоровья и повышения благополучия людей. Были изучены нормативно-правовые требования к порядку организации и проведения профилактического визита в отношении медицинских организаций, утвержденные на законодательном и подзаконных уровнях. Отмечены пробелы в соответствующем понятийном аппарате, а также коллизии, затрудняющие разграничение обязательных профилактических визитов и контрольных (надзорных) мероприятий. Дополнительно сделан вывод о том, что в настоящее время на подзаконном уровне не конкретизированы составляющие профилактических визитов, позволяющие реализовать механизмы управления рисками в сфере здравоохранения именно посредством их профилактики. Сформулированы предложения по оптимизации правового регулирования, направленные на полноценную реализацию потенциала профилактического визита как инструмента точечной настройки, позволяющего своевременно нивелировать управляемые источники рисков в сфере здравоохранения и тем самым внести вклад в обеспечение стабильности и адаптивности современной системы здравоохранения.

Ключевые слова: профилактический визит; государственный контроль (надзор); медицинская деятельность.

Для цитирования: Старжинская О. Б., Шишов М. А. О совершенствовании профилактических визитов в сфере здравоохранения. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2025;33(4):579—582. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2025-33-4-579-582>

Для корреспонденции: Шишов Михаил Алексеевич, д-р мед. наук, зав. кафедрой медицинского права ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России, e-mail: shishov_ma@rostgmu.ru

Starzhinskaya O. B., Shishov M. A.

ON IMPROVEMENT OF PREVENTION VISITS IN FIELD OF HEALTH CARE

The Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The Rostov State Medical University” of the Minzdrav of Russia, 344022, Rostov-on-Don, Russia

The article considers issue of measures contributing into increase of efficiency of preventive visits carried out within the framework of the Federal state control (supervision) of quality and safety of medical activities, by establishing potential directions for optimization of normative legal regulation considering national goal of development of the Russian Federation — to preserve population, to promote health and to increase well-being of people. The normative legal requirements to procedure of organizing and carrying out preventive visit regarding medical organizations, approved at legislative and bylaw levels, were studied. The gaps in corresponding conceptual apparatus and collisions complicating discrimination between mandatory preventive visits and control (supervisory) activities were noted. The conclusion is made that, nowadays, the components of preventive visits are not specified at the subordinate regulation level, permitting to implement mechanisms of managing risk in the field of health care through their prevention. The proposals were formulated to optimize legal regulation targeted to rigorous implementation of potential of preventive visit as a tool of pinpoint fine-tuning, allowing to timely level manageable sources of risks in the sphere of health care and thereby to contribute to ensuring stability and adaptability of the modern health care system.

Key words: preventive visit; state control (supervision); medical activities.

For citation: Starzhinskaya O. B., Shishov M. A. On improvement of prevention visits in field of health care. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2025;33(4):579—582 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2025-33-4-579-582>

For correspondence: Shishov M. A., doctor of medical sciences, the Head of the Chair of Medical Law of the Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The Rostov State Medical University” of the Minzdrav of Russia. e-mail: shishov_ma@rostgmu.ru

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support.

Received 18.08.2024

Accepted 30.10.2024

Введение

В начале текущего века Всемирной организацией здравоохранения были сформированы три всеобщие цели, стоящие перед системой здравоохранения, а именно: улучшение состояния здоровья населения, обеспечение отзывчивости к требованиям населения, а также финансовая справедливость, гарантирующая доступную медицинскую помощь для

различных социальных слоев населения. Соответственно национальная система здравоохранения, объединяющая в себе взаимосвязанные организации, структуры и ресурсы, предназначенные для укрепления, поддержания или восстановления здоровья, должна предусматривать механизмы адаптации, что достигается за счет функции направляющего руководства — управления и контроля. При этом деятельность системы здравоохранения непосред-

ственно влияет на достижение национальной цели развития Российской Федерации — «сохранение населения, укрепление здоровья и повышение благополучия людей» [1]. В то же время в проекте Четырнадцатой общей программы работы Всемирной организации здравоохранения на 2025—2028 гг. к областям приоритетного внимания отнесены не только вопросы устойчивости систем здравоохранения, но и профилактики, в том числе в контексте управления рисками. Большую актуальность приобретают исследования, направленные на изучение мер, позволяющих повысить эффективность риск-ориентированной модели контроля (надзора) в сфере здравоохранения, предусматривающей в качестве приоритета различные профилактические мероприятия, одним из которых является профилактический визит. В современной научной юридической и медицинской литературе отмечен ряд недостатков правового регулирования порядка организации и проведения профилактических мероприятий; например, указывается на пробелы понятийного аппарата, включая термины «профилактика», «профилактические мероприятия» [2], неопределенность соответствующих принципов [3], а также отсутствие конкретизированных методик, посредством применения которых обеспечивалась бы эффективность непосредственно в сфере охраны здоровья [4].

Целью работы стало определение мер, способствующих повышению эффективности профилактических визитов, проводимых в рамках федерального государственного контроля (надзора) качества и безопасности медицинской деятельности, посредством установления потенциальных направлений для оптимизации нормативно-правового регулирования с учетом отдельных национальных целей развития Российской Федерации.

Материалы и методы

Использованы аналитические методы, методы монографического описания и моделирования. Источниками информации стали нормы Федерального закона от 31.07.2020 № 248-ФЗ «О государственном контроле (надзоре) и муниципальном контроле в Российской Федерации» (далее — Закон № 248-ФЗ) в их взаимосвязи с «Положением о федеральном государственном контроле (надзоре) качества и безопасности медицинской деятельности», утвержденном постановлением Правительства Российской Федерации от 29.06.2021 № 1048 (далее — Положение о контроле медицинской деятельности), «Концепцией совершенствования контрольной (надзорной) деятельности до 2026 года», утвержденной распоряжением Правительства Российской Федерации от 21.12.2023 № 3745-р (далее — Концепция совершенствования контроля), а также «Программой профилактики рисков причинения вреда (ущерба) охраняемым законом ценностям при осуществлении федерального государственного контроля (надзора) качества и безопасности медицинской деятельности в 2025 году», утвержденной приказом Росздравнадзора от 21.11.2024 № 6598 (далее —

Программа профилактики рисков). На первом этапе были установлены общие нормативно-правовые требования к порядку организации и проведения такого профилактического мероприятия, как профилактический визит. На втором изучены особенности, предусмотренные для профилактических визитов, проводимых в отношении медицинских организаций в рамках федерального государственного контроля (надзора) качества и безопасности медицинской деятельности. На третьем этапе определены потенциальные направления для оптимизации соответствующего правового регулирования с учетом национальных целей развития Российской Федерации.

Результаты исследования

В предусмотренных Законом № 248-ФЗ требованиях к профилактическим визитам отмечаются следующие признаки коллизий. Правовое понятие (определение) для данного отдельного вида профилактических мероприятий не установлено, при этом профилактические визиты разделены на два подвида: «обязательные» и «по инициативе контролируемого лица».

С одной стороны, предусмотрена единая форма проведения профилактического визита — беседа между инспектором и представителем контролируемого лица (медицинской организации). Законодательно задана допустимая направленность беседы — информирование, во-первых, об обязательных требованиях применительно к определенному виду деятельности, во-вторых, о некоторых элементах системы управления рисками, в частности критериях риска и основанной на них категории риска, присвоенной подконтрольному лицу, о рекомендуемых способах снижения присвоенной категории риска, а также о видах, содержании и интенсивности проведения плановых контрольных (надзорных) мероприятий и обязательных профилактических визитов. Дополнительно декларировано, что в рамках данной беседы инспектор знакомится с объектом контроля, собирает сведения, необходимые для отнесения объектов контроля к категориям риска, и оценивает уровень соблюдения обязательных требований. Однако норм, раскрывающих понятие «допустимые уровни соблюдения обязательных требований» и способы их оценки применительно к профилактическим визитам, в Законе № 248-ФЗ не содержится.

С другой стороны, для обязательных профилактических визитов, помимо беседы, допускается проведение контрольных (надзорных) действий:

- осмотра, истребования документов, отбора проб (образцов), проведения инструментальных обследований, испытаний и экспертиз — при обязательных профилактических визитах;
- отбора проб (образцов), инструментального обследования и испытаний — при профилактических визитах по инициативе контролируемого лица.

В то же время, согласно ряду норм Закона № 248-ФЗ, контрольные (надзорные) действия являются составной частью контрольных (надзорных) мероприятий, например таких как документарная или выездная проверка, к которым профилактический визит не относится. Также в результате обязательного профилактического визита допускается выдача предписания об устранении выявленных нарушений обязательных требований, что предполагает по крайней мере оценку их соблюдения, что входит в сферу контрольных (надзорных) мероприятий. При этом фактическое определение термина «государственный контроль (надзор)», утвержденное Законом № 248-ФЗ, разграничивает профилактику нарушений обязательных требований, оценку их соблюдения, выявление нарушений и принятие мер по их пресечению.

Положением о контроле медицинской деятельности предусмотрено только два основания для обязательных профилактических визитов: либо медицинская организация в течение предшествующего года получила или переоформила лицензию на медицинскую деятельность (добавив новый адрес или вид услуг), либо медицинская организация отнесена к категориям чрезвычайно высокого, высокого и значительного риска. Согласно единому реестру видов контроля, в 2024 г. к названным категориям риска относятся меньше 1,5% всех организаций, имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности. В то же время «Положение о контроле медицинской деятельности» и «Программа профилактики рисков» не содержат какой-либо конкретизации содержания и порядка проведения профилактического визита, включая перечень рекомендуемых для освещения обязательных требований, учитывающих специфику и разнообразие номенклатуры медицинских организаций.

Отдельные рекомендации к содержанию и организации профилактических визитов указаны в «Концепции совершенствования контроля», в частности необходимо давать практические советы по недопущению нарушений, а также совершенствовать механизмы обратной связи от контролируемых лиц с использованием цифровых сервисов.

С учетом вышеизложенного профилактический визит как один из видов профилактических мероприятий в силу общих требований Закона № 248-ФЗ является инструментом для снижения управляемых рисков причинения вреда (ущерба) в сфере здравоохранения с учетом доступных для контрольных (надзорных) органов данных информационных систем о деятельности медицинских организаций. Однако в настоящее время на подзаконном уровне не определены потенциальные составляющие профилактических визитов, позволяющие реализовать механизмы управления рисками в сфере здравоохранения именно посредством их профилактики.

Обсуждение

В «Концепции совершенствования контроля» обращено особое внимание на сопричастность кон-

трольных (надзорных) органов к обеспечению устойчивого экономического и социального развития Российской Федерации. В рамках новой парадигмы риск-ориентированной модели контроля (надзора) соответствующим вкладом может стать в первую очередь выстраивание системной работы по выявлению управляемых источников рисков, не только отражающих высокую вероятность нарушения обязательных требований, но и связанных с массовыми и критическими нарушениями, с наиболее негативными последствиями. Во вторую очередь это разработка необходимых составляющих для различных профилактических мероприятий, применение которых позволило бы нивелировать выявленные управляемые источники причинения вреда (ущерба) охраняемым законом ценностям.

Так, Всемирной организацией здравоохранения неоднократно обращалось внимание на рост бремени хронических неинфекционных заболеваний, в первую очередь сердечно-сосудистых, онкологических, респираторных, сахарного диабета, которые в мировом масштабе обуславливают 74% всех случаев смерти. В Послании Президента Российской Федерации Федеральному Собранию от 29.02.2024 также отмечена необходимость продолжения федеральных проектов по борьбе с сердечно-сосудистыми, онкологическими заболеваниями и диабетом вместе с новым национальным проектом «Продолжительная и активная жизнь». В настоящее время акценты смещены в сторону мониторинга уровней больницы летальности от вышеуказанных заболеваний в рамках выявления соответствующих индикаторов риска нарушения обязательных требований при осуществлении федерального государственного контроля (надзора) качества и безопасности медицинской деятельности с целью инициирования контрольных (надзорных) мероприятий: внеплановых выездных или документарных проверок. В данном случае представляется целесообразным действовать на опережение неблагоприятного результата в виде роста летальности, руководствуясь традиционным для здравоохранения приоритетом вторичной профилактики неинфекционных заболеваний, а также нововведенным приоритетом профилактических мероприятий, включая профилактический визит. Для каждого из вышеуказанных заболеваний есть свои резервы снижения уровней больницы летальности, в том числе за счет организационных мероприятий. В данном контексте потенциал профилактических мероприятий наполняется новым смыслом: не формально пересказать требования законодательства, но конкретизировать их применительно к выявленному существенному источнику риска. В частности, для медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь пациентам с болезнями системы кровообращения, — акцентировать внимание на особенностях организации диагностики лечения и реабилитации, установленных соответствующими порядками оказания и стандартами медицинской помощи, клиническими рекомендациями. Однако данный подход предполагает

внесение дополнений в «Положение о контроле медицинской деятельности»:

- либо в части существующих правил распределения медицинских организаций по категориям риска с целью их индивидуализации (например, если организация имеет отделение кардиологии, то ее следует относить минимум к значительной категории риска);
- либо в части утверждения дополнительных специальных оснований для обязательных профилактических визитов, базирующихся на целевых показателях соответствующего национального проекта (например, отрицательная динамика доли лиц, которые перенесли инфаркт миокарда и которым было выполнено аортокоронарное шунтирование, ангиопластика коронарных артерий со стентированием, катетерная абляция по поводу сердечно-сосудистых заболеваний).

Также представляется необходимым предусмотреть возможность участия в проведении подобных «специализированных» профилактических визитов не только инспекторов контрольного (надзорного) органа, но и экспертов, имеющих необходимые опыт и профессиональное образование.

Дополнительным элементом может стать включение в «Программу профилактики рисков» типовых алгоритмов проведения профилактических визитов с конкретизированным перечнем обязательных для освещения требований, учитывающих специфику деятельности различных медицинских организаций, а также целевые показатели таких национальных проектов, как «Продолжительная и активная жизнь».

Заключение

Наступление новой цифровой эры открыло новый, ранее недоступный потенциал управления сферой здравоохранения за счет совершенствования процесса принятия решений и возможности в режиме реального времени фиксировать и анализировать оперативную информацию о деятельности медицинских организаций. Стала технически реализуемой трансформация контрольной (надзорной) деятельности от упреждающе-карательной формы к модели профилактики и управления рисками, ориентированной на достижение национальных целей развития Российской Федерации.

Прошедшие неполные 5 лет с момента вступления в силу Закона № 248-ФЗ недостаточны для полноценной реализации его «новых» взаимосвязанных норм по риск-ориентированности и приоритету профилактических мероприятий. Однако не вы-

зывает сомнений, что планомерное и последовательное совершенствование законодательства позволит разрешить существующие в настоящее время элементы неопределенности, касающиеся отдельных аспектов профилактических мероприятий. В то же время представляется обоснованной точка зрения, согласно которой многообразие специфики различных видов деятельности в определенной степени исключает строгое единообразие в понимании и применении профилактических визитов. Так, с учетом предложенных выше дополнений в «Положение о контроле медицинской деятельности» и «Программу профилактики рисков», профилактический визит может стать инструментом точечной настройки, позволяющим своевременно нивелировать управляемые источники рисков в сфере здравоохранения и тем самым внести вклад в обеспечение баланса между стабильностью и адаптивностью современной системы здравоохранения, а в итоге — в достижение национальной цели сохранения населения, укрепления здоровья и повышения благополучия людей.

Исследование не имело спонсорской поддержки.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Хабриев Р. У., Колосов М. Е. Сравнительный анализ систем здравоохранения. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2024;32(1):4—10.
2. Минина А. А., Сердюкова Е. В., Перепада О. А. Профилактика рисков причинения вреда (ущерба) охраняемым законом ценностям в системе контрольно-надзорной деятельности в Российской Федерации. *Право и государство: теория и практика*. 2023;9(225):183—6.
3. Переседов А. М. Институт превенции в законодательстве о контроле (надзоре). *Административное право и процесс*. 2021;(12):51—4.
4. Пивень Д. В., Кицул И. С., Иванов И. В. Профилактический визит в системе контрольно-надзорной деятельности, его роль и возможные последствия: что необходимо знать руководителям медицинских организаций. *Менеджер здравоохранения*. 2024;(2):4—12.

Поступила 18.08.2024
Принята в печать 30.10.2024

REFERENCES

1. Khabriev R. U., Kolosov M. E. The comparative analysis of health care systems. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniia i istorii meditsini*. 2024;32(1):4—10 (in Russian).
2. Minina A. A., Serdyukova E. V., Perepadya O. A. Prevention of the risks of harm (damage) to legally protected values in the system of control and supervisory activities in the Russian Federation. *Law and State: Theory and Practice*. 2023;9(225):183—6 (in Russian).
3. Peresedov A. M. The institution of prevention in laws on control (supervision). *Administrative Law and Process*. 2021;(12):51—4 (in Russian).
4. Piven D. V., Kitsul I. S., Ivanov I. V. Preventive visit in the system of control and supervisory activities, its role and possible consequences: what the heads of medical organizations need to know. *Manager zdravookhraneniia*. 2024;(2):4—12 (in Russian).

Сафонов А. Л., Некипелова Д. В.

ОЦЕНКА ПОТЕНЦИАЛА И ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ЗАНЯТОСТИ ИНВАЛИДОВ

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

Повышение уровня занятости граждан, имеющих установленную группу инвалидности, является актуальной задачей для нашей страны в текущем времени и перспективе. В настоящее время достаточно низки показатели уровня занятости инвалидов наряду с высоким уровнем безработицы. С целью повышения уровня участия инвалидов в занятости на государственном уровне реализуется ряд мероприятий. В статье проведена оценка потенциала занятости инвалидов с учетом характеристик их заболеваний, тяжести группы, половозрастных и социально-экономических характеристик. Даны прогноз относительно будущей потребности в рабочих местах для инвалидов и оценка ключевых тенденций в данном вопросе. Несмотря на то что общая численность инвалидов в последние годы сокращается, это не снижает актуальности вопроса их занятости. С учетом текущих тенденций прогнозируется рост численности инвалидов III группы, а также детей-инвалидов. Специфика и характер преобладающих заболеваний, являющихся причиной инвалидности у детей, обостряют вопрос расширения возможностей социальной занятости. Особое внимание в процессе разработки программы повышения занятости инвалидов следует уделять и ветеранам боевых действий, характер заболеваний которых требует создания специальных условий и программ социально-психологической адаптации.

Ключевые слова: инвалиды; дети-инвалиды; занятость; рынок труда; занятость инвалидов; прогноз; социальная занятость.

Для цитирования: Сафонов А. Л., Некипелова Д. В. Оценка потенциала и прогнозирование занятости инвалидов. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2025;33(4):583–589. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2025-33-4-583-589>

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

Safonov A. L., Nekipelova D. V.

THE EVALUATION OF POTENTIAL AND PROGNOSTICATION OF EMPLOYMENT OF THE DISABLED

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

The increasing of the level of employment of citizens with established disability group is an actual task for our country in current time and in perspective. Nowadays, the indicators of level of employment of the disabled are rather low along with high level of unemployment. To increase level of participation of the disabled in employment at the state level the number of measures is implemented. The article presents evaluation of the potential employing the disabled, considering their diseases, severity of disability group, gender, age and socioeconomic characteristics. The prognosis regarding future need in workplaces for the disabled and evaluation of key trends in this issue is given. Despite the fact that the total number of the disabled decreases in recent years this does not decrease actuality of issue of their employment. Considering current trends, increase in the number of the disabled of group III as well as disabled children is prognosticated. The specificity and character of prevailing diseases causing disability in children, exacerbate the issue of expanding possibilities for social employment. The particular attention in developing program to increase employment of the disabled is be paid also to veterans of military operations, whose diseases require organization of special conditions and programs of social and psychological adaptation.

Keywords: the disabled; disabled children; employment; labor market; prognosis; social employment.

For citation: Safonov A. L., Nekipelova D. V. The evaluation of potential and prognostication of employment of the disabled. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhranenia i istorii meditsini*. 2025;33(4):583–589 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2025-33-4-583-589>

For correspondence: Nekipelova D. V., candidate of economic 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 on the basis of results of research carried out at the expense of budgetary funds under the state assignment of the Financial University.

Received 28.08.2024
Accepted 30.10.2024

Введение

Вопрос повышения уровня занятости граждан, имеющих установленную группу инвалидности, является крайне актуальным в нашей стране в текущей социально-экономической ситуации и перспективе. На государственном уровне ему уделяется особое внимание. Так, в 2024 г. была утверждена Концепция повышения уровня занятости инвалидов до

2030 г. [1, 2], кроме того существует механизм квотирования рабочих мест для инвалидов, в который с недавних пор вовлечен не только крупный и средний, но и малый бизнес, что, по мнению законодателей, должно расширить возможности инвалидов для трудоустройства. Однако в силу целого ряда обстоятельств инвалиды в нашей стране по-прежнему не рассматриваются работодателями как целевая группа работников. В меньшей степени это касается

инвалидов III группы, поскольку тяжесть их заболеваний зачастую не предполагает создания особых условий труда, поэтому их статус не так сильно сказывается на конкурентоспособности на рынке труда, как, например, инвалидов II и I группы. Для более «тяжелых» групп зачастую требуются особые условия, чтобы такие граждане смогли реализовать свою трудовую функцию. Для работодателей создание таких условий влечет за собой значительные вложения, которые должны либо окупаться, либо быть компенсированы государством. Несмотря на то что существуют различные механизмы стимулирования занятости инвалидов, многие исследователи отмечают их недостаточную эффективность [3—5]. По мнению авторов статьи, несовершенство применяемых механизмов во многом обусловлено отсутствием дифференцированного подхода. Инвалидность — это особый статус, где каждый случай требуется рассматривать индивидуально и в вопросе содействия в трудоустройстве ориентироваться на такие критерии, как характер и тяжесть заболевания, факторы мотивации и демотивации, которые влияют на инвалида в вопросе желания трудиться, условия его проживания, уровень образования, обстоятельства обретения инвалидности. На общегосударственном уровне с точки зрения оценки потенциала занятости инвалидов и ее прогнозирования необходимо ориентироваться на структуру нозологии заболеваний, половозрастной состав, детскую инвалидность.

Данные статистики демонстрируют снижение общей численности инвалидов, что будто бы должно отразиться на уменьшении потребности в рабочих местах для инвалидов. Однако косвенные признаки: потенциальное увеличение численности ветеранов боевых действий вследствие специальной военной операции (СВО), общие тенденции состояния здоровья населения (рост числа онкозаболеваний и заболеваний сердечно-сосудистой системы, которые традиционно находятся на первом месте среди причин инвалидизации населения, рост численности детей-инвалидов) — могут говорить о потенциале роста граждан с инвалидностью и, соответственно, росте потребности в рабочих местах в ближайшей перспективе. Кроме того, нет единого мнения о том, чем вызвано сокращение числа граждан с установленной инвалидностью. Многие исследователи высказывали предположение, что это вызвано новой системой оценки (критериев) медико-социальной экспертизы, а также заявительным, а не выявительным характером установления группы инвалидности [6, 7]. Настораживающе выглядит и тенденция роста тяжести заболеваний, вследствие которых присваивается самая «тяжелая» I группа инвалидности, а также рост численности детей-инвалидов. Все эти косвенные признаки также должны приниматься во внимание при разработке стратегии повышения уровня занятости инвалидов.

Материалы и методы

В ходе исследования использованы данные Федеральной службы государственной статистики, Федерального реестра инвалидов, Министерства труда и социальной защиты РФ, Министерства здравоохранения РФ, Единой межведомственной информационно-статистической системы (ЕМИСС). Основными методами исследования являются контент-анализ, сводка и группировка, метод сравнения. При прогнозировании используется расчет годовых темпов роста численности и среднего темпа роста за доступный период времени (2018—2023). Также для построения прогноза использован расчетный показатель среднего годового темпа роста уровня занятости. Прогнозирование осуществляется на основе метода экстраполяции.

Результаты исследования

С целью прогнозирования потенциала занятости инвалидов целесообразно разделить их на следующие категории: инвалиды с детства, инвалиды в трудоспособном возрасте, инвалиды в возрасте старше трудоспособного, военные инвалиды.

Такая классификация позволяет дифференцировать инвалидов по группам в зависимости от различий в жизненных траекториях, которые формируют уникальный профессиональный опыт, особенностей социальных взаимодействий, привычек и образа жизни, уровня мотивации к трудовой деятельности, необходимости в дополнительном доходе, а также наличия или отсутствия семейных обязательств.

В настоящее время отсутствуют открытые данные об инвалидизации граждан вследствие военных травм, полученных в ходе СВО; как уже было сказано ранее, на данных официальной статистики они не отражаются существенным ростом, однако косвенно можно предположить, что это существенный фактор, который будет влиять на потребность в рабочих местах для инвалидов еще в средне- и долгосрочной перспективе. Согласно данным Социального фонда РФ, в период с 2022 по 2024 г. численность военнослужащих, ставших инвалидами в период прохождения ими военной службы по призыву либо не позднее трех месяцев после увольнения, сократилась с 108 248 до 105 304 человек, т. е. на 2944. Общая численность инвалидов вследствие военной травмы увеличилась за тот же период на 8382 человек: с 30 973 в 2022 г. до 39 355 в 2024 г. Поэтому объективно оценить и спрогнозировать влияние СВО на инвалидизацию населения в настоящий момент затруднительно. Однако, согласно заключениям военных медиков, основными причинами инвалидности в зоне СВО являются минно-взрывные травмы, которые составляют 70% общего числа ранений. Такие травмы приводят к потере конечностей, контузиям и последующим психическим расстройствам, а также ожогам кожных покровов. По данным ограниченных наблюдений медицинских специалистов, 83% пострадавших от боевых травм

Здоровье и общество

получают II группу инвалидности, а 17% — I группу [8]. Если эта тенденция сохранится, потребность в рабочих местах для инвалидов данной категории будет связана с необходимостью создания специально оборудованных рабочих мест, а также обеспечения их хорошей территориальной доступностью, учитывая, что у многих пострадавших отсутствуют конечности. Уже сегодня реализуется ряд мер по стимулированию занятости ветеранов СВО, государство уделяет этому вопросу большое внимание, однако все равно существуют моменты, требующие совершенствования [9]. Кроме того, в процессе реабилитации и интеграции в трудовую гражданскую жизнь ветеранов боевых действий необходимо будет уделять значительное внимание работе с посттравматическими расстройствами. Согласно исследованиям зарубежных ученых, изучавших последствия черепно-мозговых травм у американских военнослужащих, участвовавших в войнах в Ираке и Афганистане, от 10,3 до 17% обследованных ветеранов страдают от посттравматического стрессового расстройства (ПТСР). Это состояние сопровождается когнитивными нарушениями, хроническими головными болями и серьезными трудностями в социальной адаптации к гражданской жизни, включая развитие алкогольной зависимости, суицидальных наклонностей и высокого уровня безработицы [10—13]. Таким образом, можно предположить, что в будущем при трудоустройстве ветеранов СВО необходимо будет учитывать сложные комплексные состояния, обусловленные сочетанием физических увечий и симптомами ПТСР, выражающимися в снижении когнитивных функций, развитии эмоциональных и поведенческих нарушений, тревожных и депрессивных расстройствах.

Специфика трудоустройства инвалидов в трудоспособном возрасте должна быть основана на дифференцированном подходе, учитывающем половозрастную структуру, характер и тяжесть основного заболевания, сопутствующие заболевания, социально-экономические условия, причину и обстоятельства инвалидизации. Общая численность граждан с инвалидностью в России на конец 2023 г. (последние доступные данные Росстата) составила 11 041 тыс. человек, из них инвалиды I группы — 1304 тыс. (11,8%), II группы — 4442 тыс. (40,2%), III группы — 4540 тыс. (41,2%), дети-инвалиды — 755 тыс. (6,8%). В трудоспособном возрасте находятся 3216 тыс. (29,1%), из них, по данным Социального фонда РФ, заняты только 1602 тыс.¹, большую часть инвалидов составляют граждане старше трудоспособного возраста — 6250 тыс. (56,6%).

Большую часть инвалидов составляют женщины — 6066 тыс. (55%), число мужчин — 4975 тыс. (45%). Однако с учетом фактора СВО есть основания ожидать в ближайшее время рост численности мужчин с инвалидностью. При этом половая при-

надлежность определяет характер и сферу занятости. Мужчины с инвалидностью чаще заняты в отраслях, требующих физической выносливости или технических навыков, таких как ремонтные работы, управление техникой, IT-сфера или адаптированные производства. Женщины с инвалидностью, напротив, чаще работают в социальной сфере, образовании, здравоохранении, а также в творческих профессиях и сферах, связанных с ручным трудом, таких как швейное дело или ремесленничество. Однако с учетом ожидаемого роста численности мужчин с инвалидностью из-за последствий СВО потребуются расширение программ профессиональной переподготовки и создания специализированных рабочих мест, учитывающих их физические и психологические особенности. Это может включать развитие удаленных форматов работы, адаптацию производственных и технологических процессов, а также усиление мер социальной поддержки для их успешной интеграции в трудовую деятельность.

Анализ данных распределения инвалидов по возрасту свидетельствует о том, что существенный прирост инвалидности начинается от 30 лет до 51 года и далее, более существенный рост происходит в диапазоне 51—64 лет². Это указывает на необходимость создания рабочих мест, которые учитывают как возрастные особенности, так и ограничения, связанные с инвалидностью. Для людей в возрасте 30—50 лет, которые часто сохраняют достаточно высокий уровень активности и профессиональных навыков, могут быть востребованы рабочие места в сферах, требующих умеренной физической нагрузки или адаптированных условий труда, таких как административная работа, IT-сфера, консультирование, обучение или удаленная работа. Для возрастной группы 51—64 года, где чаще наблюдаются хронические заболевания и снижение физической выносливости, важны рабочие места с гибким графиком, минимальной физической нагрузкой и возможностью частичной занятости. Это могут быть должности в сфере обслуживания, легкой промышленности, социальной работы, а также на специализированных производствах, где предусмотрены комфортные условия труда. Кроме того, для обеих возрастных групп актуальны программы профессиональной переподготовки, которые позволят адаптировать их навыки к текущим требованиям рынка труда, а также меры по созданию доступной инфраструктуры и психологической поддержки для успешной трудовой адаптации.

Немаловажное значение при прогнозировании потребности в рабочих местах для инвалидов играет и оценка текущей ситуации с детской инвалидностью. В последнее время численность детей-инвалидов растет. Так, в период с 2013 по 2023 г. численность детей в возрасте до 18 лет, признанных инвалидами, увеличилась с 70 734 до 89 004 человек, т. е.

¹ Показатели занятости и безработицы лиц, имеющих инвалидность. Режим доступа: https://rosstat.gov.ru/storage/mediabank/Invalid_trud_ors.xlsx (дата обращения 19.02.2025).

² Численность инвалидов по полу, возрасту по Российской Федерации. ЕГИССО. Режим доступа: <https://fedstat.ru/indicator/62497/> (дата обращения 06.02.2025).

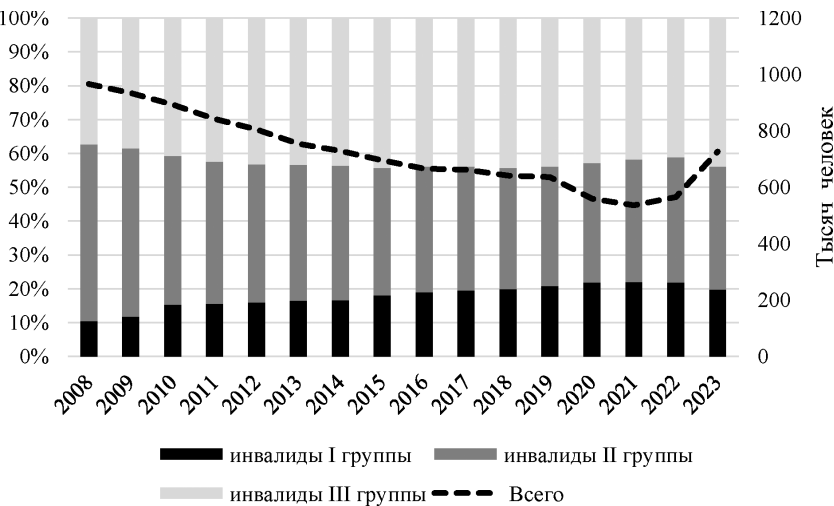


Рис. 1. Динамика структуры и численности лиц с впервые установленной инвалидностью по группам.

Численность лиц, впервые признанных инвалидами. Режим доступа: https://rosstat.gov.ru/storage/mediabank/pi_2-2_2023.xlsx (дата обращения 28.01.2025).

на 18 270. Общая численность детей-инвалидов за тот же период увеличилась на 138 тыс. человек. При детской инвалидности за последние годы на первое место вышли психические расстройства и расстройства поведения [14]. Учитывая, что психические расстройства и поведенческие нарушения могут ограничивать возможности социальной адаптации и профессиональной реализации, необходимо уже сейчас принимать меры для будущей интеграции таких детей в трудовую жизнь. Как правило, большинство детей с подобного рода заболеваниями проживают в специализированных учреждениях (психоневрологических стационарах), что предполагает организацию социальной занятости³. При этом в настоящее время количественные показатели оцен-

Динамика впервые установленной инвалидности лицам старше 18 лет по причинам (видам заболеваний) (в тыс. человек)*

Причины установления инвалидности	2021 г.	2022 г.	2023 г.
Все болезни	536	565	726
Из них:			
злокачественные новообразования	189	203	246
болезни системы кровообращения	155	157	207
болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	33	37	51
психические расстройства и расстройства поведения	25	26	33
болезни нервной системы	23	24	31
последствия травм, отравлений и других воздействий внешних причин	16	17	26
болезни уха и сосцевидного отростка	15	16	21
болезни глаза и его придаточного аппарата	15	16	20
болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	11	12	16
болезни органов пищеварения	11	12	16
болезни органов дыхания	8	10	14
туберкулез	7	7	8
последствия производственных травм	1	1	1
профессиональные болезни	1	0,5	0,6

* Распределение численности лиц, впервые признанных инвалидами, по причинам инвалидности. Росстат. Режим доступа: https://rosstat.gov.ru/storage/mediabank/pi_2-3_2023.xlsx (дата обращения 24.01.2025).

ки деятельности таких учреждений невысоки. Так, в 2023 г. число предприятий, предоставляющих такую занятость, составляло всего 205 ед. по всей стране, а численность работающих на них составляет 5152 человека. При этом числовые показатели, характеризующие подобного рода деятельности для граждан пожилого возраста и инвалидов (без учета детей), находятся на более высоком уровне: количество предприятий — 773, численность занятых на них граждан — 20 314⁴. Кроме того, в структуре детской инвалидности по полу преобладают лица мужского пола — около 60%. В целом вопрос детской инвалидности для нашей страны стоит остро, поскольку в последние годы существенно увеличилась численность таких детей — доля детей-инвалидов на 10 тыс. детей в 2023 г. составила 252 человека, в 2011 г. их было 205⁵.

Что касается нозологий взрослых заболеваний, в качестве основных причин лидируют сердечно-сосудистые заболевания и злокачественные образования. Только в период с 2021 по 2023 г. среди причин первичной инвалидизации прирост по первой группе составил 52 тыс. человек, а по второй — 57 тыс. (см. таблицу).

Также растут показатели и по другим видам заболеваний: болезням костно-мышечной системы и соединительной ткани — 18 тыс., психическим расстройствам — 8 тыс., болезням нервной системы — 8 тыс., последствиям травм — 10 тыс., болезням уха — 6 тыс., болезням глаза — 5 тыс., болезням эндокринной системы — 5 тыс.

Оценивая структуру «тяжести» инвалидизации населения, можно отметить увеличение численности инвалидов самой тяжелой I группы и самой легкой III группы при одновременном уменьшении доли инвалидов II группы (рис. 1).

Данный тренд указывает на необходимость дифференцированного подхода к созданию рабочих мест для людей с разной степенью инвалидности. Для инвалидов III группы, которые сохраняют относительно высокий уровень функциональности, могут быть востребованы рабочие места в сферах, требующих умеренной физической нагрузки или

³ Социальная форма занятости установлена ст. 20.1 Федерального закона от 24.11.1995 № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации». Она предполагает использование труда инвалидов с тяжелыми формами инвалидности, как правило, в целях их социализации. При этом доход от такой деятельности не рассматривается в качестве основной цели вовлечения инвалидов в трудовую деятельность [2].

⁴ Отчет по форме 1-соцобслуживание 2023 г. Режим доступа: <https://mintrud.gov.ru/uploads/editor/6a/d9/Отчет%20по%20форме%201-соцобслуживание%202023%20г.xlsx> (дата обращения 11.02.2025).

⁵ Численность детей-инвалидов в возрасте до 18 лет. Режим доступа: https://rosstat.gov.ru/storage/mediabank/zdr_4.4.xlsx (дата обращения 28.01.2025).

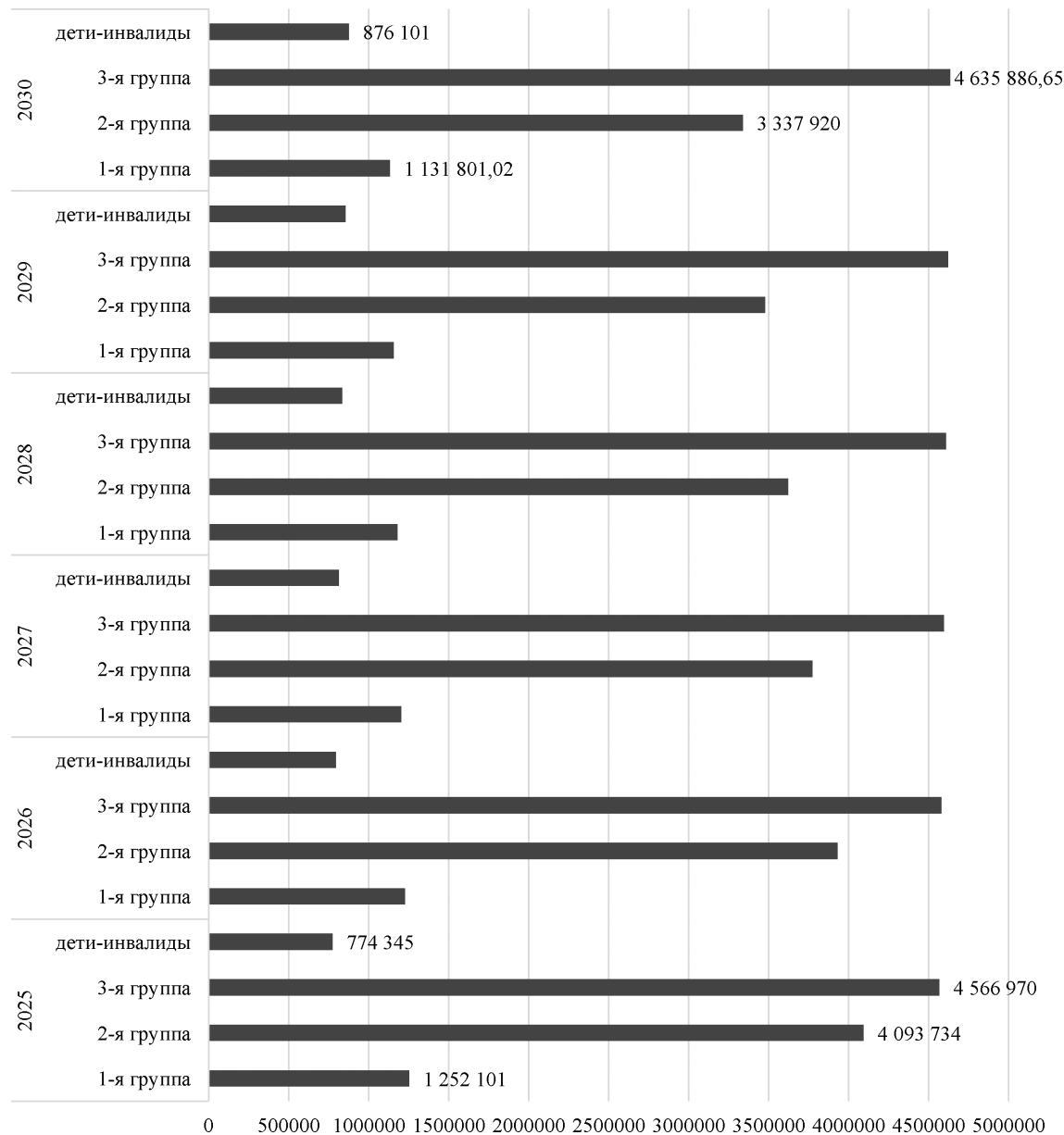


Рис. 2. Прогнозная численность инвалидов, относящихся ко всем категориям, в период 2025—2030 гг. (в абс. ед.).

адаптированных условий труда. Это могут быть профессии в сфере услуг, административной работы, IT, легкой промышленности или удаленной занятости. Для инвалидов I группы, чьи возможности к труду значительно ограничены, важно создание специализированных рабочих мест с учетом их физических и психологических особенностей [15]. Это может включать работу на дому, участие в творческих проектах, ремесленничество или занятость на адаптированных производствах, где предусмотрены комфортные условия и минимальная физическая нагрузка. Кроме того, необходимо расширение возможностей для социальной занятости.

Особое внимание следует уделить людям с заболеваниями костно-мышечной системы, нервной системы, а также последствиями травм. Для них важны рабочие места, которые не требуют длительного

стояния, поднятия тяжестей или высокой мобильности. Это могут быть профессии, связанные с компьютерными технологиями, консультированием, дизайном или ручным трудом в удобных условиях. Для людей с нарушениями слуха, зрения или эндокринными заболеваниями необходимо создание доступной инфраструктуры и использование современных технологий, таких как программы для слабовидящих или сурдоперевод. Это позволит им успешно интегрироваться в трудовую деятельность и реализовать свой потенциал.

С целью прогнозирования потребности в создании рабочих мест для инвалидов авторами статьи построен прогноз общей численности инвалидов и по группам. Прогноз выполнен на основе годовых темпов роста численности и среднего темпа роста за доступный период времени (2018—2023), а также

расчетного показателя среднего годового темпа роста уровня занятости. Прогнозирование осуществляется на основе метода экстраполяции (рис. 2).

Согласно полученным результатам, общая численность инвалидов в России будет снижаться и к 2030 г. составит 9981 тыс., из них 4635 тыс. — инвалиды III группы, 3337 тыс. — инвалиды II группы, 1131 тыс. — инвалиды I группы и 876 тыс. — дети-инвалиды. Таким образом, в целом структура тяжести инвалидизации сохранится при снижении общей численности граждан с инвалидностью. Кроме того, можно ожидать постепенного роста численности инвалидов III группы.

Заключение

Из полученных результатов можно сделать следующие выводы. Несмотря на то что общая численность инвалидов в России снижается, потенциал востребованности рабочих мест для них остается высоким, что обусловлено низким уровнем текущей занятости инвалидов и высоким уровнем безработицы среди них. В то же время определенные факторы требуют корректировки программы развития их занятости на среднесрочную и долгосрочную перспективу. Во-первых, необходимо учитывать потенциальный рост числа ветеранов боевых действий в результате СВО, во-вторых — расширение возможностей социальной занятости для инвалидов с психоневрологическими расстройствами в контексте роста численности детей-инвалидов с подобного рода расстройствами. В-третьих, необходимо учитывать, что наибольшая доля инвалидов — это граждане старших возрастов, что создает дополнительные условия для возможности их занятости. В целом для обеспечения занятости людей с инвалидностью важно развивать инклюзивные программы профессиональной подготовки, создавать адаптированные рабочие места и обеспечивать постоянную поддержку, включая психологическую реабилитацию и социальное сопровождение. Это не только улучшит качество их жизни, но и будет способствовать активному участию в экономической и социальной жизни общества.

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

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

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: <http://government.ru/docs/all/155143/> (дата обращения 24.01.2025).
2. Федеральный закон «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» от 24.11.1995 № 181-ФЗ (последняя редакция). Режим доступа: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_8559/ (дата обращения 24.01.2025).
3. Александрова О. А., Кочкина Е. В., Ненахова Ю. С. Легко ли инвалиду найти работу в Москве? *Мониторинг общественного мнения: экономические и социальные перемены*.

- 2019;6(154):328—50. doi: 10.14515/monitoring.2019.6.17. EDN PNMTSL
4. Серова А. В., Каленых А. В. Квотирование рабочих мест для инвалидов: наследие и новеллы законодательства о занятости населения. *Кадровик*. 2024;(6):20—30. EDN LBYUOH
5. Петровская М. В., Гаджимирзоев Г. И. Статистический анализ проблем занятости и трудоустройства инвалидов в России. *Человек. Общество. Инклюзия (Приложение)*. 2023;(S1-1):236—44. EDN NWGEDI
6. Нацун Л. Н. Исследование особенностей статистического учета первичной инвалидности взрослого населения в России в контексте социальной политики. *Siberian Socium*. 2020;4(2):32—47. doi: 10.21684/2587-8484-2020-4-2-32-47
7. Пузин С. Н., Дмитриева Н. В., Пайков А. Ю., Филиппов В. В., Эренкова Ф. Д., Физическая В. Д. Актуальные проблемы медико-социальной экспертизы. *Медико-социальная экспертиза и реабилитация*. 2020;(1):29—37.
8. Васильева Л. С., Сливниченко Н. В., Шевченко О. И., Герасимов А. А., Катаманова Е. В., Лахман О. Л. Клинико-психологические особенности сочетанной травмы участников военных действий. *Политравма / Polytrauma*. 2024;(2):55—61. doi: 10.24412/1819-1495-2024-2-55-61. Режим доступа: <http://polytrauma.ru/index.php/pt/article/view/521>
9. Боровкова Ю. О., Рыжов Д. А., Омелченко И. Б. Особенности организации содействия занятости инвалидов-участников СВО в России и ее регионах. *Журнал монетарной экономики и менеджмента*. 2024;(8):263—71. EDN ATOWQA
10. Sayer N. A., Orazem R. J., Noorbaloochi S., Gravely A., Frazier P., Carlson K. F., Schnurr P. P., Oleson H. Iraq and Afghanistan War Veterans with Reintegration Problems: Differences by Veterans Affairs Healthcare User Status. Режим доступа: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4452614/> (дата обращения 24.01.2025).
11. Scholten J. D., Sayer N. A., Vanderploeg R. D., Bidelsbach D. E., Cifu D. X. Although these problems were more common in those with probable PTSD, high proportions of the OEF/OIF veterans faced challenges in multiple domains of functioning and community involvement regardless of their mental health status. Режим доступа: <https://www.tandfonline.com/doi/figure/10.3109/02699052.2012.661914?scroll=top&needAccess=true> (дата обращения 25.01.2025).
12. Lindquist L. K., Love H. C., Elbogen E. B. Traumatic Brain Injury in Iraq and Afghanistan Veterans: New Results from a National Random Sample Study. *J. Neuropsychiatry Clin. Neurosci.* 2017 Summer;29(3):254—9. doi: 10.1176/appi.neuropsych.16050100. Режим доступа: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5501743/> (дата обращения 28.01.2025).
13. Pugh M. J., Rivera J. Musculoskeletal Related Disability in Veterans of Iraq and Afghanistan. *J. Orthop. Exper. Innovat*, 2020;1(2). doi: 10.60118/001c.13660. Режим доступа: <https://journaloei.scholasticahq.com/article/13660-musculoskeletal-related-disability-in-veterans-of-iraq-and-afghanistan> (дата обращения 24.01.2025).
14. Чичерин Л. П., Щепин В. О., Загоруйченко А. А. Тенденции психического здоровья детей и подростков России. *Здравоохранение Российской Федерации*. 2024;68(2):123—30. doi: 10.47470/0044-197X-2024-68-2-123-130. EDN RPRFDH
15. Старобина Е. М., Владимирова 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

Поступила 28.08.2024
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 Employment Rate of Persons with Disabilities in the Russian Federation until 2030 and the Action Plan for the Implementation of the Concept for Increasing the Employment Rate of Persons with Disabilities in the Russian Federation until 2030". Available at: <http://government.ru/docs/all/155143/> (accessed 25.01.2025) (in Russian).
2. Federal Law "On Social Protection of Persons with Disabilities in the Russian Federation" of November 24, 1995 No. 181-FZ (latest revision). Available at: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_8559/ (accessed 25.01.2025) (in Russian).

Здоровье и общество

3. Aleksandrova O. A., Kochkina E. V., Nenakhova Yu. S. Is it Easy for a Disabled Person to Find a Job in Moscow? *Monitoring Public Opinion: Economic and Social Changes*. 2019;6(154):328–50. doi: 10.14515/monitoring.2019.6.17. EDN PNMTSL (in Russian).
4. Serova A. V., Kalenykh A. V. Job quotas for people with disabilities: the legacy and innovations of employment legislation. *Kadrovik*. 2024;(6):20–30. EDN LBYUOH (in Russian).
5. Petrovskaya M. V., Gadzhimirzoev G. I. Statistical analysis of employment problems and job placement of people with disabilities in Russia. *Man. Society. Inclusion (Appendix)*. 2023;(S1-1):236–44. EDN NWGEDJ (in Russian).
6. Natsun L. N. Study of the features of statistical accounting of primary disability of the adult population in Russia in the context of social policy. *Siberian Socium*. 2020;4(2):32–47. doi: 10.21684/2587-8484-2020-4-2-32-47 (in Russian).
7. Puzin S. N., Dmitrieva N. V., Paikov A. Yu., Filippov V. V., Erkenova F. D., Fizitskaya V. D. Actual problems of medical and social expertise. *Medical and Social Expertise and Rehabilitation*. 2020;(1):29–37 (in Russian).
8. Vasilyeva L. S., Slivnitsyna N. V., Shevchenko O. I., Gerasimov A. A., Katamanova E. V., Lakhman O. L. Clinical and psychological features of combined trauma of participants in military operations. *Polytrauma*. 2024;(2):55–61. doi: 10.24412/1819–1495-2024-2-55-61. Available at: <http://poly-trauma.ru/index.php/pt/article/view/521> (in Russian).
9. Borovkova Yu. O., Ryzhov D. A., Omelchenko I. B. Features of the organization of assistance to employment of disabled participants of the military operations in Russia and its regions. *Journal of Monetary Economics and Management*. 2024;(8):263–71. EDN ATOWQA (in Russian).
10. Sayer N. A., Orazem R. J., Noorbaloochi S., Gravely A., Frazier P., Carlson K. F., Schnurr P. P., Oleson H. Iraq and Afghanistan War Veterans with Reintegration Problems: Differences by Veterans Affairs Healthcare User Status. Available at: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4452614/> (accessed 24.01.2025).
11. Scholten J. D., Sayer N. A., Vanderploeg R. D., Bidelsbach D. E., Cifu D. X. Although these problems were more common in those with probable PTSD, high proportions of the OEF/OIF veterans faced challenges in multiple domains of functioning and community involvement regardless of their mental health status. Available at: <https://www.tandfonline.com/doi/figure/10.3109/02699052.2012.661914?scroll=top&needAccess=true> (accessed 25.01.2025).
12. Lindquist L. K., Love H. C., Elbogen E. B. Traumatic Brain Injury in Iraq and Afghanistan Veterans: New Results from a National Random Sample Study. *J. Neuropsychiatry Clin. Neurosci*. 2017 Summer;29(3):254–9. doi: 10.1176/appi.neuropsych.16050100. Available at: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5501743/> (accessed 28.01.2025).
13. Pugh M. J., Rivera J. Musculoskeletal Related Disability in Veterans of Iraq and Afghanistan. *J. Orthop. Exper. Innovat*, 2020;1(2). doi: 10.60118/001c.13660. Available at: <https://journaloei.scholasticahq.com/article/13660-musculoskeletal-related-disability-in-veterans-of-iraq-and-afghanistan> (accessed 25.01.2025).
14. Chicherin L. P., Shchepin V. O., Zagoruychenko A. A. Mental Health Trends in Children and Adolescents in Russia. *Healthcare of the Russian Federation*. 2024;68(2):123–30. doi: 10.47470/0044-197X-2024-68-2-123-130. EDN RPFDRH (in Russian).
15. 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).

Якушин М. А., Карпова О. В., Кабаева Е. Н., Воробьева А. В., Якушина Т. И., Габриэлян А. Р., Арсеенкова О. Ю.

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С КОГНИТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ (ЧАСТЬ 1)

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

Представлена характеристика отечественной модели организации медико-социальной помощи пациентам с когнитивными расстройствами в сравнении с аналогичными моделями зарубежных стран. Проанализированы причины дефектов организации медико-социальной помощи и способы их коррекции. На основе проведенного анализа представлена перспективная организационная технология, сутовой основой которой является маршрутизация данной категории пациентов.

Ключевые слова: когнитивные расстройства; деменция; кабинеты нарушения памяти; медико-социальная помощь; диагностика и лечение деменции; нейрореабилитация; организационная технология.

Для цитирования: Якушин М. А., Карпова О. В., Кабаева Е. Н., Воробьева А. В., Якушина Т. И., Габриэлян А. Р., Арсеенкова О. Ю. Организация медико-социальной помощи пациентам с когнитивными расстройствами (часть 1). Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2025;33(4):590—597. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2025-33-4-590-597>

Для корреспонденции: Воробьева Анна Владимировна, мл. научный сотрудник ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н. А. Семашко» Минобрнауки России, e-mail: vorobievaanna2010@yandex.ru

Yakushin M. A., Karpova O. V., Kabaeva E. N., Vorobeve A. V., Yakushina T. I., Gabrielyan A. R., Arsenkova O. Yu.

THE ORGANIZATION OF MEDIAL SOCIAL CARE OF PATIENTS WITH COGNITIVE DISORDERS.

PART I

The Federal State Budget Scientific Institution “The N. A. Semashko National Research Institute of Public Health” of the Minobrnauka of Russia, 105064, Moscow, Russia

The article presents characteristic of national model of organization of medical social care of patients with cognitive disorders as compared with similar models of foreign countries. The causes of defects of organization of medical social care and modes of their correction are analyzed. On the basis of analysis, prospective organizational technology is presented, essentially based on routing of this category of patients.

Key words: cognitive disorders; dementia; memory impairment rooms; medical social care; diagnostics; treatment; neuro-rehabilitation; organizational technology.

For citation: Yakushin M. A., Karpova O. V., Kabaeva E. N., Vorobeve A. V., Yakushina T. I., Gabrielyan A. R., Arsenkova O. Yu. The organization of medial social care of patients with cognitive disorders. Part I. *Problemi socialnoi gigieni, zdoravookhraneniya i istorii meditsini*. 2025;33(4):590–597 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2025-33-4-590-597>

For correspondence: Vorobeve A. V., the Junior 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: vorobievaanna2010@yandex.ru

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support.

Received 04.08.2024

Accepted 30.10.2024

Введение

К 2050 г. ожидается шестикратный (!) по сравнению с 2000 г. прирост деменции среди населения [1]. На изучение деменции и сдерживание ее распространения направляются огромные средства: в Российской Федерации на эти цели ежегодно уходит около 850 млн долларов, в Европе — 115 млрд долларов, в мире — 604 млрд долларов. По прогнозам, к 2030 г. расходы удвоятся и превысят 1% объема глобального валового внутреннего продукта, что ставит деменцию в разряд наиболее затратных медицинских проблем. Однако несмотря на растущие ассигнования успехи в диагностике и лечении деменции весьма скромны; многие формы до сих пор остаются инкурабельными [2].

Сложность диагностики деменции обусловлена многообразием ее форм; любое более-менее обшир-

ное повреждение мозга (травма, опухоль, ишемия, гематома, воспаление, киста, интоксикация, демиелинизация) может затронуть когнитивную сферу. Для большинства форм нарушение памяти на ранней стадии является первым и единственным симптомом, поэтому по клинической картине установить этиологию заболевания сложно. Ситуация усугубляется тем, что одна и та же форма может проявляться совершенно разными симптомокомплексами [3].

Рутинные методики, применяемые для постановки диагноза (клиническое обследование, магнитно-резонансная томография), недостаточно эффективны. Использование позитронно-эмиссионной томографии, воксельной морфометрии, оптической когерентной томографии сетчатки, определение маркеров нейродегенеративного процесса в ликворе

Здоровье и общество

повышает эффективность диагностики, однако эти методы ограниченно доступны для населения, поскольку не включены в клинические рекомендации¹ и стандарты диагностики² [4—7].

Цель исследования — на основании интеграции отечественного и зарубежного опыта организации медико-социальной помощи пациентам с когнитивными расстройствами обосновать соответствующую организационную технологию, адаптированную к отечественным условиям.

Материалы и методы

Проведен анализ научных статей, обзоров, международных и российских клинических рекомендаций, государственных программ и стратегий в России и в зарубежных странах (Великобритания, США, Япония), нормативно-правовых актов с аспекте поиска моделей организации медико-социальной помощи пациентам с когнитивными расстройствами. Методы анализа: сравнительный анализ эффективности различных моделей медико-социальной помощи, оценка доступности и качества диагностических и реабилитационных услуг, изучение роли государственно-частного партнерства в улучшении системы помощи пациентам с когнитивными расстройствами.

Результаты исследования

Самая распространенная форма деменции — болезнь Альцгеймера — диагностируется в одном случае из 10, а сосудистая деменция, напротив, в 2,5 раза чаще, чем встречается на самом деле (49% всех случаев деменции вместо 15—20%) [8, 9].

Деменция находится на 7-м месте из 36 заболеваний, которые некомфортно обсуждать с лечащим врачом. Многие откладывают визит к врачу, потому что расценивают ослабление памяти как естественный атрибут старения, не требующий специальной коррекции. Подобный стереотип поведения определяет тенденцию отсроченного обращения за медицинской помощью и поздней диагностики заболевания [10].

Препятствует своевременному обращению за медицинской помощью ограниченная доступность (часто — отсутствие) квалифицированных специалистов. За исключением нескольких крупных регионов, где функционируют кабинеты, центры и клиники памяти, лечение деменции возложено на участковых врачей и фельдшеров, которые не всегда обладают нужными компетенциями. Обращение к узким специалистам, особенно к психиатрам, для многих пациентов неприемлемо из-за опасения по-

становки на учет с последующим ограничением вождения транспорта, осложнением межличностных отношений в семье и ближайшем окружении. Все это потенцирует отсроченность обращения за медицинской помощью.

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) разработала глобальную инициативу «На пути к обществу, учитывающему деменцию» (далее — Инициатива), опирающуюся на фундаментальные научные исследования³. Лейтмотив Инициативы — популяризация сведений о деменции и подключение общественных институтов к решению проблем, связанных с ней. Отдельные положения Инициативы нашли практическое воплощение в многочисленных проектах, реализованных по всему миру. Несколько стран являются лидерами в этом направлении. Большая работа по информированности населения проводится в Японии, где действует так называемый Новый оранжевый план, нацеленный на «усиление мер по раннему выявлению деменции», «создание сообществ, комфортных для пожилых людей» и организацию соответствующих научных исследований.

Широкое распространение в мире получила практика «Альцгеймер-кафе», где пациенты и их родственники в режиме регулярных встреч с чаепитием получают всестороннюю поддержку по поводу любых проблем, сопутствующих деменции, в том числе могут подключиться к информационным каналам («ликбез» для новичков, школы для пациентов и родственников, организация специализированной и социальной помощи, приобретение лекарств и средств по уходу), пройти психологическую и юридическую консультацию, обучиться навыкам реабилитации и ухода. Создаются «Альцгеймер-кафе» на базе некоммерческих организаций: фондов, союзов или общественных организаций [11].

В США, Англии, Аргентине и Австралии сетевые общественные организации, практикующие взаимодействие с дементными больными и их родственниками, открыты даже в малонаселенных пунктах, а в крупных городах функционируют центры, координирующие деятельность первичных структур. Любой гражданин, обеспокоенный снижением у себя когнитивных функций, перед тем как обратиться за медицинской помощью, может анонимно проконсультироваться по месту жительства у опытных волонтеров, психологов, юристов и получить совет, как действовать, куда обращаться. Обсуждение проблемы успокаивает пациентов и настраивает на активные действия, в медицинские организации они обращаются уже мотивированными на лечение. После постановки диагноза общественные организации продолжают сотрудничать с пациентом, предо-

¹ Клинические рекомендации «Когнитивные расстройства у лиц пожилого и старческого возраста». Режим доступа: <https://static-0.minzdrav.gov.ru/system/attachments/attaches/000/054/890/original/pdf?1614860915>

² Приказ Минздрава России от 17.02.2022 № 81 «Об утверждении стандарта медицинской помощи пациентам пожилого и старческого возраста при когнитивных расстройствах (диагностика и лечение)». Режим доступа: <http://publication.pravo.gov.ru/document/0001202203240003>

³ World Health Organization. Regional Office for the Western Pacific (2020). Promoting dementia-inclusive communities: a strategic communications toolkit. WHO Regional Office for the Western Pacific. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Режим доступа: <https://www.who.int/publications/i/item/9789290619314>

ставляя широкую линейку услуг, востребованных при деменции, в том числе по обеспечению лекарственными средствами и расходными материалами, по уходу и социальному сопровождению. В открытом доступе телефон круглосуточной горячей линии колл-центра, где в онлайн-режиме можно пройти школу «для новичков» и ознакомиться с дорожной картой оказания помощи. Финансирование общественных организаций осуществляется в основном из целевых фондов, которые формируются от рекламных акций и спонсорских пожертвований (телемарафоны, фестивали, выставки, забеги и др.) [12].

В России популяризации сведений о деменции последнее время стало уделяться больше внимания. Функция «повышения осведомленности» в Клинических рекомендациях закреплена за государственными структурами, медицинскими организациями, социальными службами, общественными организациями и средствами массовой информации, т. е. практически за всеми возможными поставщиками услуг, что согласуется с мировой практикой. Однако, в отличие от зарубежных стран, где между поставщиками услуг имеется разграничение полномочий, в отечественных рекомендациях механизм межведомственного взаимодействия проработан недостаточно четко.

Абсолютно декларативным выглядит закрепление в Клинических рекомендациях обязанностей раннего скрининга деменции за членами семьи и работниками организаций социального обслуживания. Социальные работники сталкиваются с дементными пациентами на поздних стадиях заболевания, когда дефицит когнитивных функций очевиден и не требует дополнительных подтверждений. Привлекать родственников к анкетированию, на наш взгляд, тоже не совсем корректно, поскольку они не имеют соответствующих компетенций: человек без медицинского образования и опыта социального опроса вряд ли справится с этой обязанностью. Родственники смогут помочь советом, если будут в курсе, куда обращаться по данному вопросу и какие действия следует предпринять, на это и должно быть направлено повышение осведомленности населения о деменции.

Как показывает практика, лучше всего с функцией оперативного реагирования на обращения по поводу впервые возникших расстройств высшей нервной деятельности справляются порталы некоммерческих организаций: при телефонном обращении — колл-центры, при интерактивном — соответствующие чаты. Консультант, к которому впервые обращается пациент или его родственник, должен ориентировать заявителя по маршрутизации (куда и к какому врачу обратиться), а также помочь решить парамедицинские проблемы (психологическая, юридическая и методическая поддержка).

На территории Российской Федерации общественный сегмент сопровождения пациентов с когнитивными расстройствами только нарождается. Далеко не в каждом крупном городе функциониру-

ют негосударственные учреждения, ориентированные на методическую поддержку населения по проблемам деменции, содействие обучению пациентов и их родственников навыкам реабилитации, созданию условий по улучшению качества жизни, организации ухода. Проект «Мемини», организованный фармацевтической компанией «Мерц Фарма», лег в основу всероссийской медико-образовательной программы «Академия памяти Мемини», ориентированной на внедрение перспективных решений проблем деменции путем создания профильных сайтов, видеороликов, интернет-баннеров. Проект «Интеллектуальное здоровье в пожилом возрасте: семь шагов по профилактике деменции», направленный на совершенствование ранней диагностики и адекватное лечение деменции, стал победителем конкурса «Фонд президентских грантов» [13].

Важную нишу в организации медико-социальной помощи пациентам с когнитивными расстройствами занимают коммерческие структуры. Между отечественными государственными и частными медицинскими организациями постепенно налаживаются каналы взаимодействия и совершенствуется нормативное регулирование сотрудничества. Ст. 14 ФЗ-323⁴ закрепила за федеральными органами государственной власти установление порядка осуществления медицинской деятельности на принципах государственно-частного партнерства (ГЧП) в сфере охраны здоровья. В 2013 г. был принят Федеральный закон Российской Федерации № 224-ФЗ⁵, открывший перспективы привлечения к оказанию медико-социальной помощи частного капитала. Согласно ст. 7 ФЗ-22, в перечень объектов соглашения о ГЧП включены медицинские организации. Приоритетным направлением стратегии действий в интересах граждан старшего поколения (Стратегия)⁶ является «использование механизмов ГЧП в сфере оказания услуг для граждан старшего поколения в связи с необходимостью расширения медицинской помощи, а также активное привлечение внебюджетных средств, в том числе средств страховых, благотворительных и частных фондов, для достижения целей государственной социальной политики» [14].

Как показывает зарубежный опыт, наиболее эффективного сотрудничества в плане ГЧП можно добиться при оказании амбулаторной помощи пациентам с когнитивными расстройствами в формате «дневных факультативов» и так называемых дедских садов (от слова «дед»). Данный формат предполагает получение комплекса реабилитационных

⁴ Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ. Режим доступа: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/

⁵ Федеральный закон Российской Федерации № 224-ФЗ «О государственно-частном партнерстве, муниципально-частном партнерстве в РФ и внесении изменений в отдельные законодательные акты РФ». Режим доступа: <https://www.consultant.ru/law/hotdocs/43645.html>

⁶ Стратегия действий в интересах граждан старшего поколения, утвержденная постановлением Правительства РФ от 05.02.2016 № 164-п. Режим доступа: <http://static.government.ru/media/files/7PvwlIE5X5KwzFPuYtNAZf3aBz61bY5i.pdf>

Здоровье и общество

услуг в дневном стационаре: с утра пациенты доставляются в центр, а вечером возвращаются домой [15]. За это время они осваивают реабилитационный комплекс, направленный на стимуляцию когнитивных функций: рисование, лепка, составление пазлов, кубиков и коллажа, работа с песком, пение, танцы, заучивание и декламирование стихов, фотограмирование, съемки, создание клипов. Персонализация упражнений определяется спецификой утраченных функций [16]. Доказано положительное влияние вовлечения пациентов на ранней стадии деменции в творческий процесс (театрализованные постановки с участием студентов театральных вузов) [17], посещение выставок, картинных галерей, музеев [18]. Полноценное общение пациента с окружающим миром (социальная инклюзия) стабилизирует их положение в обществе, поддерживает адекватное самовосприятие и самореализацию, пролонгирует возможность самообслуживания [19].

Когнитивный тренинг признан наиболее эффективным реабилитационным фактором при всех формах поражений головного мозга, отразившихся на высшей нервной деятельности [20]. Наибольшей отдачи от проведения когнитивного тренинга следует ожидать на додементной стадии когнитивных расстройств, а также у пациентов с деменцией легкой степени, при сохранном восстановительном резерве. Помимо медикаментозной и аппаратной терапии базовым компонентом когнитивного тренинга является психологическая стимуляция, направленная на стабилизацию и восстановление утраченных функций. Когнитивная восстановительная терапия (Cognitive Remediation Therapy, CRT) реализуется путем групповых дискуссий в сочетании с выполнением определенных заданий на тренировку мышления и памяти [21]. В процессе дискуссии обсуждаются актуальные для человека с когнитивным дефицитом проблемы и способы их решения: бытовая деятельность, контроль эмоциональной сферы, взаимоотношения в семье, познание окружающего мира, взаимное познание.

Когнитивный тренинг проводится поэтапно и включает несколько направлений:

- установление степени нарушений психической деятельности и расстройств когнитивных функций;
- дифференцированный подход к формированию аудитории в соответствии со степенью выраженности когнитивных расстройств и реабилитационным потенциалом;
- определение сохраненных функций высшей нервной деятельности (память, мышление, гнозис, праксис, речь, письмо, чтение, счет, способность планирования и контроль за выполнением планов), которые в процессе тренинга становятся опорными;
- формирование реабилитационного комплекса с опорой на сохраненные когнитивные функции;
- учет личностных особенностей пациента (профессия, увлечения, ценности, мотивации);

- динамический контроль за выполнением упражнений и инструкций;
- онлайн- коррекция и обсуждение допущенных ошибок;
- постепенное наращивание сложности заданий;
- повторение и закрепление пройденного материала.

В многочисленных исследованиях доказано стимулирующее влияние когнитивного тренинга на нейрональную пластичность мозга, повышение интеллектуального потенциала, формирование дополнительных связей между нейронами. Несмотря на высочайшую эффективность, именно эта форма организации медико-социальной помощи пациентам с когнитивными расстройствами в России реализована в наименьшей степени [22].

В соответствии со стандартом медицинской помощи нейропсихологическая реабилитация показана 90% пациентов с когнитивными расстройствами в объеме 144 занятия; это длительный курс очных занятий под методическим руководством межпрофильной бригады подготовленных специалистов: гериатров, неврологов, психиатров, нейропсихологов, эрготерапевтов. Пропускная способность подобного курса ограничена 10—20 пациентами, что предполагает необходимость организации в масштабах страны десятков тысяч циклов обучения. Предоставление столь значительного объема медицинской помощи без дополнительных капиталовложений затруднительно в условиях государственной системы здравоохранения без привлечения частных структур, которые в этом отношении имеют больше возможностей за счет использования внебюджетных источников финансирования. Однако из-за несовершенства механизмов взаиморасчета между частными поставщиками и получателями услуг когнитивного тренинга на данный момент их доступность для широкого круга пациентов весьма ограничена.

В некоторых регионах накоплена позитивная практика альтернативного решения данного вопроса. В проекте «Московское долголетие»⁷, ориентированном на увеличение продолжительности жизни населения города Москвы, функционирует «линейка» курсов по развитию когнитивных способностей. Занятия включают упражнения по тренировке памяти, интеллекта, логического мышления. Организаторам курсов предоставляются гранты за счет бюджетных ассигнований, предусмотренных Департаментом труда и социальной защиты населения города Москвы. Модератором по данному проекту выступает государственное казенное учреждение города Москвы «Ресурсный центр развития социальных коммуникаций» Департамента труда и социальной защиты населения города Москвы. Проект ори-

⁷ Проект «Московское долголетие», утвержденный постановлением правительства города Москвы от 18 декабря 2018 г. № 1578-ПП «О реализации в городе Москве проекта „Московское долголетие“» (с изменениями на 26 декабря 2019 г.). Режим доступа: <https://www.mos.ru/authority/documents/doc/40286220/>

ентирован на граждан, имеющих место жительства в городе Москве, достигших возраста у женщин 55 лет и мужчин 60 лет либо являющихся получателями досрочной страховой пенсии по старости или пенсии по выслуге лет независимо от их возраста.

Повысить пропускную способность курсов когнитивного тренинга и нейрореабилитации можно, используя компьютеризированные версии программ: как отечественные «Нейроника», так и зарубежные Scientific Brain Training PRO — HAPPYneuron SAS (Франция), HASOMED RehaCom (Германия), CogniFit (США), Lumosity (США) [23, 24]. Обучение проводится в игровом формате под контролем инструктора. В современных версиях роль инструктора выполняют цифровые помощники и чат-боты, позволяющие проводить занятия в интерактивном режиме и тиражировать обучающие модули в широких пределах без привлечения дополнительных материальных средств [25].

Опыт развитых стран однозначно свидетельствует о необходимости создания в каждом государстве единой противодементной службы, деятельность которой должна быть ориентирована на организацию помощи всем без исключения пациентам с когнитивными расстройствами. В странах Западной Европы, США, Австралии с 70-х годов XX в. успешно функционируют кабинеты и клиники памяти (Memory clinic). В Великобритании клиники памяти закреплены за первичным звеном Национальной службы здравоохранения (National Health Service) и являются основным поставщиком услуг по программе социальной помощи пациентам с деменцией, направленной на максимальную пролонгацию их функционирования в социуме. В службу интегрированы государственные и частные организации медицинского и социального профиля, а также вспомогательные структуры, выполняющие методические функции. В основе функционирования национальных противодементных служб лежит комплексная программа [26].

В 2018 г. по примеру западных стран в РФ была разработана аналогичная «Междисциплинарная и межведомственная программа профилактики, раннего выявления, диагностики и лечения когнитивных расстройств»⁸ (Комплексная Программа), согласно которой к 2025 г. в стране планировалось создание национальной противодементной службы. В качестве ключевой структуры, ответственной за оказание специализированной медицинской помощи пациентам с деменцией, был определен кабинет нарушения памяти, который рекомендовалось «создавать в поликлиниках с численностью прикрепленного населения свыше 50 тыс. человек, с работой в 2 смены». За врачами кабинета, помимо лечеб-

но-диагностической деятельности, закреплялась функция проведения школ для пациентов и их родственников. Планировались оснащение кабинетов специальным оборудованием и комплектация специалистами, освоившими программу обучения вопросам организации медико-социальной помощи пациентам с деменцией. Целевая ориентация кабинетов на пациентов с когнитивными расстройствами, по расчетам, должна была существенно повысить качество медико-санитарной помощи. Предполагалось, что прием пациентов узкопрофильными специалистами позволит наладить преемственность их ведения и облегчит межведомственное взаимодействие. Была предложена пятиуровневая модель координации действий между службами, ответственными за ведение деменции, и одобренная во всем мире коллаборация государственных и частных структур при организации долговременного ухода. К ведению пациентов, помимо специалистов кабинетов памяти, планировалось подключать реабилитологов и социальных работников. Выигрышной позицией Комплексной Программы являлось привлечение к оказанию медико-социальной помощи пациентам с когнитивными расстройствами членов семей, прошедших обучение навыкам долговременного ухода в специальных школах.

Основные позиции Комплексной Программы в сокращенном формате вошли в Клинические рекомендации, в то же время реализация самой программы была приостановлена. Инициатива открытия кабинетов нарушения памяти вместо обязательной стала носить рекомендательный характер. Одновременно были изъяты позиции о подготовке кадров и оснащении кабинетов нарушения памяти, которые не вошли ни в Клинические рекомендации, ни в стандарты медицинской помощи.

Осталась в «подвешенном» состоянии позиция Клинических рекомендаций относительно функционирования школ нейрокогнитивной реабилитации. Несмотря на то что когнитивный тренинг признан базовой формой медицинской помощи на додементной стадии когнитивных расстройств, конкретного механизма его реализации в масштабах страны так и не выработано. По мере прогрессирования заболевания когнитивный тренинг постепенно теряет свою актуальность из-за снижения реабилитационного потенциала и на стадии выраженной деменции уступает место комплексу мероприятий по обеспечению долговременного ухода.

В СССР долговременный уход осуществлялся в основном усилиями членов семьи. Получить методическую поддержку или обучиться навыкам ухода, не имея медицинского образования, было практически невозможно. В медицинских вузах уход преподавался факультативно, поэтому врачи первичного звена были недостаточно компетентны в этих вопросах. Паллиативная служба на тот момент еще не была образована. Без мобильных средств связи невозможно было наладить контакт с гражданами, готовыми поделиться опытом ухода за родственниками. В продаже отсутствовала популярная литерату-

⁸ Комплексная междисциплинарная и межведомственная программа профилактики, раннего выявления, диагностики и лечения когнитивных расстройств у лиц пожилого и старческого возраста. Режим доступа: <https://gospital-veteranov.vl.medobl.ru/media/2021/07/15/1303791244/>
Kompleksnaya_programma_po_profilaktike_d_pozhilogo_vozrasta_do_2025_goda.pdf

Здоровье и общество

ра соответствующей тематики, а научные публикации для обычных граждан были недоступны. Гражданам, поставленным перед необходимостью ухаживать за тяжело больными родственниками, приходилось осваивать тонкости ухода самостоятельно, учась на собственных ошибках. В условиях тотального дефицита отсутствовали простейшие лекарственные средства и расходные материалы. Единственной возможностью снижения бремени ухода являлась «сдача» родственника в «дом престарелых» или психоневрологическое отделение психиатрического стационара с заведомо ущербными условиями пребывания. Подобное решение было непопулярно в обществе, многие семьи решались на него от безысходности, потеряв надежду на поддержку со стороны государства.

В постперестроечный период в нормативных документах появились гарантии социально-бытовой помощи и ухода за инвалидами по психическому заболеванию⁹. В федеральном законе № 442-ФЗ¹⁰ впервые была обозначена технология социальной реабилитации, направленная на сохранение навыков и возможностей пожилого человека на ранней стадии деменции и некоторая регламентация помощи родственникам. Данная инициатива носила в основном декларативный характер, поскольку не была подкреплена необходимым финансированием. Однако правильная постановка вопроса о необходимости комплексной поддержки граждан, утративших способность к самообслуживанию, стала поводом для детальной проработки данного вопроса на государственном уровне. В стратегии действий в интересах граждан старшего поколения была обозначена инициатива социального сопровождения граждан, полностью или частично утративших способность к самообслуживанию, а также поддержки родственного ухода. В 2018 г. организация системы долговременного ухода была включена в перечень стратегических задач государства¹¹.

Уход за дементным пациентом сопряжен со множеством трудноразрешимых проблем, главная из которых — необходимость круглосуточного пребывания возле постели больного. Без соблюдения этого условия невозможно исключить риск травматизации или отравления из-за утечки газа, ненадлежащей эксплуатации водопровода, канализации, отопительных приборов; пациент может уйти из дома и не вернуться, позабыв свой адрес. Большинство семей, столкнувшихся с подобной ситуацией, из-за резкой смены жизненного уклада испытывают стресс, теряются и впадают в уныние. На родственников «обрушивается» комплекс психотравмирую-

щих факторов: нарастающая тревога за здоровье пациента, ухудшение материального положения, сверхурочная работа, недосыпание, нерегулярное питание. Появление в семье родственника, утратившего способность к самообслуживанию, влечет за собой массу неудобств для ближайшего окружения, в том числе необходимость выделения больному изолированного помещения и денежных средств на лекарства, расходные материалы, диетическое питание и всевозможные консультации. Все это способствует формированию болезней, обозначенных нами как «болезни родственников больных» (diseases of relatives of patients, DRP). DRP формируются у граждан, чьи родственники страдают тяжелыми, как правило, неизлечимыми заболеваниями, к числу которых относится деменция. Помимо обострений и усугубления хронических болезней DRP проявляется депрессией и сердечно-сосудистыми заболеваниями (в 3 раза чаще, чем в популяции). Кроме того, в процессе ухода за дементным больным у самих опекунов в 2 раза повышается риск когнитивных расстройств. Из-за дополнительных материальных издержек снижается качество жизни ухаживающих родственников [27]. Из-за недосыпания, нерегулярного питания и непредвиденных материальных трат рушатся семейные отношения, между родственниками часто возникают обиды и недопонимание, что становится причиной конфликтов. Неопределенность и безысходность ситуации негативно влияют на социальные связи «ухаживающей» семьи, которая в определенный момент становится «невъездной». Лишь редкие семьи (менее 30%) не испытывают существенных трудностей, ухаживая за родственником-инвалидом [28]. Уход за дементным пациентом может оказывать психотравмирующее влияние даже на подготовленных специалистов по уходу, способствуя формированию у них профессионального «выгорания» [29]. Не случайно в резолюции ВОЗ «Призыв к действиям» (2015) среди базовых мер снижения бремени деменции указана всесторонняя поддержка лиц, осуществляющих долговременный уход [30].

Заключение

Организация медико-социальной помощи пациентам с когнитивными расстройствами требует комплексного подхода, включающего:

- создание единой национальной службы по примеру зарубежных Memory clinics;
- развитие ранней диагностики за счет внедрения современных технологий и обучения специалистов;
- поддержку общественных инициатив, таких как школы для родственников и программы социальной инклюзии;
- ГЧП для расширения доступности реабилитационных услуг, включая когнитивный тренинг;
- повышение осведомленности населения о деменции для снижения стигмы и раннего обращения за помощью.

⁹ Закон РФ от 02.07.1992 № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав при ее оказании». Режим доступа: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_4205/

¹⁰ Федеральный закон от 28 декабря 2013 г. № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации». Режим доступа: <http://www.kremlin.ru/acts/bank/38016>

¹¹ Указ Президента Российской Федерации от 07.05.2018 № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года». Режим доступа: <http://www.kremlin.ru/acts/bank/43027>

Реализация этих мер позволит улучшить качество жизни пациентов и их семей, а также снизить экономическое бремя деменции для общества.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Dementia. Fact sheet N 362. World Alzheimer Report 2018. The state of the art of dementia research: New frontiers. London: ADI, 2018; 48 p.
2. Олесен Е., Густавссон А., Свенссон М. и др. Экономические затраты от заболеваний мозга в Европе. *Уральский медицинский журнал*. 2012;(5):97.
3. Захаров В. В., Вахнина Н. В. Дифференциальный диагноз и лечение когнитивных нарушений. *РМЖ*. 2013;21(10):518–23.
4. Kesler A., Vakharova V., Korczyn A. D., Naftaliev E., Neudorfer M. Retinal thickness in patients with mild cognitive impairment and Alzheimer's disease. *Clin. Neurol. Neurosurg.* 2011 Sep;113(7):523–6. doi: 10.1016/j.clineuro.2011.02.014
5. Еричев В. П., Панюшкина Л. А., Фомин А. В. Оптическая когерентная томография сетчатки и зрительного нерва в диагностике болезни Альцгеймера. *Глаукома*. 2013;(1):5–10.
6. McKhann G. M., Knopman D. S., Chertkow H., et al. The diagnosis of dementia due to Alzheimer's disease: recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimers Dement.* 2011;7(3):263–9.
7. Forlenza O. V., Radanovic M., Talib L. L. Cerebrospinal fluid biomarkers in Alzheimer's disease: Diagnostic accuracy and prediction of dementia. *Alzheimer's Dement.* 2015;1:455–63. doi: 10.1016/j.dadm.2015.09.003
8. Blennow K., Zetterberg H. Cerebrospinal fluid biomarkers for Alzheimer's disease. *J. Alzheimers Dis.* 2009;18(2):413–7. doi: 10.3233/JAD-2009-1177
9. Васенина Е. Е., Левин О. С., Сонин А. Г. Современные тенденции в эпидемиологии деменции и ведении пациентов с когнитивными нарушениями. *Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. Спецвыпуски*. 2017;117(6):87–95.
10. Танатова Д. К., Вдовина М. В. Анализ потенциальных тем социологических исследований по проблемам деменции *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2023;31(3):329–33.
11. Мишеничев К. С. Технологии социальной работы с пожилыми людьми на ранней стадии деменции. *Социальная работа: теория, методы, практика*. 2020;(2):95–103.
12. Щеткина А. Л. Где мы на пути борьбы с деменцией? Немного об опыте — личном, Российском, зарубежном. *Социодиггер*. 2022;3(18):72–5.
13. Батмитова Р. Р. Деменция у пожилых людей как актуальная проблема современности. *Евразийское научное объединение*. 2018;2(6):118–20.
14. Сулякова О. Н. Частные пансионаты как элемент социальной защиты граждан пожилого возраста в калужской области. *Калужский экономический вестник*. 2021;(4):12–7.
15. Fletcher J. R. Destigmatising dementia: The dangers of felt stigma and benevolent othering. *Dementia*. 2019;2:417–26. doi: 10.1177/1471301219884821
16. Schmitt B., Frölich L. Kreative Therapieansätze in der Behandlung von Demenzen — eine systematische Übersicht. *Fortschritte der Neurologie/ Psychiatrie*. 2007;75:699–707. doi: 10.1055/s-2006-944298
17. Dassa A., Harel D. People with dementia as "spect-actors" in a musical theatre group with performing arts students from the community. *Arts in Psychotherapy*. 2019;65:101592.
18. Schall A., Tesky V., Adams K., Pantel J. Art museum-based intervention to promote emotional well-being and improve quality of life in people with dementia: The ARTEMIS project. *Dementia*. 2018;17(6):728–43. doi: 10.1177/1471301217730451
19. Shih-Yin L., Lewis F. M. Dementia Friendly, Dementia Capable, and Dementia Positive: Concepts to Prepare for the Future. *Gerontologist*. 2015;55(2):237–44. doi: 10.1093/geront/gnu122
20. Knapp M., Thorgrimsen L., Patel A., et al. Cognitive stimulation therapy for people with dementia: cost-effectiveness analysis. *Brit. J. Psychiatry*. 2006;188(6):574–80. doi: 10.1192/bjp.bp.105.010561
21. Lissek V., Suchan B. Preventing Dementia? Interventional Approaches in Mild Cognitive Impairment. *Neurosci. Biobehav. Rev.* 2021;122:143–64. doi: 10.1016/j.neubiorev.2020.12.022
22. Рощина И. Ф., Калантарова М. В., Шведовская А. А., Хромов А. И. Профилактика когнитивного снижения в позднем онтогенезе: программы «клиника памяти» и «когнитивная стимулирующая терапия». *Клиническая и специальная психология*. 2022;11(3):44–70. doi: 10.17759/cpse.2022110302
23. Charvet L. E., Yang J., Shaw M. T., et al. Cognitive function in multiple sclerosis improves with telerehabilitation: Results from a randomized controlled trial. *PLoS One*. 2017;12(5):e0177177. doi: 10.1371/journal.pone.0177177
24. Chiaravalloti N. D., Goverover Y., Costa S. L., DeLuca J. A Pilot Study Examining Speed of Processing Training (SPT) to Improve Processing Speed in Persons With Multiple Sclerosis. *Front. Neurol.* 2018;9:685. doi: 10.3389/fneur.2018.00685
25. Курмышев М. В., Савилов В. Б., Масыкин А. В., Костюк Г. П. Клиника памяти — инновационная модель реабилитации когнитивных функций у людей пожилого возраста с мягким когнитивным снижением в условиях отделения дневного пребывания. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2018;28(2):50–4.
26. Альшанская М. В., Макушина А. С., Александрова Н. В., Лемиш В. В. Социальные и психологические проблемы людей, осуществляющих уход за родственниками, больными деменцией. *Омский психиатрический журнал*. 2019;1(19):13–5.
27. Сиденкова А. П. Когнитивные расстройства позднего возраста — актуальная медицинская, социальная, психологическая проблема современности. *Уральский медицинский журнал*. 2010;9(74):6–9.
28. Хетагурова А. К., Галиulina О. В., Сиденкова А. П., Набойченко Е. С. Актуальность межведомственного взаимодействия для формирования механизмов здорового старения. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2018;26(2):68–71. doi: 10.18821/0869-866X-2018-26-2-68-71
29. Сиденкова А. П., Мишарин А. Ю., Багаудинова Н. А. Алгоритмы межведомственного взаимодействия при оказании помощи горожанам старших возрастных групп с когнитивными расстройствами. *Психическое здоровье*. 2016;(2):13–9.
30. Цыганов А. А. Рынок «серых» домов престарелых в России. *Калужский экономический вестник*. 2021;(3):16–7.

Поступила 04.08.2024
Принята в печать 30.10.2024

REFERENCES

1. Dementia. Fact sheet N 362. World Alzheimer Report 2018. The state of the art of dementia research: New frontiers. London: ADI, 2018; 48 p.
2. Olesen E., Gustavsson A., Svensson M., et al. The economic costs of brain diseases in Europe. *Ural'skiy meditsinskiy zhurnal*. 2012;(5):97 (in Russian).
3. Zakharov V. V., Vakhnina N. V. Differential diagnosis and treatment of cognitive impairment. *RMJ*. 2013;21(10):518–23 (in Russian).
4. Kesler A., Vakharova V., Korczyn A. D., Naftaliev E., Neudorfer M. Retinal thickness in patients with mild cognitive impairment and Alzheimer's disease. *Clin. Neurol. Neurosurg.* 2011 Sep;113(7):523–6. doi: 10.1016/j.clineuro.2011.02.014
5. Eriчев V. P., Panyushkina L. A., Fomin A. V. Optical coherence tomography of the retina and optic nerve in the diagnosis of Alzheimer's disease. *Glaukoma*. 2013;(1):5–10 (in Russian).
6. McKhann G. M., Knopman D. S., Chertkow H., et al. The diagnosis of dementia due to Alzheimer's disease: recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimers Dement.* 2011;7(3):263–9.
7. Forlenza O. V., Radanovic M., Talib L. L. Cerebrospinal fluid biomarkers in Alzheimer's disease: Diagnostic accuracy and prediction of dementia. *Alzheimer's Dement.* 2015;1:455–63. doi: 10.1016/j.dadm.2015.09.003
8. Blennow K., Zetterberg H. Cerebrospinal fluid biomarkers for Alzheimer's disease. *J. Alzheimers Dis.* 2009;18(2):413–7. doi: 10.3233/JAD-2009-1177
9. Vasenina E. E., Levin O. S., Sonin A. G. Current trends in the epidemiology of dementia and the management of patients with cognitive impairment. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii im. S. S. Korsakova. Spetsvyuski*. 2017;117(6):87–95 (in Russian).

Здоровье и общество

10. Tanatova D. K., Vdovina M. V. Analysis of potential topics of sociological research on dementia problems. *Problemy sotsial'noy gigieny, zdavookhraneniya i istorii meditsiny*. 2023;31(3):329–33 (in Russian).
11. Mishenichev K. S. Technologies of social work with the elderly at an early stage of dementia. *Sotsial'naya rabota: teoriya, metody, praktika*. 2020;(2):95–103 (in Russian).
12. Shchetkina A. L. Where are we on the way to fight dementia? A little bit about the experience — personal, Russian, foreign. *Sociodig-ger*. 2022;3(18):72–5 (in Russian).
13. Batmitova R. R. Dementia in the elderly as an urgent problem of our time. *Evrasiyskoe nauchnoe ob'edinenie*. 2018;2(6):118–20 (in Russian).
14. Suslyakova O. N. Private boarding houses as an element of social protection of elderly citizens in the Kaluga region. *Kaluzhskiy ekonomicheskij vestnik*. 2021;(4):12–7 (in Russian).
15. Fletcher J. R. Destigmatising dementia: The dangers of felt stigma and benevolent othering. *Dementia*. 2019;2:417–26. doi: 10.1177/1471301219884821
16. Schmitt B., Frölich L. Kreative Therapieansätze in der Behandlung von Demenzen — eine systematische Übersicht. *Fortschritte der Neurologie/Psychiatrie*. 2007;75:699–707. doi: 10.1055/s-2006-944298
17. Dassa A., Harel D. People with dementia as “spect-actors” in a musical theatre group with performing arts students from the community. *Arts in Psychotherapy*. 2019;65:101592.
18. Schall A., Tesky V., Adams K., Pantel J. Art museum-based intervention to promote emotional well-being and improve quality of life in people with dementia: The ARTEMIS project. *Dementia*. 2018;17(6):728–43. doi: 10.1177/1471301217730451
19. Shih-Yin L., Lewis F. M. Dementia Friendly, Dementia Capable, and Dementia Positive: Concepts to Prepare for the Future. *Gerontologist*. 2015;55(2):237–44. doi: 10.1093/geront/gnu122
20. Knapp M., Thorgrimsen L., Patel A., et al. Cognitive stimulation therapy for people with dementia: cost-effectiveness analysis. *Brit. J. Psychiatry*. 2006;188(6):574–80. doi: 10.1192/bjp.bp.105.010561
21. Lissek V., Suchan B. Preventing Dementia? Interventional Approaches in Mild Cognitive Impairment. *Neurosci. Biobehav. Rev.* 2021;122:143–64. doi: 10.1016/j.neubiorev.2020.12.022
22. Roshchina I. F., Kalantarova M. V., Shvedovskaya A. A., Khromov A. I. Prevention of cognitive decline in late ontogenesis: programs “memory clinic” and “cognitive stimulating therapy”. *Klinicheskaya i spetsial'naya psikhologiya*. 2022;11(3):44–70. doi: 10.17759/cpse.2022110302 (in Russian).
23. Charvet L. E., Yang J., Shaw M. T., et al. Cognitive function in multiple sclerosis improves with telerehabilitation: Results from a randomized controlled trial. *PLoS One*. 2017;12(5):e0177177. doi: 10.1371/journal.pone.0177177
24. Chiaravalloti N. D., Goverover Y., Costa S. L., DeLuca J. A Pilot Study Examining Speed of Processing Training (SPT) to Improve Processing Speed in Persons With Multiple Sclerosis. *Front. Neurol.* 2018;9:685. doi: 10.3389/fneur.2018.00685
25. Kurmyshev M. V., Savilov V. B., Masyagin A. V., Kostyuk G. P. Memory clinic is an innovative model of rehabilitation of cognitive functions in elderly people with mild cognitive decline in a day care unit. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikiatriya*. 2018;28(2):50–4 (in Russian).
26. Olshanskaya M. V., Makushina A. S., Alexandrova N. V., Lemish V. V. Social and psychological problems of people caring for relatives with dementia. *Omskiy psikiatricheskij zhurnal*. 2019;1(19):13–5 (in Russian).
27. Sidenkova A. P. Cognitive disorders of late age — an urgent medical, social, psychological problem of our time. *Ural'skiy meditsinskiy zhurnal*. 2010;9(74):6–9 (in Russian).
28. Khetagurova A. K., Galiulina O. V., Sidenkova A. P., Naboichenko E. S. The relevance of interdepartmental cooperation for the formation of healthy aging mechanisms. *Problemy sotsial'noy gigieny, zdavookhraneniya i istorii meditsiny*. 2018;26(2):68–71. doi: 10.18821/0869-866X-2018-26-2-68-71 (in Russian).
29. Sidenkova A. P., Misharin A. Yu., Bagautdinova N. A. Algorithms of interdepartmental interaction in providing assistance to citizens of older age groups with cognitive disorders. *Psikhicheskoe zdorov'e*. 2016;(2):13–9 (in Russian).
30. Tsyganov A. A. The market of “gray” nursing homes in Russia. *Kaluzhskiy ekonomicheskij vestnik*. 2021;(3):16–7 (in Russian).

© САДЫКОВ Р. М., БОЛЬШАКОВА Н. Л., 2025
УДК 364.04

Садыков Р. М.¹, Большакова Н. Л.²

ТЕХНОЛОГИИ РЕАБИЛИТАЦИИ ЖЕНЩИН, ПОСТРАДАВШИХ ОТ НАСИЛИЯ В СЕМЬЕ, КАК ФАКТОР ОБЕСПЕЧЕНИЯ СОЦИАЛЬНОЙ УСТОЙЧИВОСТИ

¹ФГБНУ «Уфимский федеральный исследовательский центр Российской академии наук», 450054, г. Уфа;

²ФГБОУ «Уфимский университет науки и технологий», 450076, г. Уфа

Насилие в семье, особенно в отношении женщин, — серьезная и актуальная проблема современного общества. В статье рассмотрены различные формы домашнего насилия, включая физическое, психологическое, сексуальное и экономическое. Установлено, что большинство конфликтов и преступлений происходят в пределах семьи в домашней обстановке. В России ежегодно более 14 тыс. представительниц женского населения погибают от рук семейного партнера, 38% убийств в семье в отношении женщин совершают мужчины-агрессоры, 75% пострадавших от домашнего насилия составляют женщины. Рассмотрены понятия, признаки, формы и виды насилия, а также проанализированы подходы к реабилитации пострадавших. Статистика свидетельствует о широкой распространенности в России конфликтов и проявлений жестокого обращения в семьях: около 40–45% клиентов кризисных центров составляют женщины в возрасте 25–35 лет. Среди основных причин насилия в семье выделяют алкоголизм мужского (80%) и женского (70%) населения, ненадлежащее семейное воспитание, нестабильную экономическую ситуацию в стране и бедность семей. Женщины, пострадавшие от семейного насилия, часто испытывают трудности с дальнейшей социализацией и нуждаются в социальной помощи и поддержке. Исследование подчеркивает важность реабилитации как неотъемлемой части помощи пострадавшим от насилия в семье. Реабилитация представляет собой комплекс мер, включающий психологическую, медицинскую и юридическую помощь, временное проживание в безопасном месте, а также помощь в трудоустройстве.

Ключевые слова: семья; семейные конфликты; насилие; домашнее насилие; жестокое обращение в отношении женщин; реабилитация; технологии реабилитации.

Для цитирования: Садыков Р. М., Большакова Н. Л. Технологии реабилитации женщин, пострадавших от насилия в семье, как фактор обеспечения социальной устойчивости. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2025;33(4):598–603. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2025-33-4-598-603>

Для корреспонденции: Садыков Рамиль Мидхатович, канд. социол. наук, доцент, старший научный сотрудник Института социально-экономических исследований — обособленного структурного подразделения Уфимского федерального исследовательского центра Российской академии наук; e-mail: SadykovRM@mail.ru

Sadykov R. M.¹, Bolshakova N. L.²

THE TECHNOLOGIES OF REHABILITATION OF WOMEN VICTIMIZED BY VIOLENCE IN FAMILY AS FACTOR OF SECURING SOCIAL STABILITY

¹The 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 domestic violence, especially against women, is serious and actual problem of modern society. The article considers various forms of domestic violence, including physical, psychological, sexual and economic ones. It is been established that most conflicts and crimes occur within the family in domestic environment. In Russia, annually more than 14 thousand representatives of female population perish from the hands of family partner. And 38% of murders of women in family are committed by male aggressors, 75% of victims of domestic violence are women. The concepts, indications, forms and types of violence are considered. The approaches to rehabilitation of victims are analyzed. In Russia, the statistical data testifies broad occurrence of conflicts and abuse in families: about 40%-45% of clients of crisis centers are women aged 25–35 years. The main causes of domestic violence are male (80%) and female (70%) alcoholism, inadequate family upbringing, unstable economic situation on national level and family poverty. The women suffered from domestic violence often have difficulties with further socialization and need social care and support. The importance of rehabilitation as integral part of care of victims of domestic violence is emphasized. The rehabilitation represents set of measures that includes psychological, medical and legal care, temporary residence in safe place and assistance in job placement.

Keywords: family; family conflicts; domestic violence; abuse; women; rehabilitation; victim.

For citation: Sadykov R. M., Bolshakova N. L. The technologies of rehabilitation of women victimized by violence in family as factor of securing social stability. *Problemy socialnoi gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2025;33(4):598–603 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2025-33-4-598-603>

For correspondence: Sadykov R. M., candidate of sociological sciences, associate professor, the Senior Researcher of the Institute of Social Economic Studies — Separated Structural Department of the Federal State Budget Scientific Institution “The Ufa Federal Research Center of The Russian Academy of Sciences”. e-mail: SadykovRM@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 12.09.2024

Accepted 30.10.2024

Введение

Современное российское общество продолжает трансформироваться, в связи с чем важно изучить

социальные проблемы, которые влияют на устойчивость функционирования и развития института семьи. Одной из актуальных и распространенных

проблем является насилие в семье, особенно в отношении женщин. Насилие в семье как социальное явление стало уже, к сожалению, обыденностью в российском социуме. По мнению А. Н. Алтуховой, под насилием можно понимать применение силы либо разного рода угроз по отношению к определенным социальным субъектам или же их собственности для реализации цели запугивания и принуждения к совершению действий определенного рода [1]. При этом в научной литературе выделяются различные виды насилия: физическое, психологическое, сексуальное, экономическое, культурное, политическое, религиозное, экологическое.

Согласно М. П. Ефимовой, под домашним насилием понимают совокупность преступных деяний, совершенных в сфере семейных отношений в отношении ближайшего круга лиц [2]. Семейное насилие можно определить как повторяющийся цикл физического, сексуального, психологического, экономического и другого оскорбления с целью установления контроля над личностью, запугивания, внушения чувства страха [3]. Домашнее насилие — это проявление любого вида насилия в семейной среде, когда могут страдать супруги, родственники, родители или дети.

Насилие в отношении женщин часто обусловлено гендерным неравенством. Абьюз же в отношении мужчин связан с проявлением власти и контроля со стороны женщин. А. О. Корнилаева утверждает, что факты насилия со стороны женщины над мужчиной практически не освещаются, подобного рода официальная статистика в России не ведется [4]. Отдельно стоит выделить насилие в отношении детей, которое включает в себя физическое, психологическое, сексуальное, а также направленное на ущемление прав ребенка. Данные виды насилия могут иметь общие черты, но все зависит от особенностей отдельно взятой ситуации, когда ключевую роль может сыграть пол, возраст и другие факторы. Различием является то, кто именно является насильником, а кто — жертвой насилия.

Цель настоящего исследования — изучение понятия, признаков, форм и видов насилия в отношении женщин, подходов, видов и технологий их реабилитации.

Материалы и методы

Эмпирической базой данного исследования стали материалы авторского социологического опроса, проведенного среди получателей социальных услуг (n=90) в кризисном центре помощи женщи-

нам и детям г. Уфы Республики Башкортостан в 2023 г. Материалы исследования — данные федерального статистического наблюдения по Российской Федерации. Достижимость целей данного научного исследования обеспечивается на основе применения комплекса общенаучных методов, среди которых на первом месте логический, системный, сравнительный, функциональный и социологический.

Результаты исследования

По мнению И. Г. Корзун, под насилием в отношении женщин можно понимать одиночные либо групповые насильственные действия, совершаемые главным образом только в отношении женского населения [5]. Насилие в отношении женщин является серьезной проблемой общественного здравоохранения и нарушения прав человека [6]. По оценкам Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), более 30% женщин в возрасте от 15 до 49 лет, или около 900 млн женского населения в мире, подвергались физическому или сексуальному насилию [7]. Домашнее насилие негативно сказывается на физическом, психическом, сексуальном, репродуктивном здоровье женского населения [8].

По официальным данным государственной статистики, в России число женщин, пострадавших от насильственных действий в семье, за последние годы несколько увеличилось. Представленные в табл. 1 и 2 данные демонстрируют факты насилия в семье, однако не раскрывают полностью истинное положение домашних конфликтов, поскольку большинство жертв о насилии не сообщают [9].

Семейные конфликты остро проявляются, обсуждаются и в регионах Российской Федерации. По результатам социологического исследования в Республике Башкортостан выявлено, что проблема семейного насилия в регионе распространена (60—65% обратившихся в кризисные центры являются жертвами домашнего насилия). Согласно результатам исследования, женщины в возрасте 25—35 лет чаще всего становятся жертвами домашнего насилия (40—45% обратившихся в кризисные центры — женское население). Эмпирическим путем были выявлены ключевые причины насилия в семье — это алкоголизм мужчин (80%) и женщин (70%). Далее среди основных причин по значимости идут ненадлежащее семейное воспитание, нестабильное экономическое положение в стране и бедность семьи.

Большинство конфликтов и преступлений происходят в пределах семьи в домашней обстановке.

Таблица 1

Число преступлений, сопряженных с насильственными действиями, совершенных в отношении члена семьи (в абс. ед.)

Показатель	2018 г.		2019 г.		2020 г.		2021 г.	
	всего	из них женщин	всего	из них женщин	всего	из них женщин	всего	из них женщин
Число преступлений	33 378	24 478	32 616	23 720	33 821	24 799	32 790	24 482
Из них в отношении:								
супруга	15 859	13 442	15 124	12 710	15 100	12 810	14 856	12 630
сына, дочери	5 675	2 972	6 256	3 418	6 348	3 387	6 323	3 687

В России ежегодно более 14 тыс. представительниц женского населения погибают от рук семейного партнера, 38% убийств в семье в отношении женщин совершают мужчины-агрессоры. В России 75% пострадавших от домашнего насилия составляют женщины [9].

Возвращение российских военнослужащих из зоны проведения специальной военной операции (СВО) часто сопровождается значительными трудностями и конфликтами в семейных отношениях. Наблюдается высокая частота межличностных конфликтов с супругами, приводящих к разводам, а в отдельных случаях к домашнему насилию и совершению преступлений. Практически у всех вернувшихся наблюдаются симптомы повышенной вспыльчивости, агрессии и недоверия. Резкий переход от экстремальных условий боевых действий к обыденной жизни в мирном обществе вызывает у военнослужащих сильный стресс, усугубляемый потерей сослуживцев и травматическим опытом. В результате члены семьи (супруги и дети) становятся главными мишенями для проявления агрессивного и жестокого поведения.

Статистические данные ВОЗ сообщают о том, что миллионы женщин по всему миру страдают от сексуального, психологического, физического насилия, что, на наш взгляд, подчеркивает важность своевременных действий по снижению уровня данной социальной проблемы в обществе. Семейные конфликты приводят к тому, что женщина начинает страдать физически и психически, наряду с этим страдает и вся семья. Институт семьи в условиях насилия начинает деформироваться, перестают работать фундаментальные семейные ценности и функции. Данная ситуация может привести к тому, что дети, которые растут в таких проблемных семьях, сами в будущем могут проявлять насилие.

Существенной проблемой является то, что очень сложно определить сам процесс насилия, так как это может происходить втайне и жертва боится говорить об этом. Но есть некоторые признаки, которые позволяют определить, что происходит насилие в отношении женщины. Основные из них:

- физические следы насилия, которые позволяют идентифицировать насилие в отношении женщины: синяки, царапины, раны, переломы, опухоли;
- радикальное изменение поведения женщины: она может стать более скрытной, когда рядом с ней находится ее партнер;

— гиперконтроль, который включает в себя ограничение женщины на встречи с друзьями, знакомыми, семьей, гиперконтроль может также включать в себя элементы запугивания и буллинга.

Эти признаки являются некими «маячками предупреждения» того, что, возможно, в этом домохозяйстве происходит насилие в отношении женщины и существуют конфликтные ситуации. Но не стоит воспринимать их как единственные и верные признаки насилия и жестокого обращения. По мнению С. И. Никитина, проблема насилия над женщинами в семье, несмотря на всю важность и актуальность, не имеет единого теоретического и исследовательского основания для определения личностных черт характера мужчины-агрессора [10]. Мы можем заметить, что и в современной обществоведческой науке нет единого теоретического подхода к определению насилия в отношении женщин. В этой связи следует рассмотреть основные формы, виды насилия и жестокого обращения:

- физическое насилие — это вид насилия, который может сопровождаться нанесением жертве физических повреждений, что в итоге может привести к травмам и даже к смерти;
- эмоциональное насилие — это вид насилия, который часто остается незамеченным, может проявляться в виде унижений, оскорблений, угроз, запугивания, изоляции от социальных связей и контроля за жизнью жертвы;
- экономическое насилие — это вид насилия, который выражен в ограничении доступа жертвы к материально-финансовым ресурсам и их контролю; включает в себя контроль за финансами, в том числе запрет на работу или ограничение доступа к денежным средствам, манипуляцию денежными ресурсами, уничтожение имущества жертвы насилия и другие формы экономического давления;
- сексуальное насилие в отношении женщин в семье означает сексуальные действия, которые совершаются без добровольного согласия и вопреки ее желанию;
- психологическое насилие — это форма насилия, которая часто не заметна окружающим; может проявляться в виде манипуляций, угроз, шантажа, преследования, насмешек, что способно привести к тревожности, депрессии и другим психическим расстройствам [11].

Таблица 2

Число потерпевших от преступлений, сопряженных с насильственными действиями, совершенными в отношении члена семьи (в абс. ед.)

Показатель	2018 г.		2019 г.		2020 г.		2021 г.	
	всего	из них женщин	всего	из них женщин	всего	из них женщин	всего	из них женщин
Число потерпевших	33 235	23 518	33 315	23 221	32 557	22 542	32 538	22 615
Из них в отношении:								
супруга	14 722	12 516	14 293	12 085	14 282	12 001	13 966	11 728
сына, дочери	7 142	3 584	8 586	4 342	7 673	3 803	8 402	4 327

Обсуждение

На данном этапе развития в Российской Федерации отсутствует законодательство в отношении противодействия насилию над женщинами, не развита превентивная помощь жертвам насилия. Рассматриваемая проблема является областью интересов разных специалистов, которые работают с семьей: психологов, врачей, специалистов по социальной работе, педагогов. Актуальность и важность проблемы насилия в семье предоставляет специалистам возможность разработки эффективных методов работы с жертвами и предотвращения повторного возникновения насилия. В современном обществе специалисты по семейным конфликтам должны иметь соответствующие навыки и компетенции для своевременного проведения профилактических мер по противодействию насилию в отношении женщин.

По мнению Я. В. Шимановской и Е. Гольдзин, основная доля социально-психологической помощи жертвам домашнего насилия в России оказывается женскими неправительственными организациями, негосударственными некоммерческими организациями, частично при обращении самих пострадавших к семейным психологам, психотерапевтам [12].

Насилие в семье в отношении женщин — серьезная проблема, которая вызывает далеко идущие последствия как для пострадавших женщин, так и для всего общества. Насилие в отношении женщин приводит не только к физическим и психологическим осложнениям, но и к социальной изоляции и экономической зависимости женщин от своих партнеров. В этой связи специалисты играют важную роль в поддержке и реабилитации женщин, пострадавших от насилия в семье, предоставляя необходимые услуги и поддержку, которые помогают им вернуться к нормальной жизни [13, 14].

Понятие реабилитации напрямую связано с процессом восстановления функциональности нормальной жизнедеятельности человека, который перенес травму, болезнь, жестокость, насилие. Главной целью реабилитации является помощь людям в преодолении физических, психологических и социальных последствий каких-либо неблагоприятных событий. Существует множество подходов к определению понятия реабилитации, среди которых можно выделить основные:

- медицинский подход включает в себя общий комплекс медицинских мероприятий, которые направлены прежде всего на восстановление функциональности организма человека;
- психологический подход направлен на восстановление эмоционального и психического состояния человека, который недавно перенес болезнь, травму: психологическое консультирование и психотерапия;
- социальный подход включает в себя восстановление социокультурного состояния человека, который перенес какие-либо неблагоприятные для него события, и подразумевает орга-

низацию комплексных мероприятий, направленных на возвращение человека к общественной жизни: поиск работы, обучение навыкам социальной адаптации и самостоятельности, формирование социального окружения;

- комплексный подход включает в себя медицинский, психологический и социальный подходы, главная его цель — возвращение пациента к нормальной для него жизни с достижением наибольших успехов в развитии навыков самостоятельности.

Реабилитация может включать в себя различные методы и техники в зависимости от того, какая часть жизни пострадавшего была нарушена. Следует отметить, что при реабилитации крайне существенным является индивидуальный подход к каждому пациенту, так как каждый человек имеет свои уникальные потребности и особенности. При этом реабилитация может осуществляться как в стационарных, так и в домашних условиях или в комбинации этих двух подходов. Исследователи Р. А. Зиясов и Т. А. Черникова отмечают, что индивидуальная программа реабилитации состоит из трех разделов: медицинской, профессиональной и социальной реабилитации. Медицинская реабилитация направлена прежде всего на восстановление здоровья человека и может включать в себя такие мероприятия, как физическая терапия, электротерапия, массаж. Профессиональная реабилитация направлена на восстановление трудоспособности пациента, который лишился возможности заниматься своей трудовой деятельностью, и может включать в себя оценку профессиональных навыков и возможностей пациента, обучение новым навыкам и способам трудовой деятельности. Социальная реабилитация в наибольшей степени затрагивает аспекты восстановления социального окружения и общественной роли человека [15].

Существует несколько основных шагов, которые могут помочь женщинам, пострадавшим от насилия в семье, начать процесс социальной реабилитации. Один из первых этапов — это оказание первой помощи: медицинская помощь, юридическая поддержка, временное убежище и другие услуги, необходимые в конкретной ситуации. На данном этапе важно обеспечить женщину психологической поддержкой и дать ей возможность высказаться. Второй этап подразумевает длительный процесс социальной реабилитации, который может включать в себя психологическую и медицинскую помощь, помощь в поиске работы и жилья, обучение навыкам самостоятельной жизни и другие меры поддержки. Конкретный комплекс мероприятий зависит от индивидуальных потребностей женщины и ее семейной ситуации. Третий этап социальной реабилитации подразумевает психологическую помощь. Женщины в условиях домашнего насилия могут иметь различные психологические проблемы: депрессию, тревогу, посттравматический стрессовый синдром. Психологическая помощь может включать в себя индивидуальные и групповые консультации, психо-

терапию и другие методы, направленные на восстановление психического здоровья женщин.

После всех этих этапов специалисты начинают работать с женщиной в аспекте ее личных проблем. Эта работа может включать в себя помощь в обретении новых навыков, таких как освоение профессии или повышение уровня образования, работа над улучшением психологического состояния, помощь в принятии прошлых событий и построении новой жизни. Реабилитация направлена на укрепление личности женщины, ее самооценки и уверенности в себе, а также на предотвращение повторного насилия путем обучения женщин навыкам безопасного поведения и участия в профилактических мероприятиях. Также необходимо разработать нормативно-правовые основы и меры социальной политики, направленные на предотвращение и борьбу с насилием в семье, на защиту жертв.

По мнению Е. В. Ямаевой, ситуация насилия обладает характеристиками трудной жизненной ситуации, которая объективно нарушает жизнедеятельность жертвы насилия, и преодолеть ее самостоятельно в большинстве случаев сложно. Поэтому нужна реабилитация, направленная на восстановление социальной и жизненной нормальности женщин, пострадавших от насилия в семье [16]. Отметим также основные виды технологий, которые используются при социальной реабилитации. По мнению С. В. Марихина и З. М. Ильясовой, в основном это терапевтические методы, психологическая помощь по телефону доверия, очное социальное и психологическое консультирование, групповые методы: тренинги, арт-терапия, организация работы творческих кружков и студий [17].

Следует выделить основные функции социальной реабилитации:

- психологическая поддержка: сопровождение и консультирование женщин в преодолении психологических травм, связанных с насилием; специалисты проводят консультации, обучают женщин понимать свои эмоции, справляться со стрессом и тревогой, развивать навыки управления своим поведением;
- медицинская помощь: женщинам предоставляется необходимая медицинская помощь, в том числе лечение травм, психотерапевтическая помощь, а также профилактические мероприятия; специалисты направляют женщин к необходимым специалистам для получения квалифицированной медицинской помощи;
- юридическая помощь: специалисты помогают женщинам решать юридические проблемы, возникшие в результате насилия, такие как развод, определение опеки над детьми, раздел имущества. Они обеспечивают защиту прав женщин в суде и помогают им получить необходимую юридическую документацию;
- помощь в трудоустройстве: специалисты оказывают женщинам содействие в поиске работы или получении образования, что помогает им улучшить свое материальное положение и

обрести независимость; они предоставляют информацию о вакансиях, помогают составлять резюме и готовиться к собеседованиям, а также могут способствовать получению профессионального образования.

Заключение

Исследование показало, что существуют серьезные проблемы, связанные с реабилитацией женщин, пострадавших от насилия в семье. Одной из основных проблем является недостаточная доступность государственных социальных услуг и программ для данной категории женщин. Многие жертвы насилия не знают о возможностях получения помощи и поддержки, а те, кто знает, могут столкнуться с проблемами доступности услуг в своем регионе. Это может быть связано с недостаточным финансированием программ реабилитации или с отсутствием соответствующих организаций в их местности.

Другой проблемой является необходимость индивидуального подхода к жертвам насилия. Каждая женщина имеет свои потребности и проблемы, которые требуют индивидуальной оценки и подхода со стороны специалистов. Некоторые женщины могут нуждаться в помощи социальных работников, в то время как другие — в медицинской помощи или юридической поддержке.

Ключевым фактором успешной реабилитации и социальной реинтеграции является отношение общества к ветеранам СВО. Эффективность адаптации к мирной жизни на 80% зависит от уровня социальной поддержки и интеграции, предоставляемых обществом.

Таким образом, реабилитация является важной составляющей в оказании помощи женщинам, пострадавшим от насилия в семье. Цель реабилитации — помощь женщинам в восстановлении их физического и психического здоровья, а также в социальной адаптации. Реабилитация направлена на оказание комплексной помощи, включающей социальную, психологическую, медицинскую и юридическую поддержку, временное проживание в безопасном месте, а также помощь в трудоустройстве. Однако для достижения максимальной эффективности реабилитации необходимы вовлечение всех сторон общества и государства, разработка законов и нормативно-правовых актов, направленных не только на предупреждение семейного насилия, но и на его профилактику.

Авторы предлагают комплекс мер, направленных на преодоление проблемы насилия в семье и на повышение эффективности реабилитации пострадавших женщин за счет совершенствования законодательной базы:

- принятие в России Закона «О предупреждении и профилактике семейно-бытового насилия» для обеспечения защиты прав жертв насилия;
- включение в закон мер по предупреждению и прекращению насилия, а также установление ответственности за насильственные действия в

Здоровье и общество

отношении членов семьи, повышение общественного сознания, формирование семейных ценностей, психологическая поддержка родителей;

- организация психологических консультаций для родителей в дошкольных и общеобразовательных учреждениях с целью предотвращения насилия и жестокого обращения в семье, создание служб экстренного реагирования;
- организация в регионах России служб экстренного реагирования, специализирующихся на выездах в случаях домашнего насилия.

Все эти меры призваны создать более эффективную систему предупреждения и профилактики насилия в семье, а также обеспечить более полную и качественную помощь женщинам, пострадавшим от насилия.

Исследование выполнено в рамках государственного задания УФИЦ РАН № 075-00570-24-01 на 2024 год и на плановый период 2025 и 2026 годов.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА

- Алтухова А. Н. Понятие насилия и его виды. *Colloquium-Journal*. 2020;3-9(55):7–9.
- Ефимова М. П. К вопросу о понятии семейного насилия. *Вестник северо-восточного федерального университета им. М. К. Аммосова. Серия: История. Политология. Право*. 2020;3(19):45–53.
- Садыков Р. М., Большакова Н. Л. Насилие в семье в новых российских реалиях: сущность, виды и причины. *Вестник университета*. 2022;(8):171–8. doi: 10.26425/1816-4277-2022-8-171-178
- Корнилова А. О. Домашнее насилие в отношении мужчин. *Университетская наука*. 2021;2(12):154–6.
- Корзун И. Г. Бытовое насилие в отношении женщин. *Государственная служба и кадры*. 2019;(3):128–30. doi: 10.24411/2312-0444-2019-10132
- Ростовская Т. К., Безвербная Н. А. Насилие в отношении женщин: мировые тенденции. *Женщина в российском обществе*. 2020;(2):89–98. doi: 10.21064/WinRS.2020.2.8
- ВОЗ. Режим доступа: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women> (дата обращения 04.09.2024).
- Садыков Р. М., Большакова Н. Л. Женское здоровье: состояние, причины ухудшения, меры по улучшению. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2022;30(2):247–52. doi: 10.32687/0869-866X-2022-30-2-247-252
- Статистика насилия. Официальный сайт Министерства внутренних дел Российской Федерации. Режим доступа: <https://vavilon.ru/statistika-nasilija/> (дата обращения 06.09.2024).
- Никитин С. И. Черты характера мужчины, склонного к насилию по отношению к женщине в семье. *Проблемы современного педагогического образования*. 2021;70(3):310–5.
- Сыпало А. Б. Виды насилия над женщиной в семье. *Инновации. Наука. Образование*. 2022;63:73–82.
- Шимановская Я. В., Гольдзин Е. Социальная и психологическая помощь женщинам, пострадавшим от домашнего насилия: отечественный и зарубежный опыт. *ЦИТИСЭ*. 2022;3(33):118–27. doi: 10.15350/2409-7616.2022.3.10
- Гатаулин Р. Ф., Галикеев Р. Н., Ахметов Т. Р., Большакова Н. Л. Благотворительность как социальная практика в современной России. *Электронный научно-образовательный журнал «История»*. 2023;5(127). doi: 10.18254/S207987840026988-5
- Садыков Р. М., Ахметов В. Я. Благотворительность деятельности и социальное предпринимательство в Республике Башкортостан: исторический опыт и современное состояние. *Электронный научно-образовательный журнал «История»*. 2023;5(127). doi: 10.18254/S207987840026610-0
- Зиязов Р. А., Черникова Т. А. Индивидуальная программа реабилитации и абилитации инвалидов как важнейший инструмент их реабилитации. *Colloquium-Journal*. 2020;34-3(86):4–6. doi: 10.24412/2520-2480-2020-3486-4-6
- Ямаева Е. В. Организация социальной работы с женщинами, подвергшимся насилию в России и за рубежом. *Инновационная наука*. 2018;(4):175.
- Марихин С. В., Ильясова З. М. Особенности социально-психологической работы с женщинами, подвергшимся насилию в семье. *Международный журнал гуманитарных и естественных наук*. 2022;3-2(66):107–10. doi: 10.24412/2500-1000-2022-3-2-107-110

Поступила 12.09.2024
Принята в печать 30.10.2024

REFERENCES

- Altukhova A. N. The concept of violence and its types. *Colloquium-Journal*. 2020;3-9(55):7–9 (in Russian).
- Efimova M. P. On the concept of family violence. *Vestnik Severo-Vostochnogo federal'nogo universiteta im. M. K. Ammosova. Seriya: Istoriya. Politologiya. Pravo*. 2020;3(19):45–53 (in Russian).
- Sadykov R. M., Bolshakova N. L. Domestic violence in the new Russian realities: essence, types and causes. *Vestnik universiteta*. 2022;(8):171–8. doi: 10.26425/1816-4277-2022-8-171-178 (in Russian).
- Kornilova A. O. Domestic violence against men. *Universitetskaya nauka*. 2021;2(12):154–6 (in Russian).
- Korzun I. G. Domestic violence against women. *Gosudarstvennaya sluzhba i kadry*. 2019;(3):128–30. doi: 10.24411/2312-0444-2019-10132. (in Russian).
- Rostovskaya T. K., Bezverbnaya N. A. Violence against women: global trends. *Zhenshchina v rossijskom obshchestve*. 2020;(2):89–98. doi: 10.21064/WinRS.2020.2.8 (in Russian).
- WHO. Available at: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women> (accessed 04.09.2024).
- Sadykov R. M., Bolshakova N. L. Women's health: condition, causes of deterioration, measures for improvement. *Problemy' social'noj gigieny', zdavoohraneniya i istorii mediciny*. 2022;30(2):247–52. doi: 10.32687/0869-866X-2022-30-2-247-252 (in Russian).
- Violence statistics. The official website of the Ministry of Internal Affairs of the Russian Federation. Available at: <https://vavilon.ru/statistika-nasilija/> (accessed 06.09.2024) (in Russian).
- Nikitin S. I. Character traits of a man prone to violence against a woman in the family. *Problemy' sovremennogo pedagogicheskogo obrazovaniya*. 2021;70-3:310–5 (in Russian).
- Sypalo A. B. Types of violence against women in the family. *Innovacii. Nauka. Obrazovanie*. 2022;63:73–82 (in Russian).
- Shimanovskaya Ya. V., Goldzin E. Social and psychological assistance to women victims of domestic violence: domestic and foreign experience. *CITISE*. 2022;3(33):118–27. doi: 10.15350/2409-7616.2022.3.10 (in Russian).
- Gataullin R. F., Galikeev R. N., Akhmetov T. R., Bolshakova N. L. Charity as a social practice in modern Russia. *E'lektronny'j nauchno-obrazovatel'ny'j zhurnal "Istoriya"*. 2023;5(127). doi: 10.18254/S207987840026988-5 (in Russian).
- Sadykov R. M., Akhmetov V. Ya. Charitable activities and social entrepreneurship in the Republic of Bashkortostan: historical experience and current state. *E'lektronny'j nauchno-obrazovatel'ny'j zhurnal "Istoriya"*. 2023;5(127). doi: 10.18254/S207987840026610-0 (in Russian).
- Ziyazov R. A., Chernikova T. A. Individual rehabilitation and habilitation program for the disabled as the most important tool for their rehabilitation. *Colloquium-Journal*. 2020;34-3(86):4–6. doi: 10.24412/2520-2480-2020-3486-4-6 (in Russian).
- Yamaeva E. V. Organization of social work with women who have been subjected to violence in Russia and abroad. *Innovacionnaya nauka*. 2018;(4):175 (in Russian).
- Marikhin S. V., Ilyasova Z. M. Features of social and psychological work with women who have been subjected to domestic violence. *Mezhdunarodny'j zhurnal gumanitarny'x i estestvenny'x nauk*. 2022;3-2(66):107–10. doi: 10.24412/2500-1000-2022-3-2-107-110 (in Russian).

Харбедия Ш. Д.¹, Моисеева К. Е.¹, Шевцова К. Г.¹, Резник В. А.¹, Тайц А. Н.¹, Болотских В. М.², Симченко А. Е.¹**ОЦЕНКА ФАКТОРОВ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОГО РИСКА В ГРУППЕ ПАЦИЕНТОК ПЕРИНАТАЛЬНОГО ЦЕНТРА ПОЗДНЕГО РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА**¹ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России, 194100, г. Санкт-Петербург;²СПб ГБУЗ «Родильный дом № 9», 196142, г. Санкт-Петербург

Статья посвящена сравнительной оценке факторов медико-социального риска у беременных позднего репродуктивного возраста, госпитализированных в родоразрешительное отделение акушерского стационара третьего уровня. В современных условиях организации и управления здравоохранением, когда сроки деторождения смещаются в более старшие возрастные группы, медико-социальные исследования здоровья беременных женщин в возрасте 35 лет и старше приобретают особую значимость. Учитывая, что в условиях демографического кризиса вспомогательные репродуктивные технологии стали рассматриваться в качестве резерва повышения рождаемости, сравнительная оценка факторов медико-социального риска у беременных позднего репродуктивного возраста с различными способами наступления беременности является актуальной темой для исследования. С этой целью проведена выкопировка сведений из учетной медицинской документации родоразрешительного отделения перинатального центра. В качестве основной группы были взяты беременные, преодолевшие бесплодие с помощью экстракорпорального оплодотворения, в качестве контрольной — беременные со спонтанно наступившей беременностью. Проведенное исследование выявило особенности действия факторов медико-социального риска в группе пациенток перинатального центра позднего репродуктивного возраста, что имеет важное значение для организации и управления здравоохранением в указанной предметной области.

Ключевые слова: организация и управление здравоохранением; факторы медико-социального риска; вспомогательные репродуктивные технологии; перинатальный центр; беременные; старший репродуктивный возраст.

Для цитирования: Харбедия Ш. Д., Моисеева К. Е., Шевцова К. Г., Резник В. А., Тайц А. Н., Болотских В. М., Симченко А. Е. Оценка факторов медико-социального риска в группе пациенток перинатального центра позднего репродуктивного возраста. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2025;33(4):604—611. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2025-33-4-604-611>

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

Kharbediya Sh. D.¹, Moiseeva K. E.¹, Shevtsova K. G.¹, Reznik V. A.¹, Taitis A. N.¹, Bolotskikh V. M.², Simchenko A. E.¹

THE EVALUATION OF FACTORS OF MEDICAL SOCIAL RISK IN THE GROUP OF FEMALE PATIENTS OF LATE REPRODUCTIVE AGE OF PERINATAL CENTER¹The Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The St. Petersburg State Pediatric Medical University” of the Minzdrav of Russia, 194100, St. Petersburg, Russia;²The State Health Care Budget Institution of St. Petersburg “The Maternity Home № 9”, 196142, St. Petersburg, Russia

The article is devoted to comparative assessment of medical social risk factors in pregnant women of late reproductive age hospitalized in the antenatal department of third-level obstetric hospital. In modern conditions of organization and management of health care, when terms of childbirth are shifted to older age groups, medical social studies of health of pregnant women aged 35 years and older are of particular importance. Considering that in conditions of demographic crisis auxiliary reproductive technologies began to be considered as reserve to increase natality, comparative evaluation of medical social risk factors in pregnant women of late reproductive age with different methods of pregnancy onset is actual topic for research. With this purpose, exon of data from medical records of prenatal department of the perinatal center was carried out. The main group consisted of pregnant women who overcame infertility by in vitro fertilization. The control group included pregnant women with spontaneously occurred pregnancy. The study revealed specificity of impact of medical social risk factors in the group of female patients of late reproductive age of perinatal center medical that is important for organization and management of health care in mentioned domain.

Key words: health care; organization; management; medical social risk factors; auxiliary reproductive technologies; perinatal center; pregnant women; senior reproductive age.

For citation: Kharbediya Sh. D., Moiseeva K. E., Shevtsova K. G., Reznik V. A., Taitis A. N., Bolotskikh V. M., Simchenko A. E. The evaluation of factors of medical social risk in the group of female patients of late reproductive age of perinatal center. *Problemy socialnoi gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2025;33(4):604—611 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2025-33-4-604-611>

For correspondence: Simchenko A. E., the Student of the Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The St. Petersburg State Pediatric Medical University” of the Minzdrav of Russia. e-mail: natalysimchenko@yandex.ru

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support.

Received 10.08.2024

Accepted 30.10.2024

Введение

Президент Российской Федерации В. В. Путин в своем послании Федеральному собранию обозначил

среди приоритетных задач улучшение демографической ситуации. В соответствии с выделенным вектором в государственной политике нашей страны 2018—2027 гг. Указом Президента России были объ-

Здоровье и общество

явлены Десятилетием детства [1]. В рамках указанного периода среди необходимых первоочередных преобразований, имеющих фундаментальное значение, кроме решения демографических проблем, обозначены вопросы поддержки системы охраны материнства и детства. Кроме того, 2024 г. был объявлен «Годом семьи», а в 2025 г. началась реализация Национального проекта «Семья» [2, 3]. Особое значение в данном контексте приобрела проблема бесплодия супружеских пар.

За последнее десятилетие современная наука сделала значительный скачок в применении новейших методов лечения заболеваний, которые еще недавно считались неизлечимыми. Существенные результаты были достигнуты в лечении бесплодия с помощью вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) [4]. Применение ВРТ, борьба с абортами и меры по снижению смертности населения рассматриваются в качестве основных направлений стимулирования прироста населения. В Российской Федерации ВРТ стали рассматривать в качестве одной из мер по повышению рождаемости, что может обеспечить в дальнейшем положительный репродуктивный эффект [5].

ВРТ представляют собой методы лечения бесплодия, при применении которых отдельные или все этапы зачатия и раннего развития эмбрионов осуществляются вне материнского организма (в том числе с использованием донорских и/или криоконсервированных половых клеток, тканей репродуктивных органов и эмбрионов, а также суррогатного материнства) [6]. В медицинской практике применяются методы ВРТ: экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО), интрацитоплазматическая инъекция сперматозоидов (ИКСИ), суррогатное материнство, репродуктивное донорство, криоконсервация и др. Несмотря на широкий выбор, именно ЭКО является самым распространенным методом лечения бесплодия [7]. В последние годы Российская Федерация занимает лидирующие позиции по количеству процедур ЭКО не только в Европе, но и в мире [8].

Существует значительное число публикаций, которые связывают ЭКО не только с неблагоприятными перинатальными исходами, но и с рисками для здоровья детей, появившихся на свет при помощи этих технологий [9—12]. Вместе с тем, согласно ряду исследований, намного более значительное влияние на здоровье детей оказывает не способ зачатия, а факторы, которые обусловлены соматическим и репродуктивным здоровьем родителей [13, 14]. Кроме того, следует учитывать, что огромный вклад в будущее здоровье ребенка вносит медико-социальная характеристика семьи [15]. Поэтому особое внимание государства и системы здравоохранения уделяется проблеме повышения возраста деторождения у женщин [16].

Быстрое развитие и распространение ЭКО привело к необходимости исследовать особенности анамнестической характеристики пациенток отделения патологии беременности позднего репродуктивного

возраста, преодолевших бесплодие с помощью ЭКО. Данные исследования необходимы для разработки мер по улучшению здоровья беременных, рожениц и родильниц.

Цель исследования — оценка факторов медико-социального риска у беременных позднего репродуктивного возраста, госпитализированных в родовое отделение акушерского стационара третьего уровня.

Материалы и методы

Для реализации поставленной цели на базе родового отделения (акушерское отделение патологии беременности) перинатального центра ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» (СПбГПМУ) Минздрава России методом копи-пара была проведена выкопировка сведений из 1112 учетных форм № 003/у «Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара». Основную группу составили 556 пациенток старше 35 лет, беременность которых наступила с помощью ЭКО, госпитализированных в родовое отделение перинатального центра СПбГПМУ в 2018—2024 гг. Для каждой пациентки, беременность которой наступила с использованием ЭКО, по возрасту, семейному положению и месту жительства была подобрана пациентка, со спонтанно наступившей беременностью (контрольная группа). Средний возраст пациентки составил $39,44 \pm 0,17$ года. Доля пациенток в зарегистрированном браке (гражданском браке) составила 87,2%, незамужних и/или не имеющих партнера — 12,8%. Все пациентки, отобранные для настоящего исследования, постоянно проживали в г. Санкт-Петербурге. Для сравнительной оценки факторов медико-социального риска у беременных позднего репродуктивного возраста с различными способами наступления беременности изучены следующие показатели: распределение пациенток по источникам финансирования госпитализации, распределение пациенток по числу беременностей, распределение пациенток по числу родов, распространенность аборт в анамнезе, соотношение абортов и родов, частота патологии плода, распространенность многоплодной беременности, распределение пациенток по причинам госпитализации в родовое отделение перинатального центра.

Были рассчитаны экстенсивные показатели, среднее арифметическое и его ошибка, а также показатель наглядности между показателями в группах (за 100% принимали показатель у пациенток с естественно наступившей беременностью). Оценку значимости различий показателей проводили с использованием t -критерия Стьюдента. Достоверность значимости различий между качественными признаками проверялась при помощи таблиц сопряженности с использованием критерия Пирсона хи-квадрат (χ^2). Теоретическая частота для каждой ячейки таблицы не должна быть меньше 10. Различия считали значимыми при $p < 0,05$. Статистическая

обработка данных осуществлялась при помощи программных пакетов MS Office-2019 и StatSoft-Statistica 10.0.

Результаты исследования

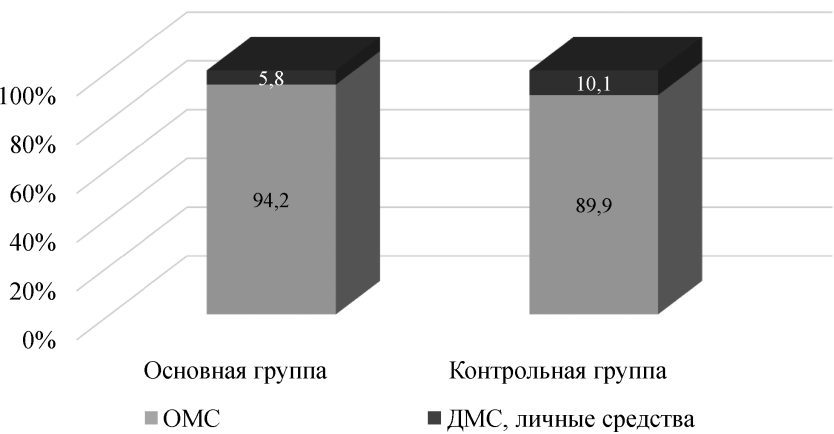
Оценка распределения беременных позднего репродуктивного возраста, преодолевших бесплодие с помощью ЭКО, госпитализированных в родовое отделение акушерского стационара третьего уровня, по источникам финансирования госпитализации выявила, что оплата лечения из средств фонда обязательного медицинского страхования (ОМС) достоверно превышала оплату по ДМС и из личных средств вне зависимости от способа зачатия ($p=0,000$). При сравнении пациенток установлено (рис. 1), что доля платных услуг у пациенток основной группы была в 1,7 раза ниже, чем в контрольной группе (5,8% против 10,1%; $p=0,008$).

Проведенная оценка распределения беременных позднего репродуктивного возраста, госпитализированных в перинатальный центр, по числу беременностей показала (табл. 1), что удельный вес первобеременных женщин в основной группе был выше в 2,2 раза, чем в контрольной (36,0% против 16,2%; $p=0,000$). Выявлено, что доля женщин со второй беременностью среди пациенток с ЭКО была ниже в 1,2 раза, чем у пациенток с естественным зачатием (25,5% против 31,3%; $p=0,039$). В то же время удельный вес пациенток с тремя и более беременно-

стями среди пациенток с ЭКО был значительно ниже аналогичного показателя у женщин с естественным зачатием (32,7% против 58,3%; $p=0,000$).

Выявлено, что у пациенток с ЭКО старшего репродуктивного возраста чаще всего это были первые роды. Удельный вес первородящих женщин с ЭКО статистически значимо превышал таковой у женщин с естественным зачатием (70,5% против 29,1%; $p=0,000$). Оценка распределения пациенток по числу родов показала, что в основной группе статистически значимо реже встречались вторые роды (25,5% против 45,3%; $p=0,000$), третьи и более (4,0% против 25,6%; $p=0,000$). Соответственно, распределение пациенток родового отделения по числу беременностей и родов зависит от способа зачатия, что подтверждается высоким значением критерия Пирсона ($\chi^2=85,24$ и $\chi^2=214,11$ соответственно; $p=0,000$).

Оценка распространенности аборт в анамнезе показала (рис. 2), что у пациенток с ЭКО по сравнению с естественным зачатием аборты были реже (47,8% против 56,1%; $p=0,000$). Установлено, что у пациенток вне зависимости от способа зачатия удельный вес родов статистически значимо превышал таковой абортов ($p=0,000$). Оценка показателя соотношения абортов и родов выявила, что у пациенток с ЭКО на 1 роды приходилось 0,70 аборта (466 против 664), а со спонтанной беременностью — на 1 роды приходилось 0,65 аборта (486 против 750).



Исследование показало (рис. 3), что распространенность многоплодной беременности у пациенток основной группы составила 9,0%. В то же время в контрольной группе этот показатель составил только 0,4%. Соответственно, у беременных позднего репродуктивного возраста, преодолевших бесплодие с помощью ЭКО, госпитализированных в родовое отделение акушерского стационара третьего уровня, многоплодная беременность наступала в 22,5 раза чаще, чем при естественном зачатии ($p=0,000$).

Оценка частоты патологии плода выявила, что в основной группе этот показатель составил 21,6%, а в кон-

Рис. 1. Распределение пациенток по источникам финансирования лечения в зависимости от способа зачатия.

Таблица 1

Распределение пациенток с различными способами зачатия по числу беременностей и родов в анамнезе (в %)

Число беременностей/родов	Беременность			Роды		
	основная группа	контрольная группа	показатель наглядности, %/p	основная группа	контрольная группа	показатель наглядности, %/p
1	36,0 (200)	16,2 (90)	122,2/0,000	70,5 (392)	29,1 (162)	142,3/0,000
2	31,3 (174)	25,5 (142)	22,7/0,033	25,5 (142)	45,3 (252)	-43,7/0,000
3	16,2 (90)	27,0 (150)	-40,0/0,000	2,9 (16)	19,8 (110)	-85,4/0,000
4	16,5 (92)	31,3 (174)	-47,3/0,000	1,1 (6)	5,8 (32)	-81,0/0,000
Всего...	100,0 (556)	100,0 (556)	0,0/-	100,0 (556)	100,0 (556)	0,0/-
χ^2/p	85,24/0,000			214,11/0,000		

Примечание. В скобках — абс. ед.

Здоровье и общество

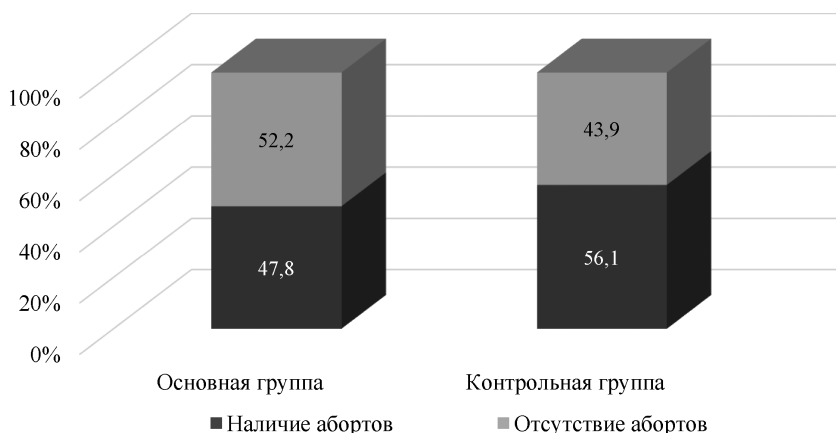


Рис. 2. Распределение пациенток по наличию и отсутствию абортов в анамнезе в зависимости от способа зачатия.

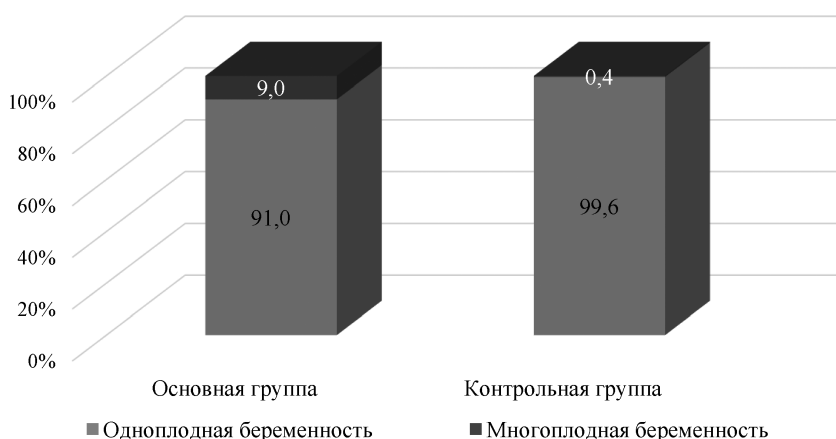


Рис. 3. Распределение пациенток по количеству плодов в зависимости от способа зачатия.

трольной — 18,3%. Соответственно, в старшем репродуктивном возрасте у пациенток с ЭКО патология плода встречалась на 3,3% чаще, чем у женщин с естественно наступившей беременностью ($p=0,162$). Распределение беременных позднего репродуктивного возраста, госпитализированных в родоразрешительное отделение акушерского стационара третьего уровня, по наличию и отсутствию патологии плода в настоящей беременности в зависимости от способа зачатия представлено на рис. 4.

Анализ структуры причин госпитализации в родоразрешительное отделение показал, что способ зачатия влиял на распределение пациенток по основным диагнозам при поступлении (табл. 2). Среди пациенток основной группы достоверно чаще отмечена госпитализация по причине преэклампсии средней тяжести и тяжелой (9% против 3,6%; $p=0,000$), угрожающих родов/выкидышей (15,9% против 7,2%; $p=0,000$) и плацентарной недостаточности (2,5% против 0,7%; $p=0,017$), но реже встречались ложные схватки (0,7% против

6,1%; $p=0,000$). В то же время у пациенток с ЭКО и со спонтанно наступившей беременностью была практически одинаковая частота применения кесарева сечения в родах ($p=0,818$). Однако среди пациенток с ЭКО основной причиной поступления в родоразрешительное отделение перинатального центра не являлись такие диагнозы, как патология плода, сахарный диабет и послеоперационный рубец матки, требующий предоставления медицинской помощи матери.

Исследование выявило, что распределение пациенток родоразрешительного отделения по диагнозу при поступлении зависит от способа зачатия, что подтверждается высоким значением критерия Пирсона ($\chi^2=111,45$; $p=0,000$).

Обсуждение

В условиях, когда развитие современного государства привело к появлению больших возможностей для самореализации женщины, изменилась ее роль как в самом обществе в целом, так и в семье. Смена парадигмы привела к тому, что необходимость получения образования, построения карьеры и достижение определенного уровня жизни ощутимо сдвинули возраст деторождения [16]. С одной стороны, появившиеся возможности значительно повысили качество жизни современных женщин. С другой — с увеличением возраста появляется существенное количество дополнительных факторов риска для их здоровья [5, 17]. Это может негативно сказаться не только на течении беременности и родов, но и на способности женщин к зачатию [10, 18]. В последнее время на фоне демографических проблем проблема бесплодия становится особенно актуальной. Одним

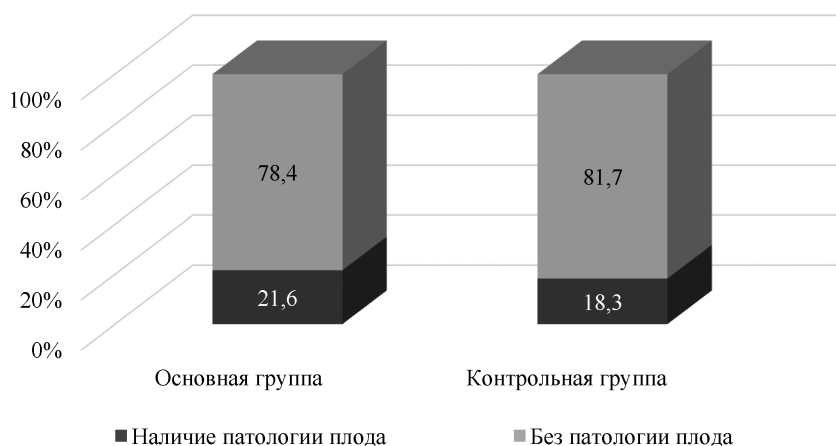


Рис. 4. Распределение пациенток по наличию и отсутствию патологии плода в настоящей беременности в зависимости от способа зачатия.

Распределение пациенток с различными способами зачатия по диагнозу при поступлении (в %)

Диагноз (код МКБ)	Основная группа	Контрольная группа	Показатель наглядности, %/р
Кесарево сечение (O82, O84.2)	51,8 (288)	51,1 (284)	1,4/0,818
Роды (O80, O81, O83, O84.0, O84.1, O84.8, O84.9)	12,6 (70)	14,7 (82)	–14,3/0,309
Патология плода (O36)	– (0)	2,2 (12)	0,0/—
Истмико-цервикальная недостаточность (O34.4)	3,2 (18)	2,2 (12)	45,5/0,303
Ложные схватки (O47.1, O47.9)	0,7 (4)	6,1 (34)	–88,5/0,000
Преэклампсия средней тяжести и тяжелая (O11, O14)	9,0 (50)	3,6 (20)	150,0/0,000
Сахарный диабет при беременности (O24.4)	0,0 (—)	4,0 (22)	0,0/—
Угрожающие роды/выкидыш (O20.0, O47.0)	15,9 (88)	7,2 (40)	120,8/0,000
Послеоперационный рубец матки, требующий предоставления медицинской помощи матери O34.2	– (0)	2,5 (14)	0,0/—
Плацентарная недостаточность (O43)	2,5 (14)	0,7 (4)	257,1/0,017
Предлежание плаценты (O44.0)	0,7 (4)	1,1 (6)	–36,4/0,478
Прочие	3,6 (20)	4,7 (26)	–23,4/0,358
Всего...	100 (556)	100 (556)	0,0/—

$$\chi^2=111,45; p=0,000$$

Примечание. В скобках — абс. ед.

из вариантов борьбы с бесплодием на сегодняшний день становятся ВРТ.

В соответствии с Конституцией Российской Федерации материнство и детство, семья находятся под особой защитой государства, которое гарантирует право на бесплатную медицинскую помощь [19]. Социальные гарантии государства обеспечивают женщин с установленным диагнозом бесплодия возможностью получения услуг по ВРТ за счет средств ОМС. Также каждой женщине в последующем гарантировано оказание медицинской помощи в период беременности, во время родов и в послеродовой период [20]. Наше исследование показало, что 94,2% женщин позднего репродуктивного возраста, беременность которых наступила с помощью ЭКО, и 89,9% женщин со спонтанно наступившей беременностью получали медицинскую помощь в родовом отделении организации родовспоможения третьего уровня за счет средств ОМС. При этом доля платных услуг у пациенток с ЭКО была в 1,7 раза ниже, чем у женщин с естественным зачатием.

Проблема бесплодия и позднего материнства ведет к тому, что в большинстве случаев женщина не предполагает или не может иметь более одного ребенка [21]. Как показало наше исследование, при среднем возрасте матери $39,44 \pm 0,17$ года удельный вес первобеременных и первородящих женщин в группе пациенток с ЭКО был выше, чем в группе пациенток с естественным зачатием, в 2,2 и 2,4 раза соответственно. Кроме того, среди пациенток с ЭКО было в 6,4 раза меньше многодетных матерей.

В современных условиях применение ВРТ наряду с борьбой с абортами и мерами по снижению смертности населения рассматриваются в качестве основных направлений стимулирования прироста населения [4]. Оценка распространенности абортов в анамнезе у пациенток с разными способами зачатия выявила, что у беременных с ЭКО значительно реже в анамнезе были аборты, но на 1 роды приходилось большее число прерываний беременности.

Таким образом, в группе пациенток с ЭКО на одни роды приходится больше негативных исходов беременности, что требует принятия мер по улучшению системы диспансерного наблюдения женщин с бесплодием и их предгравидарной подготовки на амбулаторном этапе [22, 23].

Еще одной особенностью результата проведения процедуры ЭКО является высокая вероятность наступления многоплодной беременности, которая создает целый ряд рисков для ее течения и родов, а также для здоровья ребенка [24, 25]. Как показало проведенное исследование, многоплодная беременность у пациенток с ЭКО наступала в 22,5 раза чаще, чем при естественном зачатии. Таким образом, у женщин позднего репродуктивного возраста, беременность которых наступила с применением ЭКО, имеются повышенные риски преждевременных родов и рождения недоношенных детей.

В условиях сформированной трехуровневой системы организации акушерской и перинатальной помощи оказание медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и в послеродовой период осуществляется на основе региональных схем маршрутизации [6]. Это позволяет предоставить дифференцированный объем медицинского обследования и лечения в зависимости от степени риска возникновения осложнений [26]. В перинатальный центр в соответствии с возлагаемыми на него функциями акушерского стационара третьего уровня подлежат госпитализации все беременные с патологией плода (плодов), в том числе с задержкой роста, метаболическими заболеваниями и водянкой плода, а также при состояниях и заболеваниях, требующих выполнения фетальных вмешательств. Исследование выявило, что патология плода была выявлена у 21,6% пациенток с ЭКО и 18,6% с естественным зачатием, что, несмотря на разницу в 3,3%, не имело статистически значимых различий. Иными словами, практически у каждой пятой пациентки старшего репродуктивного возраста, госпитализированной в перинатальный центр, беременность осложнялась

Здоровье и общество

нарушениями и пороками развития ребенка, что может рассматриваться в качестве дополнительного аргумента необходимости снижения возраста материнства.

Однако, как показало исследование, среди основных диагнозов при госпитализации в перинатальный центр у беременных с ЭКО не было диагноза «патология плода», а среди беременных со спонтанной беременностью таких женщин было только 2,0%. При этом более половины беременных поступали в родовое отделение уже для родоразрешения. Данное несоответствие показывает, что у значительной части женщин патология плода не выявляется на амбулаторном этапе, а диагностируется только в акушерских стационарах третьего уровня [27].

Следует отметить очень высокий показатель частоты применения кесарева сечения в родах. Если в среднем по популяции в мегаполисе каждые третьи роды проводятся с применением данного оперативного пособия [28], то в нашем исследовании это были каждые вторые роды вне зависимости от способа наступления беременности. Кроме того, исследование выявило, что среди госпитализированных пациенток, беременность которых наступала при помощи ЭКО, значительно чаще основной причиной госпитализации была преэклампсия (средней тяжести и тяжелая), угрожающие роды/выкидыши и плацентарная недостаточность. Соответственно, имеется необходимость в дальнейшем улучшении системы антенатальной охраны плода в женских консультациях [29, 30].

Установлены особенности анамнестической характеристики пациенток с ЭКО по сравнению с естественным зачатием. Среди пациенток с ЭКО наблюдались более высокие показатели удельного веса первобеременных и первородящих женщин, соотношения аборт и родов, частоты многоплодных беременностей и частоты госпитализаций по причинам средней тяжести и тяжелой преэклампсии, угрожающих родов/выкидышей и плацентарной недостаточности.

Заключение

Проведенное исследование выявило особенности факторов медико-социального риска у беременных позднего репродуктивного возраста и их связь со способом зачатия. Доля первобеременных и первородящих женщин среди пациенток с ЭКО была значительно выше, а с двумя, тремя и более беременностями и родами — ниже, чем среди пациенток с естественным зачатием. При ЭКО удельный вес пациенток с абортами в анамнезе был ниже такового пациенток со спонтанной беременностью, но на одни роды приходилось большее число аборт.

Выявлено, что распространенность многоплодной беременности у пациенток с ЭКО была значительно выше, чем у пациенток с естественным зачатием. В то же время не установлено статистически значимых различий между показателями частоты

встречаемости патологии плода у пациенток основной и контрольной групп.

Установлены особенности действия факторов медико-социального риска в группе пациенток перинатального центра позднего репродуктивного возраста, что имеет важное значение для организации и управления здравоохранением в указанной предметной области.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Указ Президента РФ от 29.05.2017 № 240 «Об объявлении в Российской Федерации Десятилетия детства». Режим доступа: <http://www.kremlin.ru/acts/bank/41954> (дата обращения 12.03.2025).
2. Указ Президента РФ от 22.11.2023 № 875 «О проведении в Российской Федерации Года семьи». Режим доступа: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_472530/ (дата обращения 12.03.2025).
3. Национальные проекты. Режим доступа: <https://национальные-проекты.рф/new-projects/semya/> (дата обращения 12.03.2025).
4. Указ Президента РФ от 9 октября 2007 г. № 1351 «Об утверждении Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года» (с изменениями и дополнениями) Приложение. Концепция демографической политики РФ на период до 2025 г. Режим доступа: <https://base.garant.ru/191961/53f89421bbdaf741eb2d1ecc4ddb4c33/?ysclid=m58esxnsnq406250303> (дата обращения 12.03.2025).
5. Иванов Д. О., Орел В. И., Криволесова Т. А., Бородкина О. И. Оценка пациентками доступности медицинской помощи при подготовке к экстракорпоральному оплодотворению. *Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии*. 2023;22(4):66—71. doi: 10.20953/1726-1678-2023-4-66-71
6. Приказ Минздрава России от 31.07.2020 № 803н «О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению». Режим доступа: <https://docs.cntd.ru/document/565780446?ysclid=lxouou9ll6688979718> (дата обращения 12.03.2025).
7. Клинические рекомендации «Женское бесплодие» (утв. Министерством здравоохранения Российской Федерации, 2024 г.) Режим доступа: <https://base.garant.ru/409466695/?ysclid=m58exw5rdx725823412> (дата обращения 12.03.2025).
8. Российская Ассоциация Репродукции Человека. Режим доступа: <https://www.rahr.ru/> (дата обращения 12.03.2025).
9. Ковтун О. П., Плаксина А. Н., Макутина В. А. Информационно-аналитические системы для оценки перинатальных исходов и состояния здоровья детей, рожденных при помощи вспомогательных репродуктивных технологий. *Российский вестник перинатологии и педиатрии*. 2020;65(1):45—50. doi: 10.21508/1027-4065-2020-65-1-45-50
10. Мурзаханова А. Ф., Ослопов В. Н., Хазова Е. В. Состояние здоровья детей, рожденных после экстракорпорального оплодотворения: вероятные риски и возможные осложнения. *Практическая медицина*. 2020;18(3):43—50. doi: 10.32000/2072-1757-2020-3-43-50
11. Соболева М. К., Киншт Д. А. Основные показатели здоровья новорожденных от одноплодной индуцированной беременности. *Мать и Дитя в Кузбассе*. 2020;83(4):4—11. doi: 10.24411/2686-7338-2020-10042
12. Огнерубов Н. А. Опухоли головы и шеи и вспомогательные репродуктивные технологии: социально-правовой аспект. *Опухоли головы и шеи*. 2020;10(3):90—6. doi: 10.17650/2222-1468-2020-10-3-90-96
13. Михеева Е. М., Пенкина Н. И. Течение неонатального периода у детей, родившихся с использованием вспомогательных репродуктивных технологий. *Практическая медицина*. 2019;17(5):180—4. doi: 10.32000/2072-1757-2019-5-180-184
14. Проватар Н. П., Каширская Е. И., Кузьмин В. Н., Николаев А. А., Ерачин И. И. Показатели состояния железа в пуповинной крови недоношенных, рожденных по технологии ЭКО. *Лечащий Врач*. 2022;25(7-8):71—5. doi: 10.51793/OS.2022.25.8.011

15. Дадаева Т. М., Баранова В. В. Вспомогательные репродуктивные технологии в репродуктивном поведении городской молодежи (опыт пилотажного исследования). *Регионология*. 2019;27(1):138—55. doi: 10.15507/2413-1407.106.027.201901.138-155
16. Спиридонов Д. В., Полякова И. Г. Феномен отложенного материнства и вспомогательные репродуктивные технологии: социально-экономические и демографические аспекты. *Мир России*. 2024;33(3):75—98. doi: 10.17323/1811-038X-2024-33-3-75-98
17. Шапошникова Е. В., Базина М. И., Менчик М. М. и др. Особенности течения беременности и родоразрешения у пациенток с нарушениями углеводного обмена. *РМЖ. Мать и дитя*. 2020;3(3):163—8. doi: 10.37800/RM2020-3-3-163-168
18. Оразов М. Р., Радзинский В. Е., Хамошина М. Б., Михалева Л. М., Волкова С. В., Абитова М. З. Причины эндометриоз-ассоциированного бесплодия. *Репродуктивная медицина*. 2020;43(2):43—8. doi: 10.37800/RM2020-1-17
19. Конституция Российской Федерации (принята всенародным голосованием 12.12.1993 с изменениями, одобренными в ходе общероссийского голосования 01.07.2020). Режим доступа: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_28399/8c815f376c72a61b3df7905bb5aa9ef144d2cb0d/?ysclid=m58feab9t4729567186 (дата обращения 12.03.2025).
20. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 08.08.2024, с изм. от 26.09.2024) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.09.2024). Режим доступа: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/4c25fd1ca8556d4101f9f5e5f00c63357bbbdd4c/?ysclid=m58fgwhb6t491864789 (дата обращения 12.03.2025).
21. Моисеева К. Е., Юрьев В. К., Харбедия Ш. Д., Шевцова К. Г., Алексеева А. В., Кирушина М. Ю. Возрастные особенности акушерско-гинекологического профиля женщин, преодолевших бесплодие при помощи вспомогательных репродуктивных технологий. *Социальные аспекты здоровья населения [сетевое издание]* 2024;70(1):9. Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1566/30/lang,ru/> (дата обращения 12.03.2025). doi: 10.21045/2071-5021-2024-70-1
22. Мирзахметова Д. Д., Курманова А. М., Ибраева Д. Е., Рыскельдиева К. Ж., Курбаниязова С. А. Динамика основных индикаторов перинатальной помощи в регионе с высокой рождаемостью. *Социальные аспекты здоровья населения [сетевое издание]* 2022;68(2):7. doi: 10.21045/2071-5021-2022-68-2-7. Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1361/30/lang,ru/> (дата обращения 12.03.2025)
23. Мусалаева И. О., Тарасенко Е. В., Костин И. Н., Азова М. М., Оленев А. С. Преждевременные роды: новые возможности прогнозирования. *Акушерство и гинекология: новости, мнения, обучение*. 2020;8(3):10—4. doi: 10.24411/2303-9698-2020-13901
24. Баринов С. В., Белинина А. А., Колядо О. В., Молчанова И. В., Шкрет А. А., Степанов С. С. Предикторы невынашивания при многоплодной беременности. *Медицинский совет*. 2020;(3):144—50. doi: 10.21518/2079-701X-2020-3-144-150
25. Гриднев О. В., Гришина Н. К., Соловьева Н. Б., Варганян Э. А. Пути совершенствования управления организацией и оказанием помощи женщинам с диагнозом привычное невынашивание беременности. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2022;30(1):45—50. doi: 10.32687/0869-866X-2022-30-1-45-50
26. Тюмина О. В. Организация медицинской помощи женщинам с бесплодием при низком овариальном резерве. *Medical & pharmaceutical journal «Pulse»*. 2022;24(6):33—56. doi: 10.26787/nydha-2686-6838-2022-24-6
27. Бушмелева Н. Н., Вахрушева Ю. Н. Этиопатогенетический аспект ранних репродуктивных потерь при совершенствовании организации медицинской помощи женщинам (аналитический обзор). *Социальные аспекты здоровья населения [сетевое издание]* 2020;66(5):6. doi: 10.21045/2071-5021-2020-66-5-6. Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1199/30/lang,ru/> (дата обращения 12.03.2025).
28. Пачковская О. Ю., Игитова М. Б., Дмитриенко К. В. Возможности естественного родоразрешения женщин с рубцом на матке с учетом перинатального риска. *Дальневосточный медицинский журнал*. 2021;(3):58—62. doi: 10.35177/1994-5191-2021-3-58-62
29. Николаева М. Г., Щеклеина К. В., Момот А. П., Терехина В. Ю., Григорьева Е. В. Роль коагуляционного гемостаза в реализации ранней преэклампсии у пациенток низкого риска. *Акушерство, гинекология и репродукция*. 2022;16(4):391—400. doi: 10.17749/2313-7347/ob.gyn.rep.2022.324
30. Малышкина А. И., Григушкина Е. В., Таланова И. Е. Факторы риска угрозы прерывания беременности у женщин с привычным невынашиванием: анализ анкетного опроса 353 беременных женщин. *Гинекология*. 2022;24(2):126—31. doi: 10.26442/20795696.2022.2.201342

Поступила 10.08.2024
Принята в печать 30.10.2024

REFERENCES

1. Decree of the President of the Russian Federation of 29.05.2017 No. 240 “On declaring the Decade of Childhood in the Russian Federation”. Available at: <http://www.kremlin.ru/acts/bank/41954> (accessed 12.03.2025) (in Russian).
2. Decree of the President of the Russian Federation of 22.11.2023 No. 875 “On holding the Year of the Family in the Russian Federation”. Available at: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_472530/ (accessed 12.03.2025) (in Russian).
3. National projects. Available at: <https://национальныепроекты.рф/new-projects/semya/> (accessed on 12.03.2025) (in Russian).
4. Decree of the President of the Russian Federation of October 9, 2007 No. 1351 “On Approval of the Concept of the Demographic Policy of the Russian Federation through 2025” (with amendments and additions) Appendix. Concept of the Demographic Policy of the Russian Federation through 2025. Available at: <https://base.garant.ru/191961/53f89421bbdaf741eb2d1ecc4ddb4c33/?ysclid=m58esxnsnq406250303> (accessed 12.03.2025) (in Russian).
5. Ivanov D. O., Orel V. I., Krivolesova T. A., Borodkina O. I. Patients' assessment of the availability of medical care in preparation for in vitro fertilization. *Voprosy ginekologii, akusherstva i perinatologii*. 2023;22(4):66—71. doi: 10.20953/1726-1678-2023-4-66-71 (in Russian).
6. Order of the Ministry of Health of Russia dated July 31, 2020 No. 803n “On the procedure for using assisted reproductive technologies, contraindications and restrictions to their use”. Available at: <https://docs.cntd.ru/document/565780446?ysclid=lxouou9ll6688979718> (accessed 12.03.2025) (in Russian).
7. Clinical guidelines “Female infertility” (approved by the Ministry of Health of the Russian Federation, 2024). Available at: <https://base.garant.ru/409466695/?ysclid=m58exw5rdx725823412> (accessed 12.03.2025) (in Russian).
8. Russian Association of Human Reproduction. Available at: <https://www.rahr.ru/> (accessed on 12.03.2025) (in Russian).
9. Kovtun O. P., Plaksina A. N., Makutina V. A. Information and analytical systems for assessing perinatal outcomes and health status of children born with the help of assisted reproductive technologies. *Rossiyskiy vestnik perinatologii i pediatrii*. 2020;65(1):45—50. doi: 10.21508/1027-4065-2020-65-1-45-50 (in Russian).
10. Murzakhanova A. E., Oslopov V. N., Khazova E. V. Health status of children born after in vitro fertilization: probable risks and possible complications. *Prakticheskaya meditsina*. 2020;18(3):43—50. doi: 10.32000/2072-1757-2020-3-43-50 (in Russian).
11. Soboleva M. K., Kinsht D. A. Main indicators of health of newborns from singleton induced pregnancy. *Mat' i Ditya v Kuzbasse*. 2020;83(4):4—11. doi: 10.24411/2686-7338-2020-10042 (in Russian).
12. Ognerubov N. A. Head and neck tumors and assisted reproductive technologies: social and legal aspect. *Opukholi golovy i shei*. 2020;10(3):90—6. doi: 10.17650/2222-1468-2020-10-3-90-96 (in Russian).
13. Mikhееva E. M., Penkina N. I. The course of the neonatal period in children born using assisted reproductive technologies. *Prakticheskaya meditsina*. 2019;17(5):180—4. doi: 10.32000/2072-1757-2019-5-180-184 (in Russian).
14. Provatar N. P., Kashirskaya E. I., Kuzmin V. N., Nikolaev A. A., Erachin I. I. Indicators of iron status in the umbilical cord blood of premature infants born using IVF technology. *Lechashchiy Vrach*. 2022;25(7-8):71—5. doi: 10.51793/OS.2022.25.8.011 (in Russian).
15. Dadaeva T. M., Baranova V. V. Assisted reproductive technologies in the reproductive behavior of urban youth (experience of a pilot study). *Regionologiya*. 2019;27(1):138—55. doi: 10.15507/2413-1407.106.027.201901.138-155 (in Russian).
16. Spiridonov D. V., Polyakova I. G. The phenomenon of delayed motherhood and assisted reproductive technologies: socio-economic and demographic aspects. *Mir Rossii*. 2024;33(3):75—98. doi: 10.17323/1811-038X-2024-33-3-75-98 (in Russian).

Здоровье и общество

17. Shaposhnikova E. V., Bazina M. I., Mencik M. M. et al. Features of the course of pregnancy and delivery in patients with carbohydrate metabolism disorders. *RMJ. Mat' i ditya*. 2020;3(3):163–8. doi: 10.32364/2618-8430-2020-3-3-163-168 (in Russian).
18. Orazov M. R., Radzinsky V. E., Khamoshina M. B., Mikhaleva L. M., Volkova S. V., Abitova M. Z. Causes of endometriosis-associated infertility. *Reproduktivnaya meditsina*. 2020;43(2):43–8. doi: 10.37800/RM2020-1-17 (in Russian).
19. Constitution of the Russian Federation (adopted by popular vote on 12.12.1993 with amendments approved during the all-Russian vote on 01.07.2020). Available at: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_28399/8c815f376c72a61b3df7905bb5aae9f144d2cb0d/?ysclid=m58fe-ab9t4729567186 (accessed 12.03.2025) (in Russian).
20. Federal Law of 21.11.2011 No. 323-FZ (as amended on 08.08.2024, as amended on 26.09.2024) "On the Fundamentals of Health Protection of Citizens in the Russian Federation" (as amended and supplemented, entered into force on 01.09.2024). Available at: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/4c25fd1-ca8556d4101f9f5ef00c63357bbdd4c/?ysclid=m58fg-whb6t491864789 (accessed 12.03.2025) (in Russian).
21. Moiseeva K. E., Yuryev V. K., Kharbediya Sh. D., Shevtsova K. G., Alekseeva A. V., Kiryushina M. Yu. Age-related features of the obstetric and gynecological profile of women who overcame infertility with the help of assisted reproductive technologies. *Sotsial'nyye aspekty zdorov'ya naseleniya* [online publication] 2024;70(1):9. Available at: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1566/30/lang.ru/> (accessed 12.03.2025). doi: 10.21045/2071-5021-2024-70-1 (in Russian).
22. Mirzakhmetova D. D., Kurmanova A. M., Ibraeva D. E., Ryskeldieva K. Zh., Kurbanyazova S. A. Dynamics of the main indicators of perinatal care in a region with a high birth rate. *Sotsial'nyye aspekty zdorov'ya naseleniya* [online publication] 2022;68(2):7. doi: 10.21045/2071-5021-2022-68-2-7. Available at: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1361/30/lang.ru/> (accessed 12.03.2025) (in Russian).
23. Musalaeva I. O., Tarasenko E. V., Kostin I. N., Azova M. M., Olenev A. S. Preterm birth: new possibilities for forecasting. *Akusherstvo i ginekologiya: novosti, mneniya, obucheniye*. 2020;8(3):10–4. doi: 10.24411/2303-9698-2020-13901 (in Russian).
24. Barinov S. V., Belina A. A., Kolyado O. V., Molchanova I. V., Shkret A. A., Stepanov S. S. Predictors of miscarriage in multiple pregnancies. *Medical Council*. 2020;(3):144–50. doi: 10.21518/2079-701X-2020-3-144-150 (in Russian).
25. Gridnev O. V., Grishina N. K., Solovieva N. B., Vartanyan E. A. Ways to improve the management of the organization and provision of assistance to women diagnosed with habitual miscarriage. *Problemy sotsial'noy gigiyeny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2022;30(1):45–50. doi: 10.32687/0869-866X-2022-30-1-45-50 (in Russian).
26. Tyumina O. V. Organization of medical care for women with infertility and low ovarian reserve. *Medical & pharmaceutical journal "Pulse"*. 2022;24(6):33–56. doi: 10.26787/nydha-2686-6838-2022-24-6 (in Russian).
27. Bushmeleva N. N., Vakhrusheva Yu. N. Etiopathogenetic aspect of early reproductive losses in improving the organization of medical care for women (analytical review). *Sotsial'nyye aspekty zdorov'ya naseleniya* [online publication] 2020;66(5):6. doi: 10.21045/2071-5021-2020-66-5-6. Available at: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1199/30/lang.ru/> (accessed 12.03.2025) (in Russian).
28. Pachkovskaya O. Yu., Igitova M. B., Dmitrienko K. V. Possibilities of natural childbirth in women with a scar on the uterus, taking into account the perinatal risk. *Dal'nevostochnyy meditsinskiy zhurnal*. 2021;(3):58–62. doi: 10.35177/1994-5191-2021-3-58-62 (in Russian).
29. Nikolaeva M. G., Shchekleina K. V., Momot A. P., Terekhova V. Yu., Grigorieva E. V. The role of coagulation hemostasis in the implementation of early preeclampsia in low-risk patients. *Akusherstvo, ginekologiya i reproduktivnaya meditsina*. 2022;16(4):391–400. doi: 10.17749/2313-7347/ob.gyn.rep.2022.324 (in Russian).
30. Malysheva A. I., Grigushkina E. V., Talanova I. E. Risk factors for threatened termination of pregnancy in women with recurrent miscarriage: analysis of a questionnaire survey of 353 pregnant women. *Gynecology*. 2022;24(2):126–31. doi: 10.26442/20795696.2022.2.201342 (in Russian).

Дегелева О. М.^{1,2}, Тюмина О. В.^{1,2}, Моисеева И. В.^{1,2}**ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ИНДЕКСА МАССЫ ТЕЛА ЖЕНЩИНЫ НА РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БЕСПЛОДИЯ МЕТОДОМ
ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ**¹ГБУЗ «Самарский областной медицинский центр Династия», 443095, г. Самара;
²ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России, 443099, г. Самара

Избыточная масса тела и ожирение приобретают характер глобальной эпидемии, негативно влияя на фертильность женщин. Ассоциация между повышенным индексом массы тела (ИМТ) и бесплодием обуславливает высокую потребность в применении вспомогательных репродуктивных технологий у данной категории пациенток. Результаты исследований влияния ИМТ на эффективность этих технологий демонстрируют определенную гетерогенность.

Цель исследования — изучить влияние избыточной массы тела на результаты лечения бесплодия методом вспомогательных репродуктивных технологий. В ретроспективный анализ включены 1840 женщин, прошедших лечение методом вспомогательных репродуктивных технологий. Критерии включения: возраст 30—35 лет, изолированный женский маточный фактор бесплодия, перенос одного эмбриона. Критерии исключения: сниженный овариальный резерв, многоплодная беременность, программы с донорскими клетками. ИМТ стратифицирован по четырем категориям согласно классификации Всемирной организации здравоохранения.

Распространенность избыточной массы тела и ожирения составила 20,2 и 16,8% соответственно. Значимые различия выявлены в группе с ожирением (ИМТ ≥ 30 кг/м²): в 1,6 раза ниже коэффициент живорождения, в 1,8 раза выше частота выкидышей по сравнению с группой с нормальной массой тела. При II степени ожирения (ИМТ=35,0—39,9 кг/м²) в 1,3 раза ниже показатель частоты наступления беременности, в 2,07 раза ниже коэффициент живорождения, в 2,26 раза выше частота выкидышей.

Установлено значимое влияние ИМТ на эффективность программ вспомогательных репродуктивных технологий. Учитывая повышенные материнские и перинатальные риски, пациенткам с избыточной массой тела и ожирением рекомендуется снижение массы тела перед началом лечения этими методами.

Ключевые слова: избыточная масса тела; ожирение; лечение бесплодия; вспомогательные репродуктивные технологии.

Для цитирования: Дегелева О. М., Тюмина О. В., Моисеева И. В. Оценка влияния индекса массы тела женщины на результаты лечения бесплодия методом вспомогательных репродуктивных технологий. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2025;33(4):613—616. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2025-33-4-613-616>

Для корреспонденции: Тюмина Ольга Владимировна, д-р мед. наук, главный врач ГБУЗ «Самарский областной медицинский центр Династия», профессор кафедры общественного здоровья, здравоохранения и менеджмента ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России, e-mail: centr123@bk.ru

Degeleva O. M.^{1,2}, Tyumina O. V.^{1,2}, Moiseeva I. V.^{1,2}**THE EVALUATION OF IMPACT OF FEMALE BODY MASS INDEX ON RESULTS OF TREATMENT OF
INFERTILITY USING METHOD OF AUXILIARY REPRODUCTIVE TECHNOLOGIES**¹The State Health Care Budget Institution “The Samara Oblast Medical Center Dynasty”, 443095, Samara, Russia;²The Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The Samara State Medical University” of the Minzdrav of Russia, 443099, Samara, Russia

The overweight and obesity acquire character of global epidemic, negatively affecting female fertility. The association between increased body mass index and infertility conditions higher need in application of auxiliary reproductive technologies (ART) in this category of female patients. The results of studies of affect of body mass index on efficiency of ART demonstrate certain heterogeneity.

The purpose of the study is to investigate affect of overweight on results of treatment of infertility using method of auxiliary reproductive technologies. The retrospective analysis covered 1840 women treated by ART. The criteria of selection were age 30–35 years, isolated female uterine factor of infertility, single embryo transfer. The exclusion criteria were decreased ovarian reserve, multifetation, programs with donor cells. The body mass index was stratified into four categories according WHO classification.

The prevalence of overweight and obesity made up to 20.2% and 16.8% correspondingly. The significant differences were found in group with obesity (BMI ≥ 30 kg/m²): live birth rate was 1.6 times lower and miscarriage rate was 1.8 times higher as compared to group with normal weight. In case of obesity degree II (BMI 35.0–39.9 kg/m²): pregnancy rate was 1.3 times lower, live birth rate was 2.07 times lower and miscarriage rate was 2.26 times higher.

The significant affection of BMI on efficiency of ART programs was established. Considering increased maternal and perinatal risks, female patients with overweight and obesity are recommended to decrease their weight before starting ART treatment.

Key words: overweight; obesity; infertility treatment; auxiliary reproductive technologies.

For citation: Degeleva O. M., Tyumina O. V., Moiseeva I. V. The evaluation of impact of female body mass index on results of treatment of infertility using method of auxiliary reproductive technologies. *Problemi socialnoi gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2025;33(4):613—616 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2025-33-4-613-616>

For correspondence: Tyumina O. V., doctor of medical sciences, the Head Physician of the State Health Care Budget Institution “The Samara Oblast Medical Center Dynasty”, professor of the Chair of Public Health, Health Care and Management of the Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The Samara State Medical University” of the Minzdrav of Russia. e-mail: centr123@bk.ru

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support.

Введение

В настоящее время наблюдается прогрессирующий рост распространенности избыточной массы тела и ожирения, приобретающий характер глобальной эпидемии и формирующий серьезные вызовы для систем здравоохранения. Согласно критериям Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), избыточная масса тела и ожирение определяются как индекс массы тела (ИМТ) $25\text{--}30\text{ кг/м}^2$ и $\geq 30\text{ кг/м}^2$ соответственно [1].

В обзоре В. И. Алфёровой проанализирована распространенность ожирения среди взрослого населения на территории Российской Федерации [2]. Приведены данные различных исследований, в том числе крупных международных проектов и общероссийских скринингов, а также отдельных региональных исследований. В некоторых регионах изучена многолетняя (более 30 лет) динамика ожирения. По полученным данным, распространенность ожирения на территории всей Российской Федерации остается высокой и продолжает увеличиваться. Так, среди мужчин распространенность возросла с 10,8% в 1993 г. до 27,9% в 2017 г., среди женщин — с 26,4 до 31,8% соответственно.

По данным J. A. Rivera и соавт. [3], в странах Латинской Америки частота ожирения достигает 30% популяции. При сохранении текущих тенденций прогнозируется, что к 2030 г. до 80% взрослого населения Латинской Америки и Карибского региона будут иметь избыточную массу тела или ожирение.

Избыточная масса тела и ожирение негативно влияют на фертильность женщин. Ассоциация между повышенным ИМТ и бесплодием обуславливает высокую потребность в применении вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) у данной категории пациенток. В исследовании D. C. Gesink Law и соавт. [4] продемонстрировано увеличение времени до наступления спонтанной беременности у женщин с ожирением, при этом вероятность зачатия снижается на 5% на каждую единицу ИМТ свыше 29 кг/м^2 . Патогенетические механизмы негативного влияния ожирения на фертильность — это нарушения овуляции, снижение качества ооцитов, ухудшение процессов оплодотворения, компрометация качества эмбрионов и имплантации, вынашивания беременности и живорождения.

Согласно последним данным международного регистра Общества вспомогательных репродуктивных технологий, при распространенности избыточной массы тела и ожирения 22,9 и 17,8% соответственно наблюдается прогрессивное ухудшение исходов беременности по мере увеличения ИМТ [5]. Результаты исследований влияния ИМТ на эффективность ВРТ демонстрируют определенную гетерогенность. Отмечены повышенная потребность в гонадотропинах, сниженный овариальный ответ, бо-

лее высокая частота отмены циклов, уменьшение количества и качества получаемых ооцитов, снижение частоты оплодотворения и компрометация качества эмбрионов у пациенток с ожирением [6, 7]. М. Schuster и соавт. выявлена редукция показателей результативности в программах с использованием аутологических, но не донорских ооцитов у женщин с ожирением [8], что свидетельствует о преимущественном влиянии на качество ооцитов и эмбрионов.

Распространенность избыточной массы тела и ожирения среди населения России постоянно растет. Это может негативно сказываться на результатах ВРТ. Необходимо понимать, как различные категории ИМТ (недостаточная, нормальная, избыточная масса тела, ожирение) влияют на показатели беременности, живорождения и частоту выкидышей при лечении бесплодия методами ВРТ.

Цель исследования — изучить влияние избыточной массы тела на результаты лечения бесплодия методом ВРТ.

Материалы и методы

Исследование проведено на базе центра репродуктивной медицины ГБУЗ «Самарский областной медицинский центр Династия», ретроспективно выполнена выкопировка данных из медицинских карт, проанализировано 1840 циклов методами ВРТ. Для изучения влияния ИМТ женщины на результаты лечения бесплодия методом ВРТ в ретроспективный анализ включили 1840 женщин, отобранных по следующим критериям: нормальный и высокий овариальный резерв, возраст женщины 30—35 лет, причины бесплодия — трубный фактор и изолированный женский маточный фактор бесплодия, перенос одного эмбриона, одноплодная беременность. Критерии исключения из группы: наличие сниженного и низкого овариального резерва (менее 5 фолликулов в яичниках, уровень антимюллерова гормона ниже $1,2\text{ нг/мл}$), многоплодная беременность, программы лечения с донорскими клетками (ооцитами или сперматозоидами), программы лечения не завершили переносом эмбриона (независимо от причины). Использование данных критериев включения и исключения позволило сформировать для анализа относительно однородную группу женщин, а также исключить влияние мужского фактора бесплодия, возрастного женского фактора, низкого овариального резерва у женщины, многоплодия на результаты лечения бесплодия методом ВРТ.

Данные, использованные для текущего исследования, включали возраст, массу тела и рост женщин, количество полученных ооцитов, количество перенесенных эмбрионов, показатели клинической беременности и показатели живорождения на инициированный цикл, а также показатели антенатальных потерь (самопроизвольные выкидыши, неразвиваю-

щиеся беременности). Мы использовали терминологию, опубликованную Международным комитетом по мониторингу вспомогательных репродуктивных технологий (International Committee Monitoring Assisted Reproductive Technologies, ICMART) [9].

ИМТ рассчитывали путем деления массы тела (в килограммах) на квадрат роста в метрах. Мы stratифицировали ИМТ по четырем категориям в соответствии с классификацией ВОЗ [1]: ИМТ $\leq 18,4$ кг/м² (недостаточная масса тела; группа А), 18,5—24,9 кг/м² (нормальная масса тела; группа В), ИМТ 25—30 кг/м² (избыточная масса тела; группа С) и ИМТ ≥ 30 кг/м² (ожирение; группа D). Далее распределили на подгруппы: подгруппа D1 — I степень ожирения (ИМТ 30,0—34,9 кг/м²), подгруппа D2 — II степень ожирения (ИМТ 35,0—39,9 кг/м²), подгруппа D3 — III и IV степени ожирения (ИМТ ≥ 40 кг/м²).

Статистическая обработка результатов проведена на персональном компьютере с использованием пакета программ SPSS Statistics версия 21. Параметрические данные были описаны как средние значения, ошибка среднего арифметического, стандартное отклонение, а непараметрические данные — медиана и диапазоны. Для сравнения различий в группах мы использовали критерий χ^2 Пирсона с поправкой на непрерывность. Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез принят равным 0,05.

Результаты исследования

Поведен анализ медицинских карт 1840 пациентов, получивших лечение бесплодия методами экс-

тракорпорального оплодотворения. Все пациенты прошли лечение в ГБУЗ «МЦ Династия» с 2020 по 2023 г. Средний возраст женщин составил 33,2 $\pm$ 1,3 года, а показатели распространенности избыточной массы тела и ожирения составили 20,2 и 16,8% соответственно. В табл. 1 представлены возраст женщин и количество полученных ооцитов в каждой категории ИМТ. Существенной разницы в возрасте и количестве полученных ооцитов между категориями обнаружено не было.

Клинические показатели беременности и показатели живорождения на цикл лечения, а также показатели выкидышей в каждой категории ИМТ представлены в табл. 2.

Показатель частоты потерь беременностей (самопроизвольные выкидыши, неразвивающиеся беременности) варьировал от 12,2 до 15,8%, значимые различия в зависимости от категории ИМТ выявлены в группе А (с недостаточной массой тела), в 1,4 раза ниже был показатель частоты наступления беременности на цикл и в 1,7 раза ниже коэффициент живорождения в сравнении с группой В (с нормальной массой тела). При этом по показателю частоты потерь беременностей на цикл отличий не выявлено.

Значимые различия выявлены в группе D (с ожирением): в 1,6 раза ниже коэффициент живорождения, а также в 1,8 раза выше показатель частоты потерь беременностей на цикл в сравнении с группой В (с нормальной массой тела).

Далее мы провели анализ показателей (наступление беременности, живорождения, потери беременностей) в зависимости от степени ожирения и сравнили их с показателями женщин с нормальной массой тела (группа В), прошедших лечение методом ВРТ (табл. 3). Значимые различия в зависимости от степени ожирения выявлены в группе D2 (II степень ожирения), в 1,3 раза ниже был показатель частоты наступления беременности на цикл и в 2,07 раза ниже коэффициент живорождения, а также в 2,26 раза выше показатель частоты потерь беременностей в сравнении с группой В (с нормальной массой тела).

По всем этим показателям значимой разницы между группой D1 (I степень ожирения) и группой В (нормальная масса тела) не выявлено. Женщин с

Таблица 1

Возраст, количество полученных ооцитов и количество перенесенных эмбрионов у женщин, прошедших лечение методом ВРТ (n=1840)

Показатель	ИМТ, кг/м ²			
	$\leq 18,4$	18,5—24,9	25,0—29,9	$\geq 30,0$
Количество циклов, абс. ед. (%)	188 (10,2)	970 (52,7)	372 (20,2)	310 (16,8)
Возраст, годы (M+m)	32,3 $\pm$ 1,3	33,1 $\pm$ 1,2	33,5 $\pm$ 1,1	31,8 $\pm$ 1,7
Количество полученных ооцитов, Me (диапазон), абс. ед.	8,1 (5—20)	8,9 (7—18)	9,0 (8—20)	7,1 (7—21)

Таблица 2

Частота клинической беременности, живорождения и выкидышей в зависимости от ИМТ женщин, прошедших лечение методом ВРТ (n=1840)

Показатель	ИМТ, кг/м ²			
	$\leq 18,4$ (A)	18,5—24,9 (B)	25,0—29,9 (C)	$\geq 30,0$ (D)
Количество циклов, абс. ед. (%)	188 (10,2)	970 (52,7)	372 (20,2)	310 (16,8)
Показатели беременности, абс. ед. (%)	68 (36,1)*	480 (49,5)	177 (47,7)	128 (41,3)
Коэффициент живорождения, абс. ед. (%)	45 (23,9)**	396 (40,8)	150 (40,4)	79 (25,5)***
Частота потерь беременностей: самопроизвольные выкидыши, неразвивающиеся беременности, абс. ед. (%)	23 (12,2)	84 (8,7)	27 (7,3)	49 (15,8)****

Примечание. * $p < 0,001$ ($\chi^2 = 11,199$) — уровень значимости различий, сравнение групп А и В; ** $p < 0,001$ ($\chi^2 = 19,049$) — уровень значимости различий, сравнение групп А и В; *** $p < 0,001$ ($\chi^2 = 23,689$) — уровень значимости различий, сравнение групп D и В; **** $p < 0,001$ ($\chi^2 = 12,886$) — уровень значимости различий, сравнение групп D и В.

Таблица 3

Частота клинической беременности, живорождения и выкидышей в зависимости от ИМТ женщин с ожирением, прошедших лечение методом ВРТ

Показатель	ИМТ, кг/м ²			
	18,5—24,9 (B)	30,0—34,9(D1)	35,0—39,9 (D2)	≥40,0 (D3)
Количество циклов, абс. ед.	970	153	157	0
Показатели беременности, абс. ед. (%)	480 (49,5)	66 (43,2)	62 (39,4)*	0
Коэффициент живорождения, абс. ед. (%)	396 (40,8)	48 (31,4)**	31 (19,7)**	0
Частота потерь беременностей: самопроизвольные выкидыши, неразвивающиеся беременности, абс. ед. (%)	84 (8,7)	18 (11,8)	31 (19,7)***	0

Примечание. * $p<0,001$ ($\chi^2=5,407$) — уровень значимости различий, сравнение групп D2 и B; ** $p<0,001$ ($\chi^2=25,515$) — уровень значимости различий, сравнение групп D2 и B; *** $p<0,001$ ($\chi^2=18,123$) — уровень значимости различий, сравнение групп D2 и B.

III—IV степенью ожирения в программах ВРТ не было.

Обсуждение

Анализ ограничений данного исследования: не рассматривалось потенциальное влияние мужского фактора и синдрома поликистозных яичников, имеющего более высокую распространенность среди женщин с ожирением, на исходы программ ВРТ. Однако, согласно гипотезе [5], именно ИМТ, а не сопутствующие патологии, является определяющим фактором результативности лечения. В крупных многоцентровых исследованиях, проведенных в США, 16,5 и 17,8% пациенток, проходящих циклы лечения ВРТ, страдали ожирением [5]. Данный феномен может быть обусловлен стремительными эпидемиологическими трансформациями в развивающихся странах за последние десятилетия, характеризующимися изменением структуры питания населения [10]. Эти изменения привели к снижению распространенности недостаточности питания при одновременном росте частоты избыточной массы тела и ожирения под влиянием комплекса демографических, экологических, экономических и социокультурных факторов [11]. Ключевыми этиологическими факторами ожирения в США и развивающихся странах признаны гиподинамия и высококалорийные рационы с преобладанием рафинированных углеводов и насыщенных жиров [12, 13].

Результаты исследований влияния ИМТ на эффективность ВРТ демонстрируют некоторую противоречивость. В работе [14] после стандартизации по основным переменным (возраст женщины, количество и стадия развития переносимых эмбрионов) не выявлено значимой корреляции между избыточной массой тела / ожирением и частотой наступления беременности, живорождения или невынашивания. Однако ряд исследований документирует снижение показателей результативности ВРТ у пациенток с повышенным ИМТ [5—7, 15]. Метаанализ [6]

также подтверждает повышенный риск прерывания беременности в данной группе. При этом существуют работы, не выявившие зависимости исходов ВРТ от категории ИМТ [16].

В исследованиях [5] и [17] применен многофакторный анализ с учетом основных переменных, установлена обратная корреляция между ИМТ и вероятностью достижения клинической беременности и живорождения, а также прямая связь с частотой невынашивания [5]. Аналогичные результаты получены при анализе данных отдельного центра [17]. Кроме того, масштабное когортное исследование продемонстрировало прогрессивное увеличение относительных рисков акушерских и перинатальных осложнений при ИМТ выше 25 кг/м² [8].

Полученные нами данные согласуются с вышеуказанными выводами. Кроме того, в наш ретроспективный анализ была включена относительно однородная группа женщин по возрасту, причинам бесплодия, с одноплодной беременностью для минимизации влияния других факторов на результативность ВРТ. Результаты исследования позволяют считать целесообразной разработку клинических рекомендаций по ведению пациенток с ожирением, включающих модификацию образа жизни перед началом лечения бесплодия. При этом необходимо соблюдать баланс между автономией пациента и принципом «не навреди», избегая потенциально небезопасных вмешательств.

Таким образом, в нашем исследовании установлено значимое влияние ИМТ на эффективность программ ВРТ. Учитывая повышенные материнские и перинатальные риски, пациенткам с избыточной массой тела и ожирением рекомендуется снижение массы тела перед началом лечения методами ВРТ.

Заключение

Распространенность избыточной массы тела и ожирения среди женщин, проходивших лечение бесплодия методами ВРТ, составила 20,2 и 16,8% соответственно.

Выявлено статистически значимое снижение показателей клинической беременности и живорождения на инициированный цикл ВРТ у женщин с ожирением: в 1,6 раза ниже коэффициент живорождения, в 1,8 раза выше частота выкидышей, чем в группе с нормальной массой тела. При II степени ожирения (ИМТ 35,0—39,9 кг/м²) в 1,3 раза ниже показатель частоты наступления беременности, в 2,07 раза ниже коэффициент живорождения, в 2,26 раза выше частота выкидышей.

Исследование демонстрирует негативное влияние избыточной массы тела и ожирения на эффективность лечения бесплодия методами ВРТ. Полученные результаты обосновывают необходимость разработки клинических рекомендаций по ведению пациенток с повышенным ИМТ, включающих модификацию образа жизни перед началом лечения бесплодия.

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

ЛИТЕРАТУРА

REFERENCES

1. WHO expert consultation. Appropriate body-mass index for Asian population and its implications for policy and intervention strategies. *Lancet*. 2004;363:157–63. doi: 10.1016/S0140-6736(03)15268-3
2. Алфёрова В. И., Мустафина С. В. Распространенность ожирения во взрослой популяции Российской Федерации (обзор литературы). *Ожирение и метаболизм*. 2022;19(1):96–105. doi:10.14341/omet12809
3. Rivera J. A., Barquera S., González-Cossío T., Olaiz G., Sepúlveda J. Nutrition transition in Mexico and in other Latin American countries. *Nutr. Rev.* 2004;62:S149–57. doi: 10.1111/j.1753-4887.2004.tb00086.x
4. Gesink Law D. C., Maclehose R. F., Longnecker M. P. Obesity and time to pregnancy. *Hum. Reprod.* 2007;22:414–40. doi: 10.1093/humrep/del400
5. Provost M. P., Acharya K. S., Acharya C. R., Yeh J. S., Steward R. G., Eaton J. L., Goldfarb J. M., Muasher S. J. Pregnancy outcomes decline with increasing body mass index: analysis of 239,127 fresh autologous in vitro fertilization cycles from the 2008–2010 Society for Assisted Reproductive Technology registry. *Fertil. Steril.* 2016;105:663–9. doi: 10.1016/j.fertnstert.2015.11.008
6. Rittenberg V., Seshadri S., Sunkara S. K., Sobaleva S., Oteng-Ntim E., El-Toukhy T. Effect of body mass index on IVF treatment outcome: an updated systematic review and meta-analysis. *Reprod. Biomed. Online*. 2011;23:421–39. doi: 10.1016/j.rbmo.2011.06.018
7. Chavarro J. E., Ehrlich S., Colaci D. S., Wright D. L., Toth T. L., Petrozza J. C., Hauser R. Body mass index and short-term weight change in relation to treatment outcomes in women undergoing assisted reproduction. *Fertil. Steril.* 2012;98:109–16. doi: 10.1016/j.fertnstert.2012.04.012
8. Schuster M., Mackeen A. D., Neubert A. G., Kirchner H. L., Paglia M. J. The impact of pre-pregnancy body mass index and pregnancy weight gain on maternal and neonatal outcomes. *Obstet. Gynecol.* 2016;127:17s. doi: 10.1097/01.AOG.0000483316.73003.97
9. Zegers-Hochschild F., Adamson G. D., de Mouzon J., Ishihara O., Mansour R., Nygren K., Sullivan E., Vanderpoel S.; International Committee for Monitoring Reproductive Technology; World Health Organization. International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) and the World Health Organization (WHO) revised glossary of ART terminology, 2009. *Fertil. Steril.* 2009;92:1520–4. doi: 10.1016/j.fertnstert.2009.09.009
10. Rivera J. A., de Cossío T. G., Pedraza L. S., Aburto T. C., Sánchez T. G., Martorell R. Childhood and adolescent overweight and obesity in Latin America: a systematic review. *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2014;2:321–32. doi: 10.1016/S2213-8587(13)70173-6
11. Barria R. M., Amigo H. Nutrition transition: a review of Latin American profile. *Arch. Latinoam. Nutr.* 2006;56:3–11.
12. Pearson N., Braithwaite R. E., Biddle S. J. H., van Sluijs E. M., Atkin A. J. Associations between sedentary behavior and physical activity in children and adolescents: a metaanalysis. *Obes. Rev.* 2014;15:666–75. doi: 10.1111/obr.12188
13. Popkin B. M., Adair L. S., Ng S. W. Global nutrition transition and the pandemic of obesity in developing countries. *Nutr. Rev.* 2012;70:3–21. doi: 10.1111/j.1753-4887.2011.00456.x
14. MacKenna A., Schwarze J. E., Crosby J. A., Zegers-Hochschild F. Outcome of assisted reproductive technology in overweight and obese women. *BRA Assist. Reprod.* 2017;21(2):79–83. doi: 10.5935/1518-0557.20170020
15. Singh N., Gupta P., Mittal S., Malhotra N. Correlation of body mass index with outcome of in vitro fertilization in a developing country. *Arch. Gynecol. Obstet.* 2012;285:259–63. doi: 10.1007/s00404-011-2013-8
16. Zander-Fox D. L., Henshaw R., Hamilton H., Lane M. Does obesity really matter? The impact of BMI on embryo quality and pregnancy outcomes after IVF in women age ≤38 years. *Aust. N. Z. J. Obstet. Gynaecol.* 2012;52:270–6. doi: 10.1111/j.1479-828X.2012.01453
17. Moragianni V. A., Jones S. M., Ryley D. A. The effect of body mass index on the outcomes of first assisted reproductive technology cycles. *Fertil. Steril.* 2012;98:102–8. doi: 10.1016/j.fertnstert.2012.04.004
1. WHO expert consultation. Appropriate body-mass index for Asian population and its implications for policy and intervention strategies. *Lancet*. 2004;363:157–63. doi: 10.1016/S0140-6736(03)15268-3
2. Alferova V. I., Mustafina S. V. The prevalence of obesity in the adult population of the Russian Federation (literature review). *Obesity and Metabolism*. 2022;19(1):96–105. doi: 10.14341/omet12809 (in Russian).
3. Rivera J. A., Barquera S., González-Cossío T., Olaiz G., Sepúlveda J. Nutrition transition in Mexico and in other Latin American countries. *Nutr. Rev.* 2004;62:S149–57. doi: 10.1111/j.1753-4887.2004.tb00086.x
4. Gesink Law D. C., Maclehose R. F., Longnecker M. P. Obesity and time to pregnancy. *Hum. Reprod.* 2007;22:414–40. doi: 10.1093/humrep/del400
5. Provost M. P., Acharya K. S., Acharya C. R., Yeh J. S., Steward R. G., Eaton J. L., Goldfarb J. M., Muasher S. J. Pregnancy outcomes decline with increasing body mass index: analysis of 239,127 fresh autologous in vitro fertilization cycles from the 2008–2010 Society for Assisted Reproductive Technology registry. *Fertil. Steril.* 2016;105:663–9. doi: 10.1016/j.fertnstert.2015.11.008
6. Rittenberg V., Seshadri S., Sunkara S. K., Sobaleva S., Oteng-Ntim E., El-Toukhy T. Effect of body mass index on IVF treatment outcome: an updated systematic review and meta-analysis. *Reprod. Biomed. Online*. 2011;23:421–39. doi: 10.1016/j.rbmo.2011.06.018
7. Chavarro J. E., Ehrlich S., Colaci D. S., Wright D. L., Toth T. L., Petrozza J. C., Hauser R. Body mass index and short-term weight change in relation to treatment outcomes in women undergoing assisted reproduction. *Fertil. Steril.* 2012;98:109–16. doi: 10.1016/j.fertnstert.2012.04.012
8. Schuster M., Mackeen A. D., Neubert A. G., Kirchner H. L., Paglia M. J. The impact of pre-pregnancy body mass index and pregnancy weight gain on maternal and neonatal outcomes. *Obstet. Gynecol.* 2016;127:17s. doi: 10.1097/01.AOG.0000483316.73003.97
9. Zegers-Hochschild F., Adamson G. D., de Mouzon J., Ishihara O., Mansour R., Nygren K., Sullivan E., Vanderpoel S.; International Committee for Monitoring Reproductive Technology; World Health Organization. International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) and the World Health Organization (WHO) revised glossary of ART terminology, 2009. *Fertil. Steril.* 2009;92:1520–4. doi: 10.1016/j.fertnstert.2009.09.009
10. Rivera J. A., de Cossío T. G., Pedraza L. S., Aburto T. C., Sánchez T. G., Martorell R. Childhood and adolescent overweight and obesity in Latin America: a systematic review. *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2014;2:321–32. doi: 10.1016/S2213-8587(13)70173-6
11. Barria R. M., Amigo H. Nutrition transition: a review of Latin American profile. *Arch. Latinoam. Nutr.* 2006;56:3–11.
12. Pearson N., Braithwaite R. E., Biddle S. J. H., van Sluijs E. M., Atkin A. J. Associations between sedentary behavior and physical activity in children and adolescents: a metaanalysis. *Obes. Rev.* 2014;15:666–75. doi: 10.1111/obr.12188
13. Popkin B. M., Adair L. S., Ng S. W. Global nutrition transition and the pandemic of obesity in developing countries. *Nutr. Rev.* 2012;70:3–21. doi: 10.1111/j.1753-4887.2011.00456.x
14. MacKenna A., Schwarze J. E., Crosby J. A., Zegers-Hochschild F. Outcome of assisted reproductive technology in overweight and obese women. *BRA Assist. Reprod.* 2017;21(2):79–83. doi: 10.5935/1518-0557.20170020
15. Singh N., Gupta P., Mittal S., Malhotra N. Correlation of body mass index with outcome of in vitro fertilization in a developing country. *Arch. Gynecol. Obstet.* 2012;285:259–63. doi: 10.1007/s00404-011-2013-8
16. Zander-Fox D. L., Henshaw R., Hamilton H., Lane M. Does obesity really matter? The impact of BMI on embryo quality and pregnancy outcomes after IVF in women age ≤38 years. *Aust. N. Z. J. Obstet. Gynaecol.* 2012;52:270–6. doi: 10.1111/j.1479-828X.2012.01453
17. Moragianni V. A., Jones S. M., Ryley D. A. The effect of body mass index on the outcomes of first assisted reproductive technology cycles. *Fertil. Steril.* 2012;98:102–8. doi: 10.1016/j.fertnstert.2012.04.004

**Ахохова А. В.^{1,2,3}, Тлакадугова М. Х.², Умарова А. А.², Карданова Э. А.², Купова Ф. М.², Карданов А. Ю.²,
Шукурова Д. А.², Вахбиева Х. Р.², Вукчаева Х. Х.², Тайдаева Р. З.²**

ПОДХОДЫ К ФОРМАЛИЗАЦИИ ПРОЦЕССОВ МЕЖВЕДОМСТВЕННОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ УЧАСТНИКОВ МЕРОПРИЯТИЙ ПО ПРОТИВОДЕЙСТВИЮ НАРКОТИЧЕСКОЙ АГРЕССИИ В СУБЪЕКТЕ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СИСТЕМНОЙ ИНЖЕНЕРИИ НА ОСНОВЕ МОДЕЛЕЙ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

¹ООО Фирма «СЭМ», 360017, г. Нальчик;

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

³ГБУЗ «Республиканский клинический центр психиатрии и наркологии» Минздрава КБР, 360032, г. Нальчик

Борьба с наркоманией, незаконным оборотом наркотических средств и психотропных веществ сохраняет актуальность и требует поиска новых механизмов противодействия негативному социальному явлению на уровне всех органов управления власти, в том числе в сфере управления здравоохранением регионов.

Цель исследования — применение подходов системной инженерии на основе моделей для формализации системы работы межведомственного взаимодействия участников противодействия злоупотреблениям наркотическими средствами и психотропными веществами на региональном уровне.

Использование систем на основе моделей Model-Based Systems Engineering в качестве инструмента призвано помочь в объединении, ориентированном на архитектурную методологию, которая воплощает лучшие практики и отражает консенсус системного сообщества.

Авторами проведена попытка отождествления процессов межведомственного взаимодействия участников противодействия наркотической агрессии с принципами системной инженерии на основе моделей. Концепция архитектурно ориентированного или управляемого моделями системной инженерии процесса отличается от традиционного мышления, ориентированного на документы, исторически состоящие из текстовых спецификаций, графических изображений, таблиц. Формализация процессов межведомственного взаимодействия с помощью принципов системной инженерии направлена на управление большим количеством составляющих элементов, многочисленными внутренними и внешними взаимодействиями, известными и непредвиденными зависимостями между элементами системы и внешними объектами. Возведение и применение архитектуры с применением элементов таксономии в качестве согласованного набора системных категорий является важным аспектом для установления четкой коммуникации и последовательности работ в сложной системе межведомственного взаимодействия команды участников по противодействию наркотизма в субъекте. Использование систем на основе моделей Model-Based Systems Engineering позволит адекватно определить структуру, поведение, правила, универсальные свойства, информационное содержание и другие ключевые аспекты исследуемого объекта для оптимизации процессов.

Ключевые слова: системная инженерия на основе моделей; Model-Based Systems Engineering; архитектурная методология; межведомственное взаимодействие; наркотические средства и психотропные вещества.

Для цитирования: Ахохова А. В., Тлакадугова М. Х., Умарова А. А., Карданова Э. А., Купова Ф. М., Карданов А. Ю., Шукурова Д. А., Вахбиева Х. Р., Вукчаева Х. Х., Тайдаева Р. З. Подходы к формализации процессов межведомственного взаимодействия участников мероприятий по противодействию наркотической агрессии в субъекте с использованием системной инженерии на основе моделей (обзор). Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2025;33(4):617—627. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2025-33-4-617-627>

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

**Akhokhova A. V.^{1,2,3}, Tlakadugova M. Kh.², Umarova A. A.², Kardanova E. A.², Kupova F. M.², Kardanov A. Yu.²,
Shukurova D. A.², Vakhbieva Kh. R.², Vukchaeva Kh. Kh.², Taidayeva R. Z.²**

THE APPROACHES TO FORMALIZATION OF PROCESSES OF INTER-DEPARTMENTAL INTERACTION BETWEEN PARTICIPANTS OF ACTIVITIES ON COUNTERACTING DRUG AGGRESSION IN THE SUBJECT USING SYSTEMIC ENGINEERING BASED ON MODELS: THE PUBLICATIONS REVIEW

¹The Society with Limited Liability “The Firm “SEM”, 360017, Nalchik, Russia;

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

³The State Health Care Budget Institution “The Republican Clinical Center of Psychiatry and Narcology” of the Minzdrav of Kabardino-Balkaria, Nalchik, Russia

The struggle against drug addiction, illicit turnover of narcotic drugs and psychotropic substances remains actual and requires searching of new mechanisms counteracting negative social phenomenon at the level of all administration authorities, including regional health care management.

The purpose of the study was to apply approaches of systemic engineering based on models to formalize system of operating interdepartmental interaction of participants in counteracting abuse of narcotic drugs and psychotropic substances at the regional level.

The application systems based on models of Model-Based Systems Engineering as tool is intended to facilitate unification focused on architectural methodology that embodies best practices and reflects consensus of systemic community.

The attempt was undertaken to identify processes of interdepartmental interaction between participants in countering drug aggression with principles of systemic engineering based on models.

The concept of architecture-oriented or managed with models of systemic engineering process differs from traditional thinking oriented on documents, historically consisted of textual specifications, graphical images, tables.

The formalization of processes of interdepartmental interaction using principles of systemic engineering is targeted to management of large number of constituent elements, numerous internal and external interactions, known and unforeseen dependencies between elements of system and external objects.

The construction and application of architecture using taxonomy elements, as coordinated set of systemic categories is an important aspect of establishing clear communication and sequence of operations in complex system of interdepartmental interaction of team of participants of counteracting narcotism in the Subject.

The application of systems based on models of Model-Based Systems Engineering will permit to adequately determine structure, behavior, rules, universal properties, information content and other key aspects of investigated object for optimization of processes.

Key words: models; Model-Based Systems Engineering; architectural methodology; interdepartmental interaction; narcotic drugs; psychotropic substances.

For citation: Akhokhova A. V., Tlakadugova M. Kh., Umarova A. A., Kardanova E. A., Kupova F. M., Kardanov A. Yu., Shukurova D. A., Vakhbieva Kh. R., Vukchaeva Kh. Kh., Taidaeva R. Z. The approaches to formalization of processes of inter-departmental interaction between participants of activities on counteracting drug aggression in the Subject using systemic engineering based on models: the publications review. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2025;33(4):617–627 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2025-33-4-617-627>

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

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

Acknowledgment. The study was carried out within the framework of budget financing at the place of work of authors.

Received 18.07.2024

Accepted 30.10.2024

Введение

Борьба с наркоманией, незаконным оборотом наркотических средств (НС) и психотропных веществ (ПВ) сохраняет актуальность и требует усиления мер, направленных на предупреждение их незаконного оборота [1], и поиска новых механизмов противодействия негативному социальному явлению на уровне всех органов управления власти, в том числе в сфере управления здравоохранением регионов.

Сохраняется негативная тенденция развития наркологической ситуации в Кабардино-Балкарской Республике (КБР) [2], поскольку уровень злоупотребления психоактивными веществами остается высоким, несмотря на результативность деятельности органов внутренних дел по выявлению преступлений, совершенных в состоянии наркотического опьянения, возросшую на 4,7% по сравнению с 2023 г.

Ситуация с незаконным производством, распространением и потреблением НС и ПВ в республике остается напряженной, но контролируемой.

В республике продолжается рост числа лиц с диагнозом «наркомания», состоящих на учете в наркологической службе региона. При этом ежегодно отмечается уменьшение первичной выявляемости наркозависимых больных и положительный прирост обращений пациентов с диагнозом «пагубное (с вредными последствиями) употребление наркотиков», т. е. до развития заболевания и формирования синдрома наркотической зависимости.

Вместе с тем в 2024 г. снизилось число смертельных случаев от передозировки наркотиками. В структуре отравлений 95% приходилось на метадон и метадон в сочетании с другими наркотическими средствами, сильнодействующими и лекарственными препаратами. В 2024 г. на 93,3% по сравнению с 2023 г. увеличилось число случаев острого отравления наркотическими средствами без летального исхода, большая часть из которых — отравление метадон и героином.

Тренды, складывающиеся в республике, связаны также с низкой покупательной способностью потре-

бителей психоактивных веществ из группы «традиционных» наркотиков (героина, гашиша и марихуаны) и более активным замещением дешевыми синтетическими наркотическими средствами (наркотиками амфетаминовой группы, метадоном, мефедрон и запрещенными курительными смесями).

Изложенное свидетельствует о неблагоприятных тенденциях роста наркомании, что подтверждается регистрацией ежегодного роста положительных результатов теста на опиаты, в большей части за счет метадона. Зафиксирован рост летальных случаев, связанных с острыми отравлениями от НС и ПВ, в частности метадона.

Анализ состояния преступности и результатов оперативно-служебной деятельности Министерства внутренних дел по КБР за 2023 г. свидетельствует об увеличении зарегистрированных разбоев, грабежей, краж скота, транспортных средств, мошенничеств, преступлений, совершенных с использованием информационно-телекоммуникационных технологий, хищений транспортных средств, преступлений, связанных с незаконным оборотом наркотиков, совершенных по бытовым причинам.

Вместе с тем на повышение показателя уровня наркозависимости в стране и ее регионах влияет множество аспектов, одним из которых является несовершенство механизмов государственно-правового регулирования проблем [3], в том числе на региональном уровне.

Анализ причин, влияющих на увеличение показателя наркотизации в регионе, не исчерпывается только государственно-правовым регулированием сложившейся ситуации. К росту наркотизации ведут условия, социальная среда, в которой формируется пагубная привычка у данного контингента, региональные особенности, эффективность деятельности наркологической помощи в республике и перспективы ее развития в рамках реализуемых мероприятий по противодействию распространению наркомании.

Когда информация, необходимая для принятия обоснованных и своевременных решений, содержится во множестве различных, часто несопоставимых форм и мест, возникает необходимость того,

чтобы отдельные системы и подразделения, содержащие информацию, могли функционировать в качестве узлов сетевой организации. Поэтому нахождение и применение верных подходов к организации наркологической службы в рамках межведомственного взаимодействия на ранних этапах и на протяжении всех этапов может сократить затраты и время на выполнение поставленных задач.

Многоаспектность проблем наркотизации населения требует изучения данного вопроса для реализации комплекса мероприятий, направленных на решение практических задач по предупреждению распространения наркомании среди жителей республики.

Использование и выявление требований к разработке систем и их применению на основе моделей (Model-Based Systems Engineering, MBSE), используемых в качестве инструмента, призвано помочь в объединении, ориентированном на архитектурную методологию MBSE, воплощающую лучшие практики и отражающую консенсус системного сообщества.

Поэтому целью исследования является применение подходов системной инженерии на основе моделей для формализации составляющих работы межведомственного взаимодействия участников по противодействию злоупотреблениям НС и ПВ на региональном уровне.

Нормативное правовое регулирование государственной антинаркотической политики на уровне региона. Анализ научных подходов и исследование проблем наркотизации необходимо рассматривать с позиции задач, определенных государственной политикой Российской Федерации, направленной на стратегическое планирование в сфере обеспечения национальной безопасности и реализацию государственной антинаркотической политики [4]. Стратегия государственной антинаркотической политики Российской Федерации утверждена на период до 2030 г. [5].

В рамках Стратегии государственной антинаркотической политики Российской Федерации до 2020 г. [4] в период 2010—2020 гг. был принят ряд профилактических мер, в том числе разработаны механизмы ресурсного обеспечения антинаркотической деятельности в рамках соответствующих государственных программ (подпрограмм) регионов и муниципалитетов с соответствующим финансированием.

В соответствии с подпунктом 2.5 п. 2 Межведомственного плана мероприятий по реализации Стратегии государственной антинаркотической политики Российской Федерации до 2030 г., утвержденной Указом Президента Российской Федерации от 23.11.2020 № 733, МВД России во взаимодействии с Минздравом России, Минобрнауки России, Минпросвещения России и Росмолодежью проведена межведомственная комплексная оперативно-профилактическая операция «Чистое поколение — 2024».

В КБР утверждена государственная программа «Профилактика правонарушений и укрепление общественного порядка и общественной безопасности в Кабардино-Балкарской Республике» (далее — Госпрограмма) [2].

В Госпрограмму внесены изменения постановлением Правительства Кабардино-Балкарской Республики от 14.03.2022 № 53-ПП [6].

Согласно приложению № 3 Госпрограммы [2], ресурсное обеспечение реализации государственной программы «Профилактика правонарушений и укрепление общественного порядка и общественной безопасности в Кабардино-Балкарской Республике» осуществляется за счет средств республиканского бюджета, в котором объем планируемых расходных обязательств определен суммой бюджетных ассигнований (плановых и фактических) до 2025 г. — 25 835,2 тыс. руб.

В рамках исполнения обязательств органом управления здравоохранения в Подпрограмму «Комплексные меры противодействия злоупотреблениям наркотическими средствами, психотропными, сильнодействующими и другими психоактивными веществами и их незаконному обороту в Кабардино-Балкарской Республике» внесены мероприятия:

- укрепление материально-технической базы наркологической службы (проведение ремонта, закупка современного медицинского оборудования для наркологической службы);
- издание и распространение учебно-методической литературы, буклетов по проблемам наркомании и пропаганде здорового образа жизни;
- укомплектование медицинских организаций врачами-психиатрами-наркологами;
- проведение профилактических медицинских осмотров обучающихся в образовательных и общеобразовательных организациях республики лиц, подлежащих призыву на военную службу, а также граждан, подлежащих медицинскому освидетельствованию, в том числе диспансерному, в связи с осуществляемой ими трудовой деятельностью;
- организация проведения социологического исследования по изучению степени распространенности злоупотреблений НС и ПВ среди различных социальных групп населения.

Несмотря на усилия, прилагаемые для приостановления наркоагрессии, проблема остается многоаспектной и сложной. Нахождение эффективных системных решений, в том числе по оптимизации межведомственного взаимодействия объектов, изучены исследователями с разных позиций.

Исследования системной модели в сфере противодействия распространению НС и ПВ нашло отражение в работе [7], где автором описана целевая группа исследования и определены требования и аспекты по управленческому мониторингу эффективности межведомственного взаимодействия.

В исследованиях [8—10] обобщена мировая практика известных моделей противодействия наркомании и наркопреступности, объединенных в четыре группы с описанием достоинств и недостатков.

В итоге учеными определены меры приоритетного характера, направленные на профилактику наркомании и сокращение уровня наркозависимости, т. е. приоритет мер общественного, административного и медицинского характера, не связанные с применением уголовного наказания, иных мер уголовного-правового воздействия.

Исследователем [10] предложено изменить действующий порядок государственного контроля (надзора), регламентированный Федеральным законом от 31.07.2020 № 248-ФЗ «О государственном контроле (надзоре) и муниципальном контроле в Российской Федерации», так как последний не содержит эффективных мер противодействия аптечной наркомании и ведет к снижению общего количества дел, рассмотренных Арбитражным судом, следовательно, размеру наложенных наказаний.

Проведено исследование, направленное на структурирование модуля организационно-функциональной модели противодействия распространению наркомании [11].

В рамках комплексного системного подхода сделаны выводы о необходимости соблюдения международных стандартов и алгоритмов, предусмотренных стандартизованными логическими моделями лечения и реабилитации.

На основе сравнительного и факторного анализа результатов социологических исследований представлена социально-типологическая модель современного белорусского потребителя наркотиков и предложены меры по повышению эффективности профилактики и противодействия наркомании [12].

Отличные по подходу методы в рамках системного анализа, управления и прогнозирования представлены по анализу организационной структуры наркологического диспансера и методов повышения медицинской помощи с применением психологического скрининга наркологических расстройств [13].

В рамках комплексного наркологического исследования, связанного с возможностями широкого применения современных средств вычислительной техники, информационной среды, в задачи управления социальной сферы и охраны здоровья населения внесли ученые [14].

Авторами настоящей статьи сделано предположение, что множество самых разных и достаточно сложных концепций, которые вкуче могут образовывать единое целое, неизмеримо мощнее любой, взятой в отдельности. Поэтому многочисленные и разнообразные идеи должны объединяться, взаимно дополняя и усиливая одна другую, и быть одинаково эффективны в изучаемой области, связанной комплексами систем проектирования межведомственного взаимодействия по мере ее эволюционного развития.

По-видимому, разработка систем и их применение с помощью системной инженерии на основе моделей MBSE могут быть использованы в качестве инструмента, призванного помочь в объединении, ориентированном на методологию архитектурного подхода, воплощающего лучшие практики и отражающего консенсус системного сообщества.

Отождествление архитектуры межведомственного взаимодействия участников мероприятий по противодействию злоупотреблениям НС и ПВ с архитектурной методологией MBSE на региональном уровне. Использование архитектурных принципов и формальных дисциплин для управления сложностью технологических систем направлено на большее количество составляющих элементов, многочисленные внутренние и внешние взаимодействия, известные и непредвиденные зависимости между элементами системы и внешними объектами, разнообразие информационного контента, сложные алгоритмы и другие факторы.

Принципиально лучший подход к работе со сложными, мультитехнологичными и информационно насыщенными системами предлагают исследования [15, 16]. Этот подход основан на концепции использования системной архитектуры как строгой, объективной, количественной и измеримой дисциплины для определения, анализа и построения систем, использующих передовые технологии на основе моделей (MBSE), которая основана на этом принципе.

«Архитектурный процесс (MBSAP), представляет собой конкретную реализацию принципов MBSE, базирующихся на практических аспектах воплощения потребностей пользователей, в эксплуатации систем, а не на формальной теории архитектуры...» [15].

Сложные системы обычно демонстрируют поведение, которое трудно предсказать и идентифицировать, поэтому изначально необходимо задать общую архитектуру исследуемой системы и определить технический подход.

Использование системной архитектуры в качестве инструмента и формального представления системы с применением моделей [15] необходимо для уточнения:

- структуры, интерфейса, внутренних и внешних связей;
- визуализации поведения, демонстрируемого объектом и его элементами (внутренними, внешними);
- общих правил, которым должна соответствовать организация и ее элементы, чтобы отвечать требованиям, предъявляемым к ним, на начальном этапе и в течение всего жизненного цикла эксплуатации объекта.

Поэтому множество элементов в архитектурных категориях и разновидностей межведомственного взаимодействия участников по противодействию злоупотреблениям НС и ПВ, в том числе на региональном уровне, нуждается в четком определении



Рис. 1. Исполнители-участники межведомственного плана взаимодействия.
АНК — антинаркотический комитет; РКЦПН — Республиканский клинический центр психиатрии и наркологии.

репрезентативного набора требований с учетом интересов конкретных заинтересованных сторон.

По-видимому, характеристики, описанные в таблице, помогут координатору (руководителю межведомственной рабочей группы) придерживаться целостной точки зрения, охватывая все перспективы в рамках согласованной методологии и набора фактов, отражающих полный спектр архитектурных характеристик, взаимосвязей и взаимозависимостей участников-исполнителей реализации основных мероприятий межведомственного плана, направленного на координацию деятельности органов и учреждений системы профилактики в сфере противодействия наркомании и наркопреступности (далее — Межведомственный план) (рис. 1).

Проектирование включает в себя поиск оптимальных решений в проблемных пространствах с множеством измерений, и руководитель межведомственной рабочей группы должен так сбалансировать конкурирующие интересы, чтобы уделить пер-

Общие архитектурные характеристики системной инженерии на основе моделей [15]

Понятие	Общая характеристика
Организационная среда	Базовое определение архитектуры (структура организации, сложившаяся идеология поведения, общие правила) с учетом сложившейся иерархии узлов сетевой организации, систем, элементов или других составляющих ресурсов, которые совместно используются для выполнения функций всей организации или бизнес-процесса в целом
Системная архитектура	Базовое определение совокупности элементов (в конечном счете, аппаратных и программных компонентов), которые взаимодействуют для выполнения определенных требований, предъявляемых к узлам сетевой организации или системе (подразумевающие определение четких границ системы и пользовательских интерфейсов)
Архитектура программного обеспечения	Базовое определение к программному обеспечению, которое уделяет особое внимание фреймворкам, требованиям к программному обеспечению, прикладным программам, инфраструктурным программам, рабочему процессу управления, созданию сетей и обмену сообщениями, интерфейсам и другим аспектам компьютерного программирования
Аппаратная архитектура	Базовое определение к аппаратному обеспечению, которое уделяет особое внимание процессорам, системам хранения, соединениям, станциям оператора, средствам связи, датчикам, исполнительным устройствам и другим аппаратным элементам
Многоуровневая архитектура	Определяет функциональность на уровнях с интерфейсами, которые изолируют функции на одном уровне от изменений на другом; типичные уровни включают: • уровень клиента/презентации/визуализации; • уровень процесса/бизнес-логики — далее подразделяется на приложения и промежуточное программное обеспечение; • хранилище/ресурсы/сетевой уровень
Сервис-ориентированная архитектура (SOA)	Архитектурный паттерн, в котором взаимодействия между элементами и с внешней средой принимают форму поведения, представленного в виде процессов, обычно вызываемых в рамках слабо связанной модели запроса/ответа с использованием обмена сообщениями. Услуга — это вызываемая функция или подпрограмма, доступная по сети. Служба предоставляет интерфейс, который управляется соглашением об уровне обслуживания (SLA) или другие контракты, которые определяют поведение сервиса и сообщения, которые он принимает и возвращает. Услуга — это единица работы, выполняемая поставщиком услуг для достижения желаемых конечных результатов для потребителя услуг
Техническая архитектура	Определяет набор допустимых стандартов для компонентов, служб, протоколов, форматов и других элементов
Эталонная архитектура	Логическая/функциональная абстракция, определяющая функции и поведение, общие для предметной области или класса сущностей. Эталонная архитектура создается путем добавления соответствующих деталей для создания физической архитектуры, которая удовлетворяет определенному набору требований в рамках домена
Исполняемая архитектура	Архитектура в виде компьютерных моделей, которые могут быть запущены для моделирования поведения, автоматической генерации кода, проверки дизайна, корректности. Исполняемые файлы существуют на всех уровнях абстракции, используемых для описания архитектуры

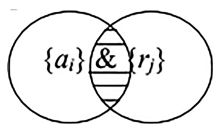


Рис. 2. Графическое представление системы как области пересечения элементов и связей.

a_i — элементы (части, компоненты); r_j — связи (отношения) между ними.

востепенное внимание потребностям конечного потребителя проекта (в зависимости от поставленных целей исследования).

Вместе с тем ни одна стандартизованная логическая модель не может компенсировать конструкцию системы, которая неверно (плохо) декомпозирована, имеет «запутанные» потоки управления, зависима от критического времени взаимосвязей или имеет жестко «привязанные» запрограммированные рабочие процессы. Более того, необходимо понимать, что сами стандарты (алгоритмы) часто носят временный характер и перестают быть актуальными быстрее, чем завершается срок службы системы.

Поэтому ценным компонентом (элементом) для определения архитектурных характеристик каждого исполнителя-участника межведомственного плана могут стать характерологические особенности стандартов (алгоритмов), которые основаны на реальном опыте осуществляемой ими деятельности и доказательствах того, что они выполняют предназначенную роль. Вместе с тем необходимо учесть системные риски, которые могут стать понятными только на более поздних сроках реализации процессов.

В то же время архитектура системы должна поддерживать изменяющийся профиль стандартов точно так же, как она поддерживает изменяющиеся функции или сменяющие друг друга услуги (продукты). Этот принцип лежит в основе совершенных стратегий открытой архитектуры Mega Business Services and Application Provider (MBSAP) [15].

Применение стандарта — это проектное решение, принятое в определенный момент времени на основе выбора наилучшего результата конкретной системной задачи, которая может быть реализована на основе эффективной стандартизации, требующей высококачественной базовой архитектуры. Поэтому важным предварительным условием является наличие четкой и последовательной терминологии, которая поможет решить поставленные задачи.

Определение таксономии архитектуры и попытка систематизации процессов межведомственного взаимодействия участников мероприятий по противодействию злоупотреблениям НС и ПВ как сложной открытой системы. Особенности архитектурных различий категорий в сложных системах и организации участников должны учитываться как различия и одновременно иметь «общую систему отсчета», для чего необходима эффективная методология. Проектирование эффективной архитектуры

организации взаимодействия является ключевой задачей [17].

Описывая процессы межведомственного взаимодействия участников мероприятий по противодействию злоупотреблениям НС и ПВ как сложной системы, необходимо охарактеризовать исследуемый или проектируемый объект (услуги) как целое (единое), о котором невозможно сразу дать представление.

Поэтому, изобразив его графически, можно рассмотреть основные и принципиальные изменения, которые происходят с системой, имеющей элементы (части, компоненты), связи (отношения) [18].

Предварительно необходимо отметить, что использование теоретико-множественных представлений может использовать различные способы задания множеств, например не учитывать взаимоотношения между множествами элементов и связей либо представлять систему в виде непростой совокупности элементов и связей, а учитывать находящиеся области их пересечения (&) друг с другом (рис. 2).

Л. фон Берталанфи определял систему как комплекс взаимодействующих компонентов или как совокупность элементов, находящихся в определенных отношениях друг с другом и со средой [19, 16].

«...Сопоставляя эволюцию определения системы (элементы и связи, затем — цель, затем — наблюдатель) и эволюцию использования категорий теории познания в исследовательской деятельности, можно обнаружить сходство: в начале модели (особенно формальные) базировались на учете только элементов и связей, взаимодействий между ними, затем — стало уделяться внимание цели, поиску методов ее формализованного представления (целевая функция, критерий функционирования и т. п.), а начиная с 1960-х гг. все большее внимание обращают на наблюдателя — лицо, осуществляющее моделирование или проводящее эксперимент, т. е. лицо, принимающее решение и язык наблюдателя объектов...» [18].

Учитывая изложенное и взяв за основу совершенную стратегию открытой архитектуры MBSAP [15], для определения таксономии необходимы три основных аспекта: уровень абстракции, организационная иерархия и критерии эффективности, которые могут быть применены к процессам межведомственного взаимодействия участников мероприятий по противодействию злоупотреблениям НС и ПВ.

Таким образом, архитектурная таксономия определяется тремя фундаментальными измерениями, уровнями (рис. 3): абстракцией, организацией и категориями эффективности.

Уровень абстракции определяется *операционной средой*, в которой должна функционировать система, возможностями, структурой, поведением, что в целом дает представление о ее физической реализации с показателями количественной эффективности.

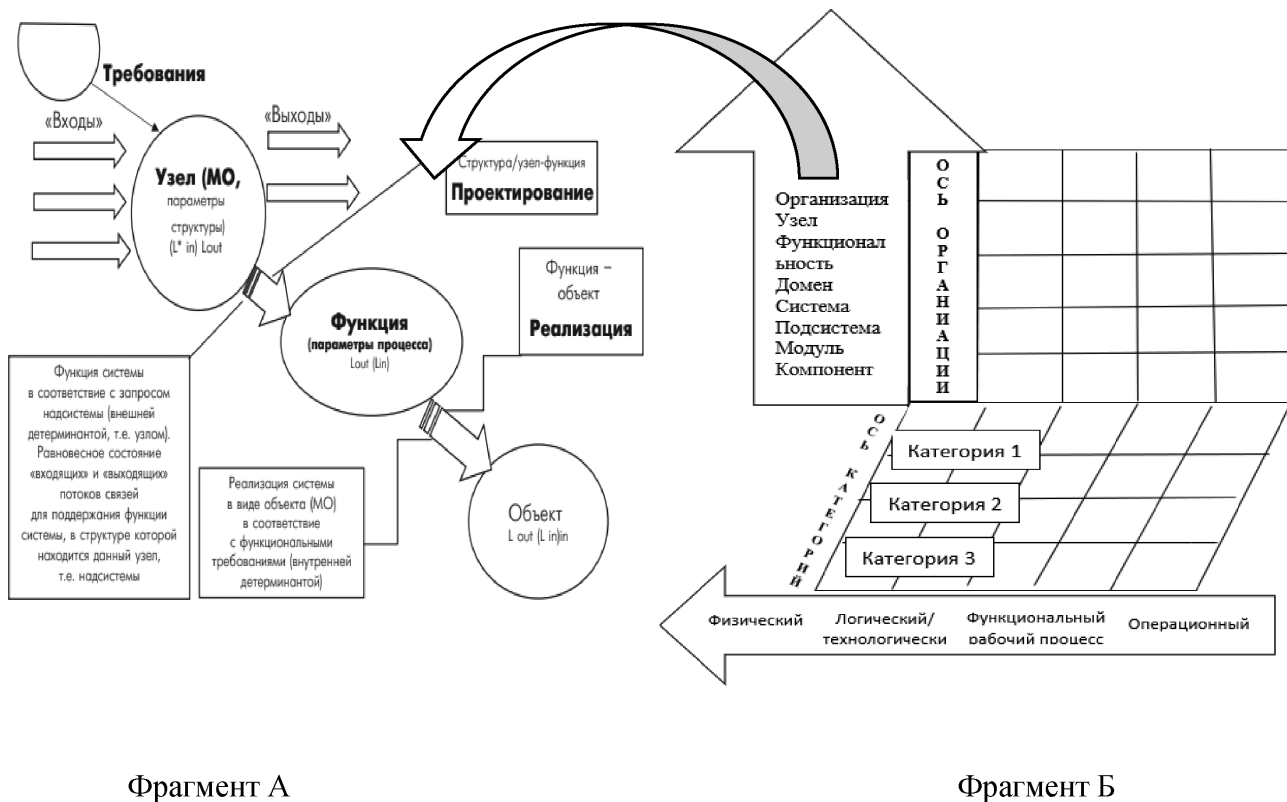


Рис. 3. Фундаментальные измерения архитектурной таксономии в соотнесении с принципами системного подхода.

А — принцип системного подхода: Узел—Функция—Объект; Б — измерения архитектурной таксономии. МО — медицинская организация.

Уровни, начиная с операционного, функционального, логического/технологического, физического, создают направляющую абстракции, ее ось, тем самым моделируют архитектурный переход от абстрактного к конкретному посредством создания оперативных процессов/документооборота, логических/функциональных процессов и в конечном счете физических представлений, обеспечивая основу для различных уровней моделирования.

«Заимствуя знания из области инженерии, Захман сделал вывод, что различные инженерные объекты (спроектированные артефакты) могут быть классифицированы в соответствии с фундаментальными абстракциями или вопросами, такими как „Что?“, „Как?“, „Где?“, „Кто?“, „Когда?“ и „Почему?“» [17]. Для визуализации идеи автором [17] предложена схема анализа архитектуры организации, что обусловило название столбцов. На

		Объекты ЧТО	Функции КАК	Дислокация, сеть ГДЕ	Люди КТО	Время КОГДА	Мотивация ПОЧЕМУ	
Бизнес-руководители	Планировщик	Список важных понятий и объектов	Список основных бизнес-процессов	Территориальное расположение	Ключевые организации	Важнейшие события	Бизнес-цели и стратегии	Сфера действия (контекст)
	Владелец, менеджер	Концептуальная модель данных	Модель бизнес-процессов	Схема логистики	Модель потока работ (workflow)	Мастер-план реализации	Бизнес-план	Модель предприятия
	Конструктор, архитектор	Логические модели данных	Архитектура приложений	Модель распределенной архитектуры	Архитектура интерфейса пользователя	Структура процессов	Роли и модели бизнес-правил	Модель системы
IT-менеджеры и разработчики	Проектировщик	Физическая модель данных	Системный проект	Технологическая архитектура	Архитектура презентации	Структуры управления	Описания бизнес-правил	Технологическая (физическая) модель
	Разработчик	Описание структуры данных	Программный код	Сетевая архитектура	Архитектура безопасности	Определение временных привязок	Реализация бизнес-логики	Детали реализации
		Данные	Работающие программы	Сеть	Реальные люди, организации	Бизнес-события	Работающие бизнес-стратегии	Работающее предприятие

Рис. 4. Схема Захмана в общем виде [20].



Рис. 5. Принцип системного подхода: Узел—Функция—Объект. *L (Line) — связь/поток (Lout, Lin — линейный выход и вход соответственно) [22] (см. рис. 3, фрагмент А).

рис. 4 представлена их описательная характеристика.

Данная ось абстракции соответствует шести верхним строкам платформы Zachman Framework for Enterprise Architecture [20], которые для примера проиллюстрированы в контекстуальном изложении автором [17].

Правила построения модели Захмана [20] являются общими, поэтому применимы к любой организации и процессам, схемам, ею осуществляемым. Повидимому, в рамках настоящего исследования данную модель можно использовать для получения целостного представления о конкретных организациях, их целях, бизнес-процессах, организационной структуре и ИТ-инфраструктуре в рамках утвержденной архитектуры реализации государственной программы (комплексной программы) КБР [6].

Преимущества данного подхода позволяют концентрироваться на отдельных аспектах системы и в то же время не утрачивать контекстуальный взгляд на организацию в целом.

Организационная иерархия по сути создает второе измерение — ось организации, на которой определяются архитектура, ограничения, основа для декомпозиции, реализуемости модульности открытой системы для последующей модификации. На любом уровне будет применяться набор принципов и стандартов от объектно-ориентированного анализа (Object-Oriented System Analysis, OSA) [21] до корпоративного дизайна.

Модельно-ориентированная системная инженерия преобразует архитектуру по мере ее развития вдоль одного или нескольких уровней оси абстракции в физическую реализацию от компонента → модуля → подсистемы → системы → домена → функции → узла до организации, включающей в себя все подразделения.

Узел представляет собой местоположение или платформу внутри организации, содержащую системы и другие ресурсы. Возможность применения в процессе моделирования проектной деятельности элементов (Узел—Функция—Объект) проекта, для которых известны параметры, полученные с использованием функционально-параметрического анализа, позволяет идентифицировать узлы и соответственно определять для них функции и объекты.

Определение параметров функционального прототипа объекта (медицинской организации — МО) с характерным набором соответствующих дискретных категорий позволяет управлять проектными процессами в отрасли [22]. МО в сфере здравоохранения, реализующая проекты в регионе, представляется «перекрестком», т. е. узлом связей, по которым данные поступают («входные данные») либо исходят от нее («выходные данные») к другим — над- и подсистемам. Соответственно МО как объект системы является и потребителем ресурсов (материальных, кадровых, технических, информационных) других систем, и ресурсом для других объектов системы (рис. 5).

По аналогии с МО — узлом можно определить место сложной системы межведомственного взаимодействия команды участников по противодействию злоупотреблениям НС и ПВ. Автором ранее [22] рассмотрен системно-объектный подход «Узел—Функция—Объект», предложенный исследователями [23, 24] в качестве механизма, позволяющего визуализировать концептуальные аспекты в отрасли здравоохранения с учетом ее проектно-ориентированной направленности с устоявшейся иерархической соподчиненностью взаимоотношений и параметрической оценкой.

Категории эффективности учитывают существенные различия в архитектурных характеристиках

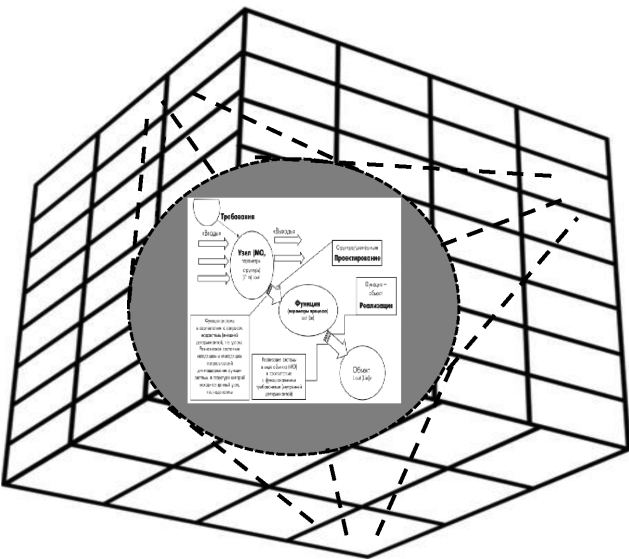


Рис. 6. Компьютерная визуализация объекта исследования, сопоставленная с таксономией архитектуры (см. рис. 3, фрагмент Б).

ках между разными системами, которые зависят от требований разных потребителей, каждый из которых имеет свои собственные бизнес-процессы и требуемый уровень производительности. По аналогии со структурой процессов, утвержденных государственной программой (комплексной программой) региона [25], задачами структурных элементов, ожидаемых эффектов и связи с показателями, ограниченными сроками реализации 2024—2030 гг. (год начала — год окончания), можно прогнозировать результативность.

По-видимому, при построении оси категорий необходимо основываться на бизнес-процессах или на возможностях их оперативного использования, для которых разрабатываются системы. Планирование,

эффективное управление, финансы, коммуникации, производство, логистика, правовое сопровождение, компетенции и множество других составляющих, являющихся элементами оси архитектуры взаимодействия, опираются на характеристики множества категорий.

Архитектура не существует в отрыве от требований потребителя и времени, поэтому необходимо регулярно проводить обновление технологий, позволяющих осуществлять фундаментальный пересмотр архитектуры с учетом продолжительности существования системы во времени.

Решения/процессы в ходе межведомственного взаимодействия участников мероприятий по противодействию злоупотреблениям НС и ПВ могут приниматься в режиме реального времени, поэтому действия субъектов являются частью процесса. Необходимость принятия своевременных решений предполагает различные уровни автоматизации процессов и введение четвертого измерения (времени), которое становится не менее важным компонентом (рис. 6.)

Необходимо учитывать все четыре уровня абстракции (операционная среда, организационная иерархия, категории эффективности и время) как при создании и проектировании такой системы, так и при разработке выполнения моделирования и симуляции. Следуя этому обоснованию, окружность на рис. 6 представляет собой место в общей системе архитектурной таксономии, представленной на рис. 7.

Возведение и применение архитектуры с использованием элементов таксономии (общий словарь) в качестве согласованного набора системных категорий в дальнейшем будут важны для четкой коммуникации и последовательности работ в сложной системе межведомственного взаимодействия ко-

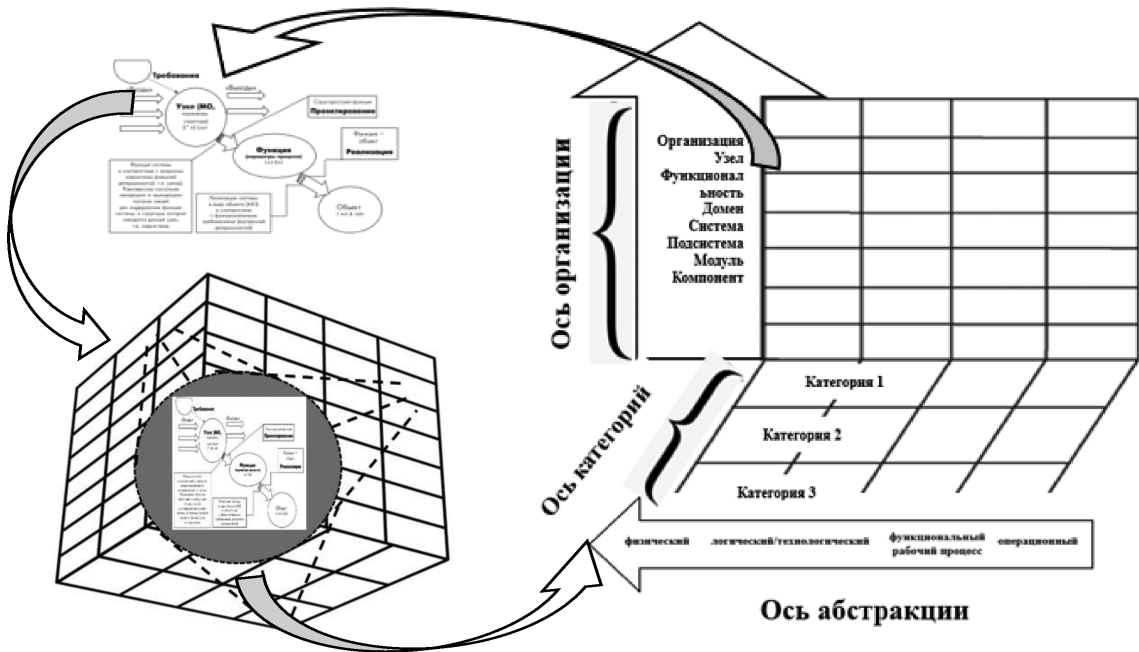


Рис. 7. Фундаментальные измерения архитектурной таксономии для участников стратегии.

манды участников антинаркотической Стратегии по противодействию злоупотреблениям НС и ПВ.

Заключение

Создание эффективной модели (прототипов моделей) системы работы межведомственного взаимодействия участников мероприятий по противодействию злоупотреблениям НС и ПВ на региональном уровне позволит совершенствовать деятельность на основании не только статистических показателей, но и программного продукта, позволяющего исследовать, анализировать и прогнозировать управление сложными системами.

Грамотно построенная модель позволит проводить описание и анализ, облегчит понимание сущности и процессов коммуникации между заинтересованными сторонами. Чтобы быть полезной, модель должна быть математической и базироваться на стандартах с использованием языка моделирования, в основе которого лежат законы, соглашения, единицы измерения, формат артефактов модели.

С использованием принципов системной архитектуры и инженерии модель адекватно определит структуру, поведение, правила, универсальные свойства, информационное содержание и другие ключевые аспекты влияния.

Концепция архитектурно ориентированного или управляемого моделями системной инженерии процесса отличается от традиционного мышления, ориентирующегося на документы, поскольку основа для описания системы исторически состоит из текстовых спецификаций, графических изображений, таблиц.

Архитектура является основой процесса разработки системы, она имеет решающее значение для перевода требований заинтересованных сторон в эффективные решения на всех этапах жизненного цикла процесса.

Хорошая модель должна быть абстрактной и передавать основное содержание, без информации о несущественных деталях, тем самым облегчать понимание с помощью процессов коммуникации между пользователями, с четкой прослеживаемостью, точностью, актуальностью и недвусмысленностью.

В последующих публикациях авторами планируется представить последовательность действий процессов межведомственного взаимодействия медицинской организации в типичном процессе системной инженерии, начиная с первоначального выявления потребностей заинтересованных сторон, используя процессы MBSE.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Колупаева Т. А. Проблемы борьбы с наркомагией и незаконным оборотом наркотических средств и психотропных веществ. *Молодой ученый*. 2021;2(344):98—9. Режим доступа: <https://moluch.ru/archive/344/77374/> (дата обращения 15.11.2024).
2. Постановление Правительства КБР от 31 августа 2020 года № 191-ПП О государственной программе Кабардино-Балкар-

- ской Республики «Профилактика правонарушений и укрепление общественного порядка и общественной безопасности в Кабардино-Балкарской Республике». Режим доступа: <http://publication.pravo.gov.ru/document/0700202009070004>
3. Абрамов В. Ю., Абрамов Ю. В. Правовое регулирование новых видов предпринимательской деятельности: практическое пособие. М.: Юстицинформ; 2023. Режим доступа: https://www.consultant.ru/edu/student/download_books/book/abramov_vu_pravovoe_regulirovanie_novyh_vidov_predprinimatejskoj_deyatelnosti_prakticheskoe_posobie/
4. Указ Президента РФ от 9 июня 2010 г. № 690 «Об утверждении Стратегии государственной антинаркотической политики Российской Федерации до 2020 года» (с изменениями и дополнениями). Режим доступа: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_101259/
5. Указ Президента РФ от 23 ноября 2020 г. № 733 «Об утверждении Стратегии государственной антинаркотической политики Российской Федерации на период до 2030 года». Режим доступа: <https://base.garant.ru/74938781/>
6. Постановление Правительства Кабардино-Балкарской Республики от 14 марта 2022 г. № 53-ПП «О внесении изменений в государственную программу Кабардино-Балкарской Республики „Профилактика правонарушений и укрепление общественного порядка и общественной безопасности в Кабардино-Балкарской Республике“». Режим доступа: https://pravitelstvo.kbr.ru/documents/postanovleniya/?PAGEN_1=3
7. Мальков С. М. Актуальные вопросы уголовного права и криминологии на современном этапе: межвузовский сборник научных трудов. Вып. 1. Красноярск: СибЮИ МВД России; 2018. 204 с.
8. Баденко А. Л. Системная модель мониторинга эффективности межведомственного взаимодействия в сфере противодействия распространению наркомании и незаконному обороту наркотиков. *Наркология*. 2006;5(2):27—8. EDN WHRJNB
9. Плотникова Т. В. Наркотизм как одна из актуальных угроз национальной безопасности России. *Актуальные проблемы государства и права*. 2019;3(10):243—50. doi: 10.20310/2587-9340-2019-3-10-243-250. EDN HWJMJQ
10. Шишов М. А. О мерах противодействия аптечной наркомании. *Наркоконтроль*. 2022;4(18)—21. doi: 10.18572/2072-4160-2022-4-18-21. EDN FIVMHI
11. Почитаева И. П., Хальфин Р. А., Орлов С. А., Попов В. Я. Оказание наркологической помощи лицам, страдающим наркоманией и алкоголизмом, состоящим на диспансерном учете, а также имеющим эти заболевания, но пренебрегающим лечением, на примере Костромской области. *Проблемы стандартизации в здравоохранении*. 2017;(5-6):3—11. EDN ZBIFKP
12. Барановский Н. А. Латентный наркотизм и меры по повышению эффективности профилактики и противодействия наркотической угрозе. *Социальное пространство*. 2019;3(20):1. doi: 10.15838/sa.2019.3.20.1. EDN GFERIF
13. Коровин Е. Н., Шкурина И. С., Жданов А. И. Повышение эффективности работы наркологического диспансера на основе методов системного анализа, планирования и прогнозирования. *Системный анализ и управление в биомедицинских системах*. 2023;22(3):99—109. doi: 10.36622/VSTU.2023.22.3.013. EDN SHSFKU
14. Колотилин Г. Ф., Косых Н. Э., Маслов Л. А. Виртуальные модели экосистем для задач наркологии. *Успехи современного естествознания*. 2004;(11):91—2. EDN ILIFGX
15. Borky J. M., Bradley T. H. *Effective Model-Based Systems Engineering*. Springer; 2019. 787 p. doi: 10.1007/978-3-319-95669-5
16. DeTurris D. J., D'Urso S. J. Mastering complexity. *Aerospace America*. 2015 Nov;32—6.
17. Черпаков И. В., Леонов М. А. Применение модели Дж. Захмана для проектирования архитектуры организации ЭФО. *Экономика. Финансы. Общество*. 2024;1(9):63—73. doi: 10.24412/2782-4845-2024-9-62-72
18. Волкова В. Н., Денисов А. А. Основы теории систем и системного анализа: учебник для студентов вузов, обучающихся по специальности «Системный анализ и управление». СПб.: СПбГУ; 1997. 510 с.
19. Лисиенко В. Г., Трофимова О. Г., Трофимов С. П., Дружинина Н. Г., Дюгай П. А. Моделирование сложных вероятностных систем: учеб. пособие Екатеринбург: УРФУ; 2011. 200 с.
20. Zachman J. A. A concise definition of the Zachman framework. 2008. Режим доступа: <https://www.zachman.com/about-the-zachman-framework>. (дата обращения 12.05.2017).

Здоровье и общество

21. Косяков А., Свит У. К72 Системная инженерия. Принципы и практика. Пер. с англ. под ред. В. К. Батоврина. М.: ДМК Пресс; 2017. 624 с.
 22. Ахохова А. В., Тхабисимова И. К., Назранов Б. М., Тхабисимова А. Б., Тлакадугова М. Х., Улимбашева Э. С., Тлупова М. В., Мусукова С. М. Повышение определённости моделей прототипов медицинских организаций с использованием функционально-параметрического анализа для инициализации переменных элементов проекта с точки зрения системного подхода. *Менеджер здравоохранения*. 2024;(8):52–64. doi: 10.21045/1811-0185-2024-8-52-64
 23. Маторин С. И., Зимовец О. А., Щербинина Н. В., Сульженко Т. С. Концепция формализованной теории систем, основанной на подходе «Узел-Функция-Объект». *Научные ведомости БелГУ. Серия Информатика*. 2016;16(39):159–66.
 24. Маторин С. И. Анализ и моделирование бизнес-систем: системологическая объектно ориентированная технология. Харьков: ХНУРЭ; 2002. 322 с.
 25. Распоряжение Правительства Кабардино-Балкарской Республики от 11 июня 2024 г. № 351-рп «Об утверждении паспорта государственной программы (комплексной программы) Кабардино-Балкарской Республики „Профилактика правонарушений и укрепление общественного порядка и общественной безопасности в Кабардино-Балкарской Республике“ и паспорта комплекса процессных мероприятий „Управление развитием информационной среды“ государственной программы (комплексной программы) Кабардино-Балкарской Республики „Профилактика правонарушений и укрепление общественного порядка и общественной безопасности в Кабардино-Балкарской Республике“». Режим доступа: <https://base.garant.ru/410617938/>
- Поступила 18.07.2024
Принята в печать 30.10.2024
- ### REFERENCES
1. Kolupaeva T. A. Problems of combating drug addiction and illegal trafficking of narcotic drugs and psychotropic substances. *Young Scientist*. 2021;2(344):98–9. Available at: <https://moluch.ru/archive/344/77374/> (accessed 11/15/2024) (in Russian).
 2. Resolution of the Government of the Kabardino-Balkarian Republic of August 31, 2020 No. 191-PP “On the state program of the Kabardino-Balkarian Republic “Prevention of offenses and strengthening public order and public safety in the Kabardino-Balkarian Republic”. Available at: <http://publication.pravo.gov.ru/document/0700202009070004> (in Russian).
 3. Abramov V. Yu., Abramov Yu. V. Legal regulation of new types of entrepreneurial activity: a practical guide. Moscow: Yustitsinform; 2023. Available at: https://www.consultant.ru/edu/student/download_books/book/abramov_vu_pravovoe_regulirovanie_novyh_vidov_predprinimatel'skoj_deyatelnosti_prakticheskoe_posobie/ (in Russian).
 4. Decree of the President of the Russian Federation of June 9, 2010 No. 690 “On approval of the Strategy of the state anti-drug policy of the Russian Federation until 2020” (with amendments and additions). Available at: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_101259/ (in Russian).
 5. Decree of the President of the Russian Federation of November 23, 2020 No. 733 “On approval of the Strategy of the state anti-drug policy of the Russian Federation for the period up to 2030”. Available at: <https://base.garant.ru/74938781/>
 6. Resolution of the Government of the Kabardino-Balkarian Republic of March 14, 2022 No. 53-PP “On Amendments to the State Program of the Kabardino-Balkarian Republic “Prevention of Offenses and Strengthening Public Order and Public Safety in the Kabardino-Balkarian Republic”. Available at: https://pravitelstvo.kbr.ru/documents/postanovleniya/?PAGEN_1=3 (in Russian).
 7. Malkov S. M. Actual issues of criminal law and criminology at the present stage: interuniversity collection of scientific papers. Issue 1. Krasnoyarsk: SibYuI MIA of Russia; 2018. 204 p. (in Russian).
 8. Badenko A. L. System model for monitoring the effectiveness of interdepartmental cooperation in the field of combating the spread of drug addiction and drug trafficking. *Narcology*. 2006;5(2):27–8. EDN WHRJNB (in Russian).
 9. Plotnikova T. V. Drug addiction as one of the current threats to Russia's national security. *Actual Problems of State and Law*. 2019;3(10):243–50. doi: 10.20310/2587-9340-2019-3-10-243-250. EDN HWJMJQ (in Russian).
 10. Shishov M. A. On measures to combat pharmacy drug addiction / M. A. Shishov. *Narcocontrol*. 2022;(4):18–21. doi: 10.18572/2072-4160-2022-4-18-21. EDN FIVMHI (in Russian).
 11. Pochitaeva I. P., Khalfin R. A., Orlov S. A., Popov V. Ya. Provision of drug addiction care to individuals suffering from drug addiction and alcoholism, registered with a dispensary, as well as those who have these diseases but neglect treatment, using the example of the Kostroma region. *Problems of Standardization in Health Care*. 2017;(5-6):3–11. EDN ZBIFKP (in Russian).
 12. Baranovsky N. A. Latent drug addiction and measures to improve the effectiveness of prevention and counteraction to the drug threat. *Social Space*. 2019;3(20):1. doi: 10.15838 / sa.2019.3.20.1. EDN GFERIF (in Russian).
 13. Korovina E. N., Shkurina I. S., Zhdanov A. I. Improving the efficiency of a drug addiction dispensary based on methods of system analysis, planning and forecasting. *Systems Analysis and Control in Biomedical Systems*. 2023;22(3):99–109. doi: 10.36622/VSTU.2023.22.3.013. EDN SHSFKU (in Russian).
 14. Kolotilin G. F., Kosykh N. E., Maslov L. A., et al. Virtual models of ecosystems for narcology problems. *Advances in Modern Natural Science*. 2004;(11):91–2. EDN ILIFGX (in Russian).
 15. Borky J. M., Bradley T. H. Effective Model-Based Systems Engineering. Springer; 2019. 787 p. doi: 10.1007/978-3-319-95669-5
 16. DeTuriis D. J., D'Urso S. J. Mastering complexity. *Aerospace America*. 2015 Nov:32–6.
 17. Cherpakov I. V., Leonov M. A. Application of J. Zachman's model for designing an organization's architecture. *EFO. Economy. Finance. Society*. 2024;1(9):63–73. doi: 10.24412/2782-4845-2024-9-62-72 (in Russian).
 18. Volkova V. N., Denisov A. A. Fundamentals of systems theory and systems analysis: a textbook for university students majoring in Systems Analysis and Management. St. Petersburg: SPbGTU; 1997. 510 p. (in Russian).
 19. Lisenko V. G., Trofimova O. G., Trofimov S. P., Druzhinina N. G., Dyugay P. A. Modeling complex probabilistic systems: a tutorial. Ekaterinburg: URFU; 2011. 200 p. (in Russian).
 20. Zachman J. A. A concise definition of the Zachman framework. 2008. Available at: <https://www.zachman.com/about-the-zachman-framework> (accessed 12.05.2017).
 21. Kosyakov A., Sweet U. K72 Systems Engineering. Principles and Practice. Trans. from English edited by V. K. Batovrin. Moscow: DМК Press; 2017. 624 p. (in Russian).
 22. Akhokhova A. V., Tkhabisimova I. K., Nazranov B. M., Tkhabisimova A. B., Tlakadugova M. Kh., Ulimbasheva E. S., Tlupova M. V., Musukova S. M. Increasing the certainty of prototype models of medical organizations using functional-parametric analysis to initialize variable elements of the project from the point of view of a systems approach. *Healthcare Manager*. 2024;(8):52–64. doi: 10.21045/1811-0185-2024-8-52-64 (in Russian).
 23. Matorin S. I., Zimovets O. A., Shcherbinina N. V., Sulzhenko T. S. The concept of formalized theory of systems based on the “Node-Function-Object” approach. *Scientific Bulletin of BelSU. Computer Science Series*. 2016;16(39):159–66 (in Russian).
 24. Matorin S. I. Analysis and modeling of business systems: systemological object-oriented technology. Kharkov: KNURE; 2002. 322 p. (in Russian).
 25. Order of the Government of the Kabardino-Balkarian Republic dated June 11, 2024 No. 351-rp “On approval of the passport of the state program (comprehensive program) of the Kabardino-Balkarian Republic “Prevention of offenses and strengthening of public order and public safety in the Kabardino-Balkarian Republic” and the passport of the complex of process activities “Management of the development of the information environment” of the state program (comprehensive program) of the Kabardino-Balkarian Republic “Prevention of offenses and strengthening of public order and public safety in the Kabardino-Balkarian Republic”. Available at: <https://base.garant.ru/410617938/> (in Russian).

Амлаев К. Р.¹, Абдулла Альнизами²

К ВОПРОСУ О СТРАТЕГИЯХ МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

¹Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сино Министерства здравоохранения Узбекистана, 200118, Бухара, Узбекистан;²Клиника Сана Берлин, сертифицированная в области профилактической медицины, 10711, Берлин, Германия

В статье отражены современные данные о неинфекционных заболеваниях (НИЗ) и факторах их риска. Подчеркивается возрастающая роль социально-политических и экономических факторов в распространении НИЗ. Особое внимание уделяется внедрению профилактических стратегий в школах. Подчеркивается, что, несмотря на важность проблемы, только 45% стран сообщили о наличии политики в области борьбы с НИЗ. Отдельно обсуждаются цифровые решения в медицинской профилактике, позволяющие использовать инструменты для самоконтроля личного здоровья в соответствии с индивидуальными обстоятельствами. Описаны профилактические стратегии, использующие стимулы для поощрения здорового поведения, и отмечена их эффективность при частом и длительном применении, особенно у людей с низким доходом.

Ключевые слова: стратегии профилактики заболеваний; неинфекционные заболевания; факторы риска неинфекционных заболеваний.

Для цитирования: Амлаев К. Р., Абдулла Альнизами. К вопросу о стратегиях медицинской профилактики неинфекционных заболеваний. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2025;33(4):628—632. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2025-33-4-628-632>

Для корреспонденции: Амлаев Карэн Робертович, доктор медицинских наук, профессор, профессор кафедры профилактической медицины, общественного здоровья и управления здравоохранением Бухарского государственного медицинского института имени Абу Али ибн Сино Министерства здравоохранения Узбекистана, e-mail: karen.amlaev@bsmi.uz

Amlaev K. R.¹, Abdullah Alnizami²

TOWARDS STRATEGIES FOR THE MEDICAL PREVENTION OF NON-COMMUNICABLE DISEASES

¹The Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali ibn Sino of the Ministry of Health of Uzbekistan, Bukhara, Uzbekistan;²Sana Klinikum Berlin, Board Certified in Preventive Medicine, Berlin, Germany

The article considers modern data on non-communicable diseases (NCDs) and their risk factors. The increasing role of sociopolitical and economic factors in prevalence of NCDs is highlighted. The focus is made on implementation of preventive strategies in schools. It is emphasized that, despite importance of problem, only 45% of countries reported availability of NCD national policy. The digital solutions in medical prevention allowing application of tools of self-monitoring of personal health according to individual circumstances are discussed separately. The prevention strategies using incentives to encourage healthy behavior are described. Their efficiency in frequent and prolonged use is noted, especially for people with low income.

Key words: health prevention; strategies; non-communicable diseases; risk factor.

For citation: Amlaev K. R., Abdullah Alnizami. Towards strategies for the medical prevention of non-communicable diseases. *Problemi socialnoi gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2025;33(4):628–632 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2025-33-4-628-632>

For correspondence: Amlaev K. R., doctor of medical sciences, professor, professor of the Chair of Preventive Medicine, Public Health and Health Care Management of the Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali ibn Sino of the 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 27.08.2024

Accepted 30.10.2024

Non-communicable diseases (NCDs) cause about 35 million deaths annually, with 7 out of every 10 deaths occurring in middle- and low-income countries [1]. Data from population-based epidemiologic studies show that most NCDs are lifestyle-related. Hypodynamia, tobacco smoking, unhealthy diet, and alcohol abuse are considered to be the most important risk factors for NCDs [2]. However, it would be simplistic to attribute these diseases to individual lifestyles alone, without taking into account factors such as globalization, industrialization and urbanization, so reducing the prevalence of these and other NCD risk factors will require interventions beyond the health sector and policy changes in various areas such as finance, urban planning, education, agriculture and economics, and transport [3].

Thus, NCDs can be considered lifestyle and environmental diseases, which in most cases are not only and not so much related to human behavior but to social changes in terms of economic transformation, urbanization, globalization and other known risk factors [4]. Therefore, prevention strategies should be aimed at both the elimination of risk factors, popularization of healthy lifestyles, and policy changes in finance, urban planning, education, agriculture, transport and others [5]

Population-wide preventive interventions that address risk factors are feasible and can lead to significant reductions in the burden of NCDs. The increasing prevalence of NCDs, the cost of their treatment, coupled with the challenge of controlling infectious diseases in already overburdened health systems, make prevention

the main strategy for reducing the burden of NCDs, especially in primary health care. However, it should be considered that the health sector has no direct influence on many determinants of health outside the sector. The direct medical costs of treatment and productivity losses associated with NCDs result in lower quality and quantity of labor market and human capital [6]. A report on the macroeconomic impact of NCDs shows that the cost of treating coronary heart disease, hypertension, diabetes, obesity and stroke in China is about US\$3 billion per year. It costs Brazil US\$72 billion per year to treat patients and lost productivity associated with NCDs [7]. Examining individual-level social data (such as poverty, homelessness, and food insecurity) together with clinical health data (such as blood pressure, cholesterol levels, medications, and pre-existing conditions) can help health professionals identify populations with specific needs and inform communities to develop appropriate interventions [8].

Tobacco control stands out among the preventive actions aimed at reducing the prevalence of cardiovascular diseases and cancer. About 33% of all cases of CHD, 35% of cardiovascular disease and 83% of lung cancer are caused by smoking among people aged 35 to 65 years [9]. Tobacco has adverse effects on both smoker and passive smoker. Tobacco control policy studies in several countries have shown that the media plays a key role in advocating and supporting tobacco control law reform [10, 11]. Thus, there is a need for greater media involvement in raising public awareness of the role of NCD risk factors. Strategies to reduce smoking prevalence, most notably the Framework Convention on Tobacco Control (FCTC) [12] show positive effects in reducing the prevalence of tobacco-related NCDs such as CHD [13], cardiovascular disease and cancer [14].

When planning prevention activities, special attention should be paid to the implementation of prevention strategies in schools [15]. School is where adolescents spend most of their lives and where they are prepared for the transition from childhood to adulthood. Adolescents face unique health and developmental challenges [16]. School health programs should go beyond traditional health education to include counseling on a variety of health-related issues, shaping and maintaining a healthy learning environment, treating disease and preventing risky behaviors [17], and school health screening.

Most studies point to the importance of stakeholder participation in the implementation of school health interventions. The participation of members of the school community, such as parents, religious leaders, teachers, and principals, can help to create a sustainable mechanism for implementing prevention strategies [18]. Changing the school environment will also require the support and coordination of the educational and/or municipal administrative sectors. It seems important to use peer-to-peer technology especially in the prevention of violence, substance use and sexual risk behaviors [19]. It is worth noting that gender- and culture-sensitive interventions can lead to better results [20].

The effectiveness of prevention strategies depends on the severity of the problems in this area, which include: lack of or ineffective prevention, low accessibility of medical care and medications, including technological methods of diagnosis and treatment, lack of financial resources, persistence and growth of poverty, increasing proportion of the elderly population, increasing migration processes, accelerated urban development without well thought-out plans, lack of internal and external coordination of prevention [21–24]. Despite the fact that political attention to NCDs has increased, in many countries this issue still receives insufficient attention. According to WHO in 2015, only 45% of countries reported having an NCD policy [25].

It should also be taken into account that many products (tobacco, alcohol, fast food) that increase the number of NCDs generate profits for commercial companies [26], which is a barrier to the implementation of public health policies. Migration also has a major impact on the prevalence of NCDs through its influence on people's lifestyles [21].

Improper urban planning, in turn, is also associated with many risks affecting morbidity and mortality from NCDs, for example, it leads to a significant increase in air pollution and sedentary lifestyles [27].

Given the increasing prevalence of NCDs in all age groups, there is an urgent need for low-cost, cost-effective and scalable NCD prevention strategies [28].

Health systems that recognize the problem of NCDs and address modifiable risk factors and prioritize the treatment of NCDs will be better able to promote and maintain health. To help countries develop effective strategies for NCDs, the WHO Assembly endorsed the Global Action Plan for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases 2013–2020 along with a set of 84 evidence-based interventions [29]. In addition, WHO has developed a compendium of best medical practices for NCD prevention [30, 31]. These practices include the use of digital prevention technologies [32]. A digital platform has been proposed that utilizes existing digital interventions for self-management of personal health, the effectiveness of which has been positively evaluated [33]. The platform hosts a palette of discrete, evidence-based, digitally supported digital health interventions and includes a digital guidance tool to guide users to the intervention most appropriate for their current individual needs and preferences, optimizing personal lifestyle and user experience [34]. Digital platforms can influence behavior change, such as self-care behaviors for a specific disease. Persistent significant differences in diabetes self-care behavior between users and non-users of the Diabetes Online Companion intervention have been observed [35].

Comprehensive lifestyle modification may be the best approach to self-management of NCDs because NCDs are complex conditions influenced by several interrelated lifestyle risk factors [36, 37]. Lifestyle risk factors and their corresponding health behaviors are strongly influenced by each other, and thus, changing one health behavior using a digital platform does not guarantee effective self-management of NCDs. For ex-

ample, controlling hypodynamia will be ineffective if not accompanied by smoking cessation [38, 39]. Lack of stress coping skills is often accompanied by low adherence to NCDs [40–43]. A digital platform can take into account not only the stage of an NCD, but also the current health status of the person living with that NCD by providing the self-management tools needed according to individual circumstances [44].

Another prevention strategy is the use of incentives to encourage healthy behaviors, alone or as part of a multicomponent intervention [45, 46]. These can take the form of monetary or non-monetary rewards or penalties for meeting a predetermined process or outcome measure, such as attending a fitness session or losing weight, or, less commonly, a penalty if the goal is not met. For the most part, people are rational, forward-thinking, and weigh the costs and benefits of their decisions. If a person is given a reward (punishment) for a healthy (unhealthy) behavior, they are more (less) likely to do it. Other things being equal, rewards are more likely to be effective among lower income groups because the value of the reward allows their income to increase [47]. However, not all people are rational, and some individuals may not see a clear causal link between healthy behaviors and a reduced likelihood of developing NCDs that will only appear in the distant future [48]. Incentives address this problem by providing individuals with short-term rewards for engaging in healthy behaviors regarding their health. Examples of rewards for employees who quit tobacco use or adopt healthy lifestyles are numerous around the world. However, there are concerns that people who change behaviors because of the prospect of rewards are less likely to engage in those behaviors when they are no longer incentivized. The formation of healthy habits is thought to be promoted by interventions with longer durations (at least 24 weeks) [49], which are more likely to result in lasting effects [50, 51].

Effectiveness may be more likely if incentive opportunities are offered more frequently and targeted at low-income groups. Non-monetary rewards perceived by individuals as hedonic have also been found to be a promising strategy, and larger incentives are more likely to lead to statistically significant improvements, at least with respect to weight loss and fitness [52].

In cases of adult alcohol and tobacco abuse, however, the challenge is to modify their behavior by redesigning the physical, social and psychological environment that influences people's decisions without limiting their freedom of choice [53, 54]. This can be accomplished through the use of “nudge” techniques, which include providing accessibility, presentation, use of messages and images, technology-supported information, financial incentives, sensory exposure, and others. [55, 56].

Nudging techniques have already found their application in medicine [57] and public health [55, 58, 59]. Some countries are increasingly using these technologies to help people make the right choices to improve their health and well-being [60].

As an example, the WHO recommends labeling alcoholic beverages to increase consumer awareness and en-

sure that people make informed decisions [61]. The underlying mechanism lies in the negative emotional stimuli such as fear, disgust, discomfort and anxiety that are triggered by warnings [62]. This type of intervention is also effective in reducing the purchase of sugary drinks, which helps to reduce the burden of obesity [63]. The use of behavioural “nudges”, such as posters, has been shown to be inexpensive, simple and effective, for example, in promoting hand hygiene for infection prevention in health-care settings [64].

Thus, given the importance and prevalence of non-communicable diseases and risk factors, modern approaches to their prevention, including the use of digital solutions and various incentives to encourage healthy lifestyles, should be more widely used.

REFERENCES

1. World Health Organization (WHO) LC-PD. 2008–2013 Action Plan for the global strategy for the prevention and control of non-communicable diseases. The six objectives of the 2008–2013 Action Plan are. World Health Organization; 2013.
2. Budreviciute A., Damiati S., Sabir D. K., et al. Management and Prevention Strategies for Non-Communicable Diseases (NCDs) and Their Risk Factors. *Front. Public Health*. 2020 Nov 26;8:574111. doi: 10.3389/fpubh.2020.574111
3. Ndubuisi N. E. Noncommunicable Diseases Prevention In Low-and Middle-Income Countries: An Overview of Health in All Policies (HiAP). *Inquiry*. 2021 Jan-Dec;58:46958020927885. doi: 10.1177/0046958020927885
4. Regional Committee. Scaling up prevention and control of chronic noncommunicable diseases in the sea region: risk factors for non-communicable diseases: results in the South-East Asia region (results from surveys using the WHO STEPS approach). July 9, 2007.
5. Caballero B. The global epidemic of obesity: an overview. *Epidemiol. Rev.* 2007;29(1):1–5.
6. Mayer-Foulkes D. A survey of macro damages from non-communicable chronic diseases: another challenge for global governance. *Glob. Econ. J.* 2011;11(1):1–27.
7. Fuster V. Committee on preventing the global epidemic of cardiovascular disease: meeting the challenges in developing countries. In: Board on Global Health. Fuster V., Kelly B. B., eds. *Promoting Cardiovascular Health in the Developing World: A Critical Challenge to Achieve Global Health*. Washington, DC: National Academies Press; 2010. P. 275–315.
8. Allen L. N., Smith R. W., Simmons-Jones F., et al. Addressing social determinants of noncommunicable diseases in primary care: a systematic review. *Bull. World Health Organ.* 2020 Nov 1;98(11):754–765B. doi: 10.2471/BLT.19.248278. Epub 2020 May 1.
9. Lightwood J. M., Glantz S. A. Declines in acute myocardial infarction after smoke-free laws and individual risk attributable to secondhand smoke. *Circulation*. 2009;120(14):1373–9.
10. Harris J. K., Shelton S. C., Moreland-Russell S., et al. Tobacco coverage in print media: the use of timing and themes by tobacco control supporters and opposition before a failed tobacco tax initiative. *Tob. Control*. 2010;19:37–43.
11. Smith K. C., McLeod K., Wakefield M. Australian letters to the editor on tobacco: triggers, rhetoric, and claims of legitimate voice. *Qual. Health Res.* 2005;15(9):1180–98. doi: 10.1177/1049732305279145
12. Centers for Disease Control and Prevention. Best practices for comprehensive tobacco control program. U. S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; 2014.
13. Barnoya J., Glantz S. Association of the California Tobacco Control Program with declines in lung cancer incidence. *Canc. Causes Contr.* 2014;15:689–95.
14. Cowling D. W., Yang J. Smoking-attributable cancer mortality in California, 1979–2005. *Tob. Control*. 2010;19(suppl 1):i62–i67. doi: 10.1136/tc.2009.030791
15. Xu T., Tomokawa S., Gregorio E. R. Jr, et al. School-based interventions to promote adolescent health: A systematic review in low- and middle-income countries of WHO Western Pacific Region. *PLoS*

Здоровье и общество

- One.* 2020 Mar 5;15(3):e0230046. doi: 10.1371/journal.pone.0230046
16. Sawyer S. M., Afifi R. A., Bearinger L. H., et al. Adolescence: a foundation for future health. *Lancet.* 2012;379:1630–40. doi: 10.1016/S0140-6736(12)60072-5
17. Viner R. M., Ozer E. M., Denny S., Marmot M., Resnick M., Fatu-si A., et al. Adolescence and the social determinants of health. *Lancet.* 2012;379:1641–52. doi: 10.1016/S0140-6736(12)60149-4
18. Weiss H. A., Ferrand R. A. Improving adolescent health: an evidence-based call to action. *Lancet.* 2019; Published Online March 12. doi: 10.1016/S0140-6736(18)32996-9
19. Shackleton N., Jamal F., Viner R. M., et al. School-based interventions going beyond health education to promote adolescent health: a systematic review of reviews. *J. Adolescent Health.* 2016;58:382–96. doi: 10.1016/j.jadohealth.2015.12.017
20. Viner R. M., Ozer E. M., Denny S., et al. Adolescence and the social determinants of health. *Lancet.* 2012;379:1641–52. doi: 10.1016/S0140-6736(12)60149-4
21. Jegannathan B., Dahlblom K., Kullgren G. Outcome of a school-based intervention to promote life-skills among young people in Cambodia. *Asian J. Psychiatry.* 2014;9:78–84. doi: 10.1016/j.ajp.2014.01.011
22. Etemad K., Heidari A., Panahi M., et al. Challenges in implementing package of essential noncommunicable diseases interventions in Iran's Healthcare System. *J. Health Res Community.* 2016;2:32–43.
23. World Health Organization. Available at: <https://www.who.int/publications/i/item/noncommunicable-diseases-progress-monitor-2015>
24. World Health Organization. Report of the 2017 global survey. 2018. Available at: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241514781>
25. Hadian M., Mozafari M. R., Mazaheri E., et al. Challenges of the Health System in Preventing Non-Communicable Diseases; Systematized Review. *Int. J. Prev. Med.* 2021 Jun 25;12:71. doi: 10.4103/ijpvm.IJPVM_487_20
26. Salinas A., Kones R. Barriers to global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases: Proposal modifications to the voluntary targets. *J. Prev. Med.* 2018;3:1–5.
27. Allen L., Williams J., Townsend N., et al. Socioeconomic status and non-communicable disease behavioral risk factors in low-income and lower-middle-income countries: A systematic review. *Lancet Glob. Health.* 2017;5:e277–89.
28. Mendenhall E., Kohrt B. A., Norris S. A., et al. Non-communicable disease syndemics: Poverty, depression, and diabetes among low-income populations. *Lancet.* 2017;389:951–63.
29. Hategeka C., Adu P., Desloge A., et al. Implementation research on noncommunicable disease prevention and control interventions in low- and middle-income countries: A systematic review. *PLoS Med.* 2022 Jul 25;19(7):e1004055. doi: 10.1371/journal.pmed.1004055
30. World Health Organization. Updated appendix 3 of the global NCD action plan 2013–2020. Technical Annex 2017; World Health Organization. Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013–2020. World Health Organization; 2013.
31. Marten R., Mikkelsen B., Shao R., et al. Committing to implementation research for health systems to manage and control non-communicable diseases. *Lancet Glob. Health.* 2021;9(2):e108–e109. doi: 10.1016/S2214-109X(20)30485-X
32. World Health Organization. Mid-point evaluation of the implementation of the WHO global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013–2020 (NCD-GAP). 2020.
33. Tighe S. A., Ball K., Kensing F., et al. Toward a Digital Platform for the Self-Management of Noncommunicable Disease: Systematic Review of Platform-Like Interventions. *J. Med. Internet Res.* 2020 Oct 28;22(10):e16774. doi: 10.2196/16774
34. World Health Organization. Monitoring and evaluating digital health interventions: a practical guide to conducting research and evaluation. Geneva, Switzerland: WHO Press; 2016. P. 1–144.
35. Maddison R., Rawstorn J. C., Shariful Islam S. M., et al. mHealth Interventions for Exercise and Risk Factor Modification in Cardiovascular Disease. *Exerc. Sport Sci. Rev.* 2019 Apr;47(2):86–90. doi: 10.1249/JES.0000000000000185
36. Yu C. H., Parsons J. A., Mamdani M., et al. A web-based intervention to support self-management of patients with type 2 diabetes mellitus: effect on self-efficacy, self-care and diabetes distress. *BMC Med. Inform. Decis. Mak.* 2014 Dec 14;14:117. doi: 10.1186/s12911-014-0117-3
37. GBD 2016 Risk Factors Collaborators Global, regional, and national comparative risk assessment of 84 behavioral, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet.* 2017 Sep 16;390(10100):1345–422. doi: 10.1016/S0140-6736(17)32366-8
38. Prochaska J. J., Prochaska J. O. A Review of Multiple Health Behavior Change Interventions for Primary Prevention. *Am. J. Lifestyle Med.* 2011 May;5(3):208–21. doi: 10.1177/1559827610391883
39. Drca N., Wolk A., Jensen-Ustad M., et al. Physical activity is associated with a reduced risk of atrial fibrillation in middle-aged and elderly women. *Heart.* 2015 Oct;101(20):1627–30. doi: 10.1136/heartjnl-2014-307145
40. Trost S. G., Owen N., Bauman A. E., et al. Correlates of adults' participation in physical activity: review and update. *Med. Sci. Sports Exerc.* 2002 Dec;34(12):1996–2001. doi: 10.1097/00005768-200212000-00020
41. Buczkowski K., Marciniowicz L., Czachowski S., et al. Motivations toward smoking cessation, reasons for relapse, and modes of quitting: results from a qualitative study among former and current smokers. *Patient Prefer. Adherence.* 2014;8:1353–63. doi: 10.2147/PPA.S67767
42. Stults-Kolehmainen M. A., Sinha R. The effects of stress on physical activity and exercise. *Sports Med.* 2014 Jan;44(1):81–121. doi: 10.1007/s40279-013-0090-5
43. Bauman A. E., Reis R. S., Sallis J. F., et al. Lancet Physical Activity Series Working Group Correlates of physical activity: why are some people physically active and others not? *Lancet.* 2012 Jul 21;380(9838):258–71. doi: 10.1016/S0140-6736(12)60735-1
44. Torres S. J., Nowson C. A. Relationship between stress, eating behavior, and obesity. *Nutrition.* 2007;23(11-12):887–94. doi: 10.1016/j.nut.2007.08.008
45. Mol A., Moser I., Pols J. Care in Practice On Tinkering in Clinics, Homes and Farms. Bielefeld: Transcript Verlag; 2010. P. 1–326.
46. Lagarde M., Haines A., Palmer N. Conditional cash transfers for improving uptake of health interventions in low- and middle-income countries: a systematic review. 2007;298:1900–10.
47. Ranganathan M., Lagarde M. Promoting healthy behaviors and improving health outcomes in low and middle income countries: a review of the impact of conditional cash transfer programs. *Prev. Med.* 2012;55:S95–S105.
48. Sutherland K., Christianson J. B., Leatherman S. Impact of targeted financial incentives on personal health behavior A review of the literature. *Med. Care Res. Rev.* 2008;65:36S–78S.
49. Chapman G. B., Brewer N. T., Coups E. J., et al. Value for the future and preventive health behavior. *J. Exp. Psychol. Appl.* 2001;7:235–50.
50. Mantzari E., Vogt F., Shemilt I., et al. Personal financial incentives for changing habitual health-related behaviors: a systematic review and meta-analysis. *Prev. Med.* 2015;75:75–85.
51. Lally P., Chipperfield A., Wardle J. Healthy habits: efficacy of simple advice on weight control based on a habit-formation model. *Int. J. Obes.* 2008;32:700–7.
52. Lally P., Gardner B. Promoting habit formation. *Health Psychol. Rev.* 2013;7:S137–S158.
53. Ondersma S. J., Svikis D. S., Lam P. K., et al. A randomized trial of computer-delivered brief intervention and low-intensity contingency management for smoking during pregnancy. *Nicotine Tob. Res.* 2012;14:351–60.
54. Mertens S., Herberz M., Hahnel U. J. J., et al. The effectiveness of nudging: A meta-analysis of choice architecture interventions across behavioral domains. *Proc. Natl. Acad. Sci. USA.* 2021;119:e2107346118. doi: 10.1073/pnas.2107346118
55. Nurchis M. C., Di Pumpo M., Perilli A., et al. Nudging Interventions on Alcohol and Tobacco Consumption in Adults: A Scoping Review of the Literature. *Int. J. Environ. Res. Public Health.* 2023 Jan 17;20(3):1675. doi: 10.3390/ijerph20031675
56. Ledderer L., Kjer M., Madsen E. K., et al. Nudging in Public Health Lifestyle Interventions: A Systematic Literature Review and Meta-synthesis. *Health Educ. Behav.* 2020;47:749–64. doi: 10.1177/1090198120931788
57. Marteau T. M., Ogilvie D., Roland M., et al. Judging nudging: Can nudging improve population health? *BMJ.* 2011;342: d228. doi: 10.1136/bmj.d228
58. Talat U., Schmidtke K. A., Khanal S., et al. A Systematic Review of Nudge Interventions to Optimize Medication Prescribing. *Front. Pharmacol.* 2022;13:798916. doi: 10.3389/fphar.2022.798916
59. Leone L. Nudge Strategies at a Glance: An Overview. More Freedom or New Paternalism? *Epidemiol. Prev.* 2016;40:462–5. doi: 10.19191/EP16.6.P462.127

60. Blaga O. M., Vasilescu L., Chereches R. M. Use and effectiveness of behavioral economics in interventions for lifestyle risk factors of non-communicable diseases: A systematic review with policy implications. *Perspect. Public Health*. 2018;138:100–10. doi: 10.1177/1757913917720233
61. Vallgård S. Nudge-A new and better way to improve health? *Health Policy*. 2012;104:200–3. doi: 10.1016/j.healthpol.2011.10.013
62. World Health Organization. Health Warning Labels on Alcoholic Beverages: Opportunities for Informed and Healthier Choices. Geneva, Switzerland: WHO; 2021.
63. Pechey E., Clarke N., Mantzari E., et al. Image-and-text health warning labels on alcohol and food: Potential effectiveness and acceptability. *BMC Public Health*. 2020;20:376. doi: 10.1186/s12889-020-8403-8
64. Hall M. G., Grummon A. H., Higgins I. C. A., et al. The impact of pictorial health warnings on purchases of sugary drinks for children: A randomized controlled trial. *PLoS Med*. 2022;19:e1003885. doi: 10.1371/journal.pmed.1003885
65. Caris M. G., Labuschagne H. A., Dekker M., et al. Nudging to improve hand hygiene. *J. Hosp. Infect.* 2018;98:352–8. doi: 10.1016/j.jhin.2017.09

Поступила 27.08.2024
Принята в печать 30.10.2024

Бобровская О. Н., Тимофеева М. Ю., Варламова А. А.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ АСПЕКТОВ ЗАЩИТЫ РЕПУТАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ И ЕЕ РАБОТНИКОВ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ И НЕКОТОРЫХ ЗАРУБЕЖНЫХ СТРАНАХ

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

Одним из ведущих показателей, обеспечивающих стабильность деятельности медицинской организации, является деловая репутация. Обусловленность взаимной зависимости фактора репутации по отношению к организации и ее работникам приводит к обоснованию необходимости исследования признаков ее формирования и изменчивости в конкурентной среде. Для защиты репутации от посягательств, связанных с распространением в публичном пространстве порочащих сведений, не соответствующих действительности, в разных странах применяется правовой институт диффамации. Обращение за судебной защитой, в том числе к механизму защиты деловой репутации медицинских работников, нарабатанному судами, позволяет детализировать отдельные элементы доказывания таких составов на практике.

Методология исследования: на основе формально-юридического и сравнительно-правового методов проведен анализ приемов и способов защиты репутации, применяемых в России и Германии. В установлении различий механизма защиты деловой репутации организаций и ее работников, исследуемых правовых моделей, обеспечивается наиболее полное восприятие условий его реализации на практике.

Ключевые слова: репутация; порочащие сведения; диффамационные иски; клевета; зарубежное право о деликтах.

Для цитирования: Бобровская О. Н., Тимофеева М. Ю., Варламова А. А. Сравнительный анализ аспектов защиты репутации медицинской организации и ее работников в Российской Федерации и некоторых зарубежных странах. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2025;33(4):633—639. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2025-33-4-633-639>

Для корреспонденции: Бобровская Ольга Николаевна, канд. юр. наук, доцент, доцент кафедры медицинского права Института социальных наук ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет имени И. М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), e-mail: bobrovskaya_o_n@staff.sechenov.ru

Bobrovskaya O. N., Timofeeva M. Yu., Varlamova A. A.

THE COMPARATIVE ANALYSIS OF ASPECTS OF DEFENSE OF REPUTATION OF MEDICAL ORGANIZATION AND ITS PERSONNEL IN THE RUSSIAN FEDERATION AND CERTAIN FOREIGN COUNTRIES

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

One of leading indicators ensuring stability of activities of medical organization is its business reputation. The conditionality of mutual dependency of reputation factor regarding medical organization and its personnel results in substantiation of necessity to study signs of its formation and variability of concurrent environment.

In many countries, to defend reputation from infringements related to propagation in public space of detraction materials that fall short of reality legal institute of defamation is applied. The application for judicial protection, including mechanism of protecting reputation of medical workers gained by courts, permits to detail particular elements of substantiation of such offenses in practice.

On the basis of formal juridical and comparative legal methods analysis of techniques and modes of defense of reputation applied in Russia and Germany was implemented. The establishment of differences in mechanisms of defense of business reputation of medical organization and its personnel in analyzed legal models provides the fullest perception of conditions of its implementation in practice.

Key words: reputation; detraction materials; defamation claims; libel; foreign tort law.

For citation: Bobrovskaya O. N., Timofeeva M. Yu., Varlamova A. A. The comparative analysis of aspects of defense of reputation of medical organization and its personnel in the Russian Federation and certain foreign countries. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2025;33(4):633—639 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2025-33-4-633-639>

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 the 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.

Received 05.09.2024

Accepted 30.10.2024

Введение

Деловая репутация юридического лица определяется через систему общественных оценок «о качестве, достоинстве и недостатках, относящихся к его работе и профессиональной деятельности» [1].

Поскольку деловая репутация юридического лица (медицинской организации) представляет собой нематериальное благо, объединяющее совокупность показателей финансово-хозяйственной и профессиональной деятельности, ее стабильность и высокий рейтинг доверия зависят от мнения клиентов,

обратившихся за медицинской помощью, а также сотрудников, исполняющих обязанности по договору, и в соответствии с порядками.

В этой связи порочащие сведения в отношении сотрудника отражаются на всей деятельности медицинской организации, повышая ее репутационные риски, сказываясь как на выборе пациентами клиники для обращения за медицинской помощью, так и на доходах.

С позиции практического анализа, порочащие деловую репутацию и не соответствующие действительности сведения распространяются через средства массовой информации (СМИ), в том числе электронные, посредством опубликования отзывов посетителей медицинских клиник. Реакцией на такие публикации со стороны клиники становится требование организации об их опровержении на этапе досудебного урегулирования спора. При этом СМИ, опубликовавшие такие материалы, нередко отказываются предоставлять доступ для опровержения, не будучи уверенными, что поступившая информация не соответствует действительности.

Обратимся к правовым способам защиты деловой репутации юридического лица с точки зрения перспективности.

Так, в соответствии со ст. 42 Уголовно-процессуального кодекса РФ (УПК РФ), основанием для признания юридического лица потерпевшим является причинение вреда его имуществу и деловой репутации. Фактически вред имуществу и деловой репутации рассматривается законодателем только в совокупности, тогда как специалисты, опираясь на судебную практику, свидетельствуют о том, что такие посягательства часто не пересекаются [2].

Процессуальные права потерпевшего в уголовном деле между физическим и юридическим лицом не дифференцированы. При этом интересы юридического лица как потерпевшего представляются уполномоченным лицом, согласно учредительным документам, тогда как процессуальный формат представительства уголовно-процессуальным законом не предусмотрен.

Вместе с тем уголовное право не содержит норм об ответственности за преступные посягательства в отношении деловой репутации юридических лиц [3]. Это означает также, что уголовная ответственность за клевету по ст. 128.1¹ Уголовного кодекса РФ (УК РФ) может быть установлена только в отношении потерпевшего, являющегося физическим лицом, которым может выступать медицинский работник.

При этом, как верно отмечают российские юристы, отсутствие такой нормы не исключает возможности фактического причинения вреда деловой репутации организации.

Таким образом, определяется, что практическая реализация права на защиту деловой репутации ор-

ганизации может иметь место только в гражданском или административном судопроизводстве.

Поскольку гражданское законодательство предоставляет равные права на защиту деловой репутации гражданину и юридическому лицу, видится, что исковое производство с требованием опровержения порочащих сведений и компенсации убытков, причиненных не соответствующими действительности материалами, становится универсальным способом восстановления данного нематериального блага. Такие иски называются диффамационными, а возможность их удовлетворения связана с доказуемостью вредоносных последствий для деятельности организации распространенными в СМИ фактами, не соответствующими действительности.

Конкуренция между положениями о свободе прессы и о защите чести, достоинства и деловой репутации свидетельствует о достаточно сложной квалификации подобных правонарушений, требующих проведения ряда экспертиз и множества доказательств для привлечения к ответственности СМИ или авторов публикаций.

С точки зрения общих подходов к понятию диффамации в практике судебных споров можно определить, что она воспринимается исключительно как гражданско-правовой деликт, возникающий из распространения недостоверной информации, порочащей деловую репутацию хозяйствующего субъекта. Если же сведения, сообщенные публично, не могут быть подтверждены без раскрытия, в нашем случае, врачебной тайны, диффамационный иск бесперспективен. В случае, когда сведения, содержащие достоверную информацию о конкретном лице (факте), недоказуемы или получены с нарушением закона, ответчик в диффамационном иске будет привлечен к ответственности за действие, нарушающее законные интересы организации или работника [4].

В литературе отмечается также момент, связанный с реакцией медицинской организации на достоверную информацию пациента, описывающую действия работника (врача) на сайте клиники, для скорейшего погашения конфликта на досудебном этапе. Пытаясь свести разногласия к минимуму и привлекая медицинского работника к дисциплинарной ответственности [5], администрация по требованию пациента незаконно отправляет на его личную почту копию такого приказа, что нарушает права врача на сохранение личной информации².

Итак, нами определено, что деловая репутация представляет собой набор уникальных характеристик, свойственных субъекту хозяйственной деятельности, которые определяют его облик через определенные достижения или ошибки, способные сориентировать широкий круг участников на определенные параметры взаимодействия. Объективная оценка компетенций, надежности во взаимоотношениях с партнерами позволяет достичь такого

¹ Уголовный кодекс Российской Федерации от 13.06.1996 № 63-ФЗ. Режим доступа: <https://base.garant.ru/10108000/>

² Федеральный закон «О персональных данных» от 27.07.2006 № 152-ФЗ. Режим доступа https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_61801/

Здоровье и общество

уровня репутации, при котором создаются доверительные отношения на рынке услуг (работ) и товаров, а риски утраты репутации связаны с неисполнением обязательств или негативным опытом ненадлежащего исполнения.

Поскольку репутация не создается автоматически, а нарабатывается годами в отношении как организации, так и физических лиц, действует законодательный запрет намеренного распространения ложных сведений, не соответствующих действительности, способных существенно подорвать репутацию субъекта. Возможность восстановления нарушенных прав и защиты деловой репутации становится необходимым элементом статуса субъекта хозяйственной деятельности.

Ученые определяют право на деловую репутацию как закрепленную законом возможность требования воздержания от действий, направленных на ее умаление, а также возможность обращения к судебной защите [6]. Кроме того, право на деловую репутацию имеет экономическое содержание [7], поэтому ущерб репутации работника может отразиться на деятельности юридического лица, и наоборот, распространение порочащих сведений в отношении юридического лица может отразиться на органе его управления и работниках [8]. Следовательно, в конкурентных сферах деятельности, к которым можно отнести и медицинскую, любое распространение недостоверной информации об изъятиях исполнения работниками клиники своих обязанностей может привести к сокращению первичных и повторных посещений врачей со стороны пациентов.

Лицо (физическое и юридическое), в отношении которого распространены недостоверные сведения, порочащие его деловую репутацию, вправе требовать полного возмещения причиненных ему убытков³. При этом убытки включают реальный ущерб и упущенную выгоду, а репутационные убытки состоят также из расходов, необходимых для восстановления и защиты деловой репутации [9].

Вместе с тем для целей обращения за судебной защитой в отношении деловой репутации юридического лица в практике российских судов выработаны общие подходы. Прежде всего юридическое лицо должно подтвердить факт сформированной положительной деловой репутации [10], а также факт утраты доверия к его репутации, которое повлекло сокращение числа клиентов и утрату конкурентоспособности [11].

Специалистами по маркетингу отмечено, что чем выше внимание клиники к потребностям различных групп пациентов, тем вероятнее достижение наилучших показателей по привлечению новых и удержанию уже обратившихся за медицинской помощью пациентов [12].

Менеджмент в системе здравоохранения воспринял идею о том, что размещение отзывов пациентов об оказанных услугах и медицинских работниках на сайтах клиник и в сети Интернет необходимо инициировать самими организациями. Это позволяет оперативно разрешать возникающие конфликты и достигать максимального комфорта для пациентов при обращении в клинику без риска снижения репутации медицинской организации. Российскими исследователями данной предметной области отмечено, что негативные отзывы пациентов неумолимо снижают рейтинг клиники. Поэтому основной задачей менеджеров в системе здравоохранения является проработка вопросов обращения за помощью, расстроивших пациентов на каком-либо из этапов (организационном, диагностическом, клиническом).

В этой связи менеджмент отрабатывает спорные случаи, описанные в жалобах пациентов, поступивших в профильные ведомства, а также собирает положительные отклики в целях создания атмосферы доверительного участия и повышения рейтингов влияния на деловую репутацию [13].

О необходимости создания положительного имиджа и высокой репутации медицинской организации говорится и российскими экономистами. Репутация обеспечивается за счет успешного управления качеством обслуживания пациентов, а также соблюдения прав пациента и удовлетворенности результатами лечения [14].

Специалисты Карагандинского медицинского университета на основе опроса казахстанских потребителей услуг здравоохранения пришли к выводу, что основой потребительского впечатления всегда является репутация медицинского работника или медицинской организации, созданная на основе личного либо коллективного опыта. Квалификация медицинского работника, этичность его поведения по отношению к пациенту на приеме составляют имидж медицинской организации и влияют на общую шкалу эмоционального восприятия клиники через шкалы рейтинга оценок [15].

Обычно потребитель не осведомлен о тех услугах, за которыми обращается. Поэтому он склонен ориентироваться на личный опыт или рекомендации знакомых, а при их отсутствии — на отзывы других потребителей, оставляемых на сайте медицинской организации или в сети Интернет. Кроме того, обращение к платным медицинским услугам при доступности бесплатной помощи обусловлено длительными сроками ожидания диагностических и лечебных процедур, невозможностью обследоваться у врача-специалиста, низкой культурой обслуживания в бюджетных клиниках.

При анализе факторов, влияющих на выбор потребителей, разделенных на две группы: «впервые обратившийся пациент» и «постоянный пациент», — исследователи отмечают, что обе группы потребителей придают особую значимость репутации клиники. При этом в группе «впервые обратившихся пациентов» акцент на репутацию значительно

³ «Гражданский кодекс Российской Федерации (часть первая)» от 30.11.1994 № 51-ФЗ (с изм. от 31.10.2024). Режим доступа: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_5142/1de6cd3cbb386056a2ecd2c64ff087b13c8de585/ (дата обращения 11.01.2024).

выше остальных показателей (фактор близости к дому, уровень цен, отсутствие ожидания приема), тогда как группа «постоянный пациент» отдает предпочтение удовлетворенности диагностическими и лечебными процедурами, возможности наблюдения у одного лечащего врача, а также репутации клиники [16].

Судебная практика в отношении споров о защите деловой репутации медицинских организаций

Значительный объем споров о защите деловой репутации касается исков медицинских работников, обращенных к пациентам по негативным отзывам последних в различных СМИ о характере оказываемой помощи, поведении врачей на приеме и организации лечебного процесса. Вместе с тем такие иски инициируются и медицинскими организациями, а требование о возмещении убытков, причиненных деловой репутации, не всегда обращено к пациентам.

В рассматриваемом примере интерес вызывает тот факт, что ответчиком по иску, а следовательно, лицом, распространившим порочащие сведения об организации, выступает врач этой же организации, который свидетельствует о фактах, отражающих реальную ситуацию в клинике.

Судебная коллегия по гражданским делам Второго кассационного суда РФ рассмотрела гражданское дело по кассационной жалобе на решения двух судов, включая решения по апелляционным жалобам.

Суды первой и апелляционной инстанции при разрешении дела на основании имеющихся в деле доказательств и заявленных исковых требований исходили из того, что в опубликованных материалах СМИ содержалась недостоверная информация порочащего характера.

Согласно лингвистическому заключению, на сайте электронного СМИ опубликовано открытое письмо ответчика об отсутствии препаратов и об оборудовании в медицинской организации. Так, в исследуемом экспертизой фрагменте текста приводятся следующие факты: «инструментарий для лапароскопических операций изношен, не обновляется»; «не приобретаются одноразовые сшивающие аппараты, а также расходные материалы для многообразных сшивающих аппаратов, необходимых для операций на пищеводе, желудке, кишечнике». Эксперт заключил, что данная информация негативно сказывается на качестве медицинского обслуживания, представляет организацию с негативной стороны и представляет угрозу для ее деловой репутации.

При анализе второй статьи эксперт определил, что в представленном фрагменте текста, размещенного в электронных СМИ: «...в течение последних 2-х лет значительно ухудшилось обеспечение лекарствами, часто отсутствуют самые необходимые из них» — содержится негативная информация о качестве медицинского обслуживания в медицинской организации, что отрицательно характеризует её руководство.

Суд первой инстанции, основываясь на сделанных в заключении специалиста выводах, удовлетворил исковые требования.

Суд второй инстанции, рассмотрев апелляционную жалобу заявителя, решение суда первой инстанции отменил. Данный вывод суда был обоснован разъяснениями Пленума Верховного Суда РФ о пределах допустимой критики в отношении должностного лица, которые могут быть шире, чем в отношении частного лица.

Отказывая в удовлетворении иска о защите деловой репутации, апелляционный суд исходил из того, что автор письма на момент публикации являлась действующим сотрудником организации и указала на проблемы в его работе; сведения, изложенные ответчиком в открытом письме, являются *отражением ее частного мнения* о ситуации, и несогласием с действиями руководства, поэтому *не являются предметом судебной защиты в порядке ст. 152 ГК РФ о защите деловой репутации*».

Кроме того, суд постановил, что опровергаемые истцом сведения были адресованы врачебному сообществу, не содержали оскорбительной лексики и направлены на привлечение внимания общественности к проблемам организации, а негативное авторское мнение о ее деятельности не может расцениваться как информация порочащего характера. Поскольку деятельность организации является открытой и имеет высокую социальную значимость, она может быть подвергнута критике.

Судебная коллегия Второго кассационного суда общей юрисдикции, проверяя законность обжалуемых судебных постановлений, пришла к выводу о допущенных в них существенных нарушениях, исходя из следующего. При рассмотрении дел о защите чести и достоинства одним из юридически значимых обстоятельств, подлежащих установлению, является характер распространенной информации, т. е. установление того, *является ли информация утверждением* [17].

Обязанность по доказыванию факта распространения ответчиками сведений об истце и их порочащий характер лежит на истце, а ответчик обязан доказать соответствие действительности распространенных сведений.

Поскольку суды не исследовали представленную информацию на достоверность, сославшись на частное мнение ответчика, они безосновательно лишили истца права на защиту деловой репутации. Допущенные судом апелляционной инстанции существенные нарушения влекут отмену апелляционного определения в кассационном порядке с направлением дела на новое рассмотрение.

Таким образом, при кажущейся очевидности объективной информации о положении дел в клинике суды не смогли однозначно и правильно оценить спорную ситуацию. Это обстоятельство подчеркивает, что диффамационные споры сложны с точки зрения оценки доказательств, а судебные инстанции допускают ошибки на всех этапах рассмотрения спора по существу.

Основные начала защиты чести, достоинства и деловой репутации в Германии

В мировой практике проблема защиты чести, достоинства и деловой репутации поставлена в зависимости от восприятия доктриной и сложившимся порядком регулирования, разделяющих понятия сплетни, оговора, оскорбления и клеветы, в гражданско-правовую или уголовно-правовую направленность. В Германии клевета, оскорбление и сплетня признаются уголовно наказуемыми деяниями.

Например, в Уголовном Уложении Федеративной Республики Германия — *Strafgesetzbuch (StGB)*; далее — УУ ФРГ) — вопросам ответственности за оскорбление, сплетни и клевету отведены три параграфа (§ 185—187 УУ ФРГ). Сплетня имеет следующее определение: тот, кто в отношении другого лица утверждает или распространяет факт, способный вызвать неуважение к этому лицу или унижить его в общественном мнении, если деяние совершено публично или посредством распространения материала, наказывается лишением свободы на срок до 2 лет или денежным штрафом. Такие дела рассматриваются в порядке частного обвинения и только по ходатайству пострадавшей стороны в соответствии с § 374 Уголовно-процессуального кодекса ФРГ [18]. Подача частного обвинения допустима только после безуспешной попытки примирения сторон, совершенной учреждением по заключению мировых соглашений, установленным земельным Управлением юстиции. Таким образом, до возбуждения дела сторонам (например, медицинскому работнику и пациенту) предлагается примирение.

Разница между применением ответственности за оскорбление и сплетню состоит в том, что в случае сплетни (§ 186 УУ ФРГ) факты, донесенные до сведения третьих лиц, могут иметь перспективы доказуемости содержащихся в них ложных или истинных сведений. При квалификации оскорбления, которое отражает оценку субъективного мнения лица, отпадает необходимость доказывания доведения какой-либо порочащей информации до третьих лиц. *«Недоказуемость истинности утверждаемого или распространяемого факта не является признаком состава в § 186 УУ ФРГ, а представляет собой так называемое „объективное условие наказуемости“»* [19]. Даже в том случае, если утверждавшее о каком-либо факте лицо исходило из истинности его содержания, деяние становится наказуемым вследствие создания вреда его репутации в обществе.

Для клеветы (§ 187 УУ ФРГ), напротив, характерна заведомая ложность изложенного факта в отношении другого лица, способного вызвать неуважение к этому лицу или унижить его в общественном мнении. В случае, когда такое деяние совершено публично или посредством публикации, оно наказывается лишением свободы на срок до 5 лет или денежным штрафом. В этом значении понятие клеветы, используемое в УУ ФРГ и УК РФ, совпадают по своему содержанию. Однако в УК РФ имеется прямое указание на умаление деловой репутации, а не

только частной жизни лица, которое станет препятствием в его профессиональной реализации. Так, в ст. 128.1 УК РФ клевета определяется через факт распространения заведомо ложных сведений, порочащих честь и достоинство другого лица или подрывающих его репутацию. В зависимости от способа распространения ложных фактов о лице нарастает ответственность, определяемая от наименьшего (штрафа) к наибольшему наказанию (лишению свободы на срок до 2 лет), если порочащая информация освещена в публичном пространстве.

Защита экономических и деловых интересов, репутации физических и юридических лиц возможна и с помощью гражданских исков, возникающих из деликта, содержащихся в § 824 Гражданского Уложения ФРГ (далее — ГУ ФРГ) [20]:

- лицо, которое заявляет или распространяет не соответствующие действительности сведения, наносящие вред предпринимательской деятельности или источнику средств существования другого лица, обязано возместить ему причиненный этим вред также и в том случае, если оно не знало, но должно было знать о ложности распространяемых сведений;
- лицо, сообщившее сведения, не зная об их ложности, не обязано возмещать вред, если оно само или адресат его сообщения были правоммерно заинтересованы в получении такого сообщения.

Вместе с тем установленный § 824 ГУ ФРГ запрет на распространение информации касается только фактов, а не мнений лица. Однако если мнение содержит информацию о фактах, то оно подпадает под действие данной нормы.

По делам из клеветы истец (медицинский работник или организация) должен представить суду факты, свидетельствующие о том, что распространявшиеся ответчиком сведения носили диффамационный характер; распространявшиеся сведения идентифицируют субъекта, сведения были распространены (например, в СМИ), истец (физическое лицо или организация) понес убытки (финансовое положение и/или репутация серьезно пострадали) [21].

Вместе с тем обязанность доказать факт распространения порочащих сведений и элементы, составляющие недостоверность, влекущие причинение вреда ответчиком, возложена на истца [22].

Ответчику предоставлено право заявить о том, что его высказывание является: частным мнением с использованием ставшей ему известной конфиденциальной информации; высказывание направлено на ознакомление с информацией широкого круга общественности и в его интересах; само высказывание является истинным; ответчик готов принести извинения путем опубликования опровержения, выплатить компенсацию и покрыть расходы.

Заключение

Защита деловой репутации медицинской организации и ее работников является важной составляю-

щей стабильности ее деятельности на конкурентном рынке медицинских услуг [23]. Обращение к материалам судебной практики позволяет раскрыть основополагающие условия удовлетворения исков, связанных с требованием отмены решений национальных судов за клеветнические высказывания в отношении медиков. Сложные процедуры доказывания фактов, подлежащих оценке, свидетельствуют о возможности ошибочных решений в практике судов. Исследование аспектов защиты репутации в некоторых зарубежных странах позволяет увидеть фактические различия в понимании сущностных признаков диффамационных споров на практике.

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

ЛИТЕРАТУРА

- Иваненко Ю. Г. Деловая репутация юридических лиц и её правовая защита. *Законодательство*. 2000;(10):11.
- Айвазова О. В., Варданян Г. А., Смирнова И. Г. Об уголовно-процессуальных и криминалистических мерах противодействия преступлениям, совершаемым в отношении юридических лиц. *Всероссийский криминологический журнал*. 2021;15(1):98—105.
- Комаров И. М. Юридическое лицо как потерпевшее от преступления в российском уголовном процессе. *Судебная власть и уголовный процесс*. 2018;(2):146—51.
- Кириленко В. П., Алексеев Г. В. Проблемы гармонизации европейского и российского законодательства о диффамации. *Lex Russica (сравнительно-правовые исследования)*. 2019;(9):168—80.
- Мустафина-Бредихина Д. М. Профилактика претензий пациентов к медицинским организациям: практические советы юриста. *Неонатология: новости, мнения, обучение*. 2022;10(4):82—5.
- Шерстобитов А. Е. Разделы: Вещное право. Наследственное право. Интеллектуальные права. Личные неимущественные права. Гражданское право: учебник. В 4 т. Отв. ред. Е. А. Суханов. М.: Статут; 2019. Т. II. 464 с.
- Рожкова М. А. Защита деловой репутации в случаях ее диффамации или неправомерного использования в сфере коммерческих отношений. М.: Статут; 2015. 270 с.
- Обзор практики рассмотрения судами дел по спорам о защите чести, достоинства и деловой репутации: постановление Президиума Верховного Суда РФ от 16 марта 2016 года. Режим доступа: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_195322/
- Резник Г. М., Скловский К. И. Честь. Достоинство. Деловая репутация: споры с участием СМИ. Под общ. ред. К. И. Скловского. М.: Статут; 2006. 270 с.
- Ястребов В. В. Влияние на деловую репутацию юридического лица диффамации, совершенной в отношении него самого, органов управления и работников. *Legal Concept*. 2019;18(1):137—40.
- Постановление Президиума ВАС РФ от 17.07.2012 № 17528/11 по делу № А45-22134/2010 по делу о возмещении нематериального вреда, причиненного умалением деловой репутации юридического лица. Режим доступа: <https://www.zakonrf.info/suddoc/aa4335ea7cec6f0299419ab45a733511/>
- Hot G. What Is the Best Healthcare Marketing Strategy in 2023? Режим доступа: <https://intrepy.com/importance-healthcare-marketing/>
- Белобородова О. Г., Капустина Л. М. Управление брендом медицинского учреждения в сети интернет. В кн.: Менеджмент и предпринимательство в парадигме устойчивого развития. Материалы III международной научно-практической конференции (Екатеринбург, 28 мая 2020 г.). Режим доступа: <https://science.usue.ru/images/docs/itogi/mip2020.pdf>
- Цветкова А. Б., Шишкин А. В. Влияние репутации медицинского учреждения на выбор потребителя. *Российское предпринимательство*. 2018;(11):3382—90.
- Петренко Е. С., Исаков Н. З. Феномен эмоциональных продуктов частных медицинских услуг. *Российское предпринимательство*. 2016;17(16):2003—12.
- Капустина Л. М., Белобородова О. Г. Маркетинговое исследование потребителей платных медицинских услуг. *Практический маркетинг*. 2020;(10):3—8.
- «Обзор практики рассмотрения судами дел по спорам о защите чести, достоинства и деловой репутации» п. 5 (утв. Президиумом Верховного Суда РФ 16.03.2016). Режим доступа: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_195322/
- Головненков П., Спица Н., Хелльман У. Уголовно-процессуальный кодекс ФРГ. Режим доступа: https://www.sud.gov.kz/sites/default/files/upk_0.pdf
- Головненков П. В. Уголовное уложение Федеративной Республики Германия — Strafgesetzbuch (StGB). Режим доступа: https://www.uni-potsdam.de/fileadmin/projects/lsh-hellmann/Forschungsstelle_Russisches_Recht/Neuaufgabe_der_kommentierten_StGB-Übersetzung_von_Pavel_Golovnenkov.pdf
- Гражданское уложение Германии (ГГУ) Bürgerliches Gesetzbuch Deutschlands mit Einführungsgesetz (1900). Режим доступа: <http://oceanlaw.ru/wp-content/uploads/2018/02/1900-Гражданское-уложение-1.pdf>
- Егорова М. А., Крылов В. Г., Романов А. К. Деликтные обязательства и деликтная ответственность в английском, немецком и французском праве: Учебное пособи. Отв. ред. доктор юридических наук М. А. Егорова. М.: Юстицинформ; 2017. С. 376. Режим доступа: http://lib.yzu.am/disciplines_bk/c561613ffcc6037cec5bd4bdfa5a20386.pdf
- Дорошенко О. В., Дукарт С. А. Достоинства и недостатки механизмов защиты чести, достоинства и деловой репутации в различных странах. *Вестник науки Сибири*. 2014;(2):197—204.
- 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.

Поступила 05.09.2024
Принята в печать 30.10.2024

REFERENCES

- Ivanenko Yu. G. Business reputation of legal entities and its legal protection. *Legislation*. 2000;(10):11 (in Russian).
- Aivazova O. V., Vardanyan G. A., Smirnova I. G. On criminal procedural and forensic measures to combat crimes committed against legal entities. *Russian Journal of Criminology*. 2021;15(1):98—105 (in Russian).
- Komarov I. M. Legal entity as a victim of a crime in Russian criminal proceedings. *Judicial Power and Criminal Proceedings*. 2018;(2):146—51 (in Russian).
- Kirilenko V. P., Alekseev G. V. Problems of harmonization of European and Russian legislation on defamation. *Lex Russica (Comparative Legal Studies)*. 2019;(9):168—80 (in Russian).
- Mustafina-Bredikhina D. M. Prevention of patients' claims against medical organizations: practical advice of a lawyer. *Neonatology: News, Opinions, Training*. 2022;10(4):82—5 (in Russian).
- Sherstobitov A. E. Sections: Property law. Inheritance law. Intellectual rights. Personal non-property rights. Civil law: textbook. In 4 volumes. Ed. E. A. Sukhanov. 2nd ed. revised and enlarged. Moscow: Statut; 2019. Vol. II. 464 p. (in Russian).
- Rozhkova M. A. Protection of business reputation in cases of its defamation or unlawful use in the sphere of commercial relations. Moscow: Statute; 2015. 270 p. (in Russian).
- An overview of the rules governing the consideration by courts of human rights, property, and business reputation disputes: according to the regulation Presidium of the Supreme Court of the Russian Federation dated March 16, 2016. Available at: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_195322/ (in Russian).
- Reznik G. M., Sklovsky K. I. Honor. Dignity. Business reputation: disputes involving the media. Ed. by K. I. Sklovsky. Moscow: Statut; 2006; 270 p. (in Russian).
- Yastrebov V. V. Impact on the business reputation of a legal entity of defamation committed against itself, management bodies and employees. *Legal Concept*. 2019;(18)1:137—40 (in Russian).
- Resolution of the Presidium of the Supreme Arbitration Court of the Russian Federation dated 17.07.2012 No. 17528/11 in case No. A45-22134/2010 in the case of compensation for non-material

Здоровье и общество

- damage caused by diminishing the business reputation of a legal entity. Available at: <https://www.zakonrf.info/suddoc/aa4335ea7cec6f0299419ab45a733511/> (in Russian).
12. Hot G. What Is the Best Healthcare Marketing Strategy in 2023? Available at: <https://intrepy.com/importance-healthcare-marketing/> (in Russian).
 13. Beloborodova O. G., Kapustina L. M. Managing the brand of a medical institution on the Internet. In: Management and entrepreneurship in the paradigm of sustainable development materials of the III international scientific and practical conference (Ekaterinburg, May 28, 2020). Available at: <https://science.usue.ru/images/docs/itogi/mip2020.pdf> (in Russian).
 14. Tsvetkova A. B., Shishkin A. V. The influence of the reputation of a medical institution on consumer choice. *Russian Entrepreneurship*. 2018;(11):3382–90 (in Russian).
 15. Petrenko E. S., Iskakov N. Z. Phenomenon of emotional products of private medical services. *Russian Entrepreneurship*. 2016;17(16):2003–12 (in Russian).
 16. Kapustina L. M., Beloborodova O. G. Marketing research of consumers of paid medical services. *Practical Marketing*. 2020;10(284):3–8 (in Russian).
 17. “Review of the practice of court consideration of cases on disputes on the protection of honor, dignity and business reputation” p. 5 (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).
 18. Golovnenkov P., Spica N., Hellman U. The Criminal Procedure Code of Germany. Available at: https://www.sud.gov.kz/sites/default/files/upk_0.pdf (in Russian).
 19. Golovnenkov P. V. Criminal Code of the Federal Republic of Germany — Strafgesetzbuch (StGB). Available at: https://www.uni-potsdam.de/fileadmin/projects/ls-hellmann/Forschungsstelle_Russisches_Recht/Neuaufgabe_der_kommentierten_StGB-Übersetzung_von_Pavel_Golovnenkov.pdf (in Russian).
 20. Civil Code of Germany (GGU) Bürgerliches Gesetzbuch Deutschlands mit Einfuhrungsgesetz (1900). Available at: <http://oceanlaw.ru/wp-content/uploads/2018/02/1900-Гражданское-уложение-1.pdf> (in Russian).
 21. Egorova M. A., Krylov V. G., Romanov A. K. Tortious Obligations and Tortious Liability in English, German and French Law: Textbook. Ed. Doctor of Law M. A. Egorova. Moscow: Yustitsinform; 2017; 376 p. Available at: http://lib.ysu.am/disciplines_bk/c561613ffc6037cec5bd4bdfa5a20386.pdf (in Russian).
 22. Doroshenko O. V., Dukart S. A. Advantages and Disadvantages of Mechanisms for the Protection of Honor, Dignity and Business Reputation in Different Countries. *Bulletin of Science of Siberia*. 2014;2(12) (in Russian).
 23. Artamonova G. V., Popsuiko A. N., Danilchenko Ya. V., Batsina E. A. Personnel policy of healthcare institutions in 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 (in Russian).

Погарская А. С.

ОСОБЕННОСТИ ИДЕНТИФИКАЦИИ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ПРОДУКЦИИ В ТАМОЖЕННЫХ ЦЕЛЯХ

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

В целом понятие идентификации товаров подразумевает установление его потребительских свойств, связанных с назначением, материалом изготовления, происхождением и прочими характеристиками. Особенностью таможенной идентификации является установление соответствия перемещаемого товара сведениям в сопроводительной документации, а также заявленному классификационному коду в соответствии с Единой Товарной номенклатурой Евразийского экономического союза. Следовательно, если категория товара является сложной с точки зрения таможенной классификации, то могут возникать проблемы таможенного контроля достоверности заявленного кода на этапе установления должностным лицом таможенных органов соответствия между подсубпозицией, отраженной в графе 33 подаваемой декларации на товар, и сведениями, указанными в графе 31 в части словесного описания товара. Негативная судебная практика таможенных органов в области выносимых классификационных решений указывает на недостаточность изучения вопроса идентификации товаров в таможенных целях, что обуславливает необходимость разработки установленного порядка идентификации перемещаемых товаров при помещении их под различные таможенные процедуры. В рамках изучения таможенного классификатора было выявлено, что фармацевтическая продукция является сложной категорией с точки зрения таможенной идентификации, поскольку применение товара в терапевтических, медицинских и лечебных целях не всегда является основным критерием отнесения к рассматриваемой группе 30 «Фармацевтическая продукция». К недостоверной идентификации лекарственных препаратов и аналогичных медицинских средств может привести использование недостоверной информации о товаре, непонимание ключевых признаков систематизации и распределения товаров по классификационным группировкам. Правильное выделение ключевых классификационных признаков в идентифицируемой фармацевтической продукции может быть выстроено только на глубоком изучении структуры и концепции построения номенклатурной части. Игнорирование такой характеристики товара, как материал, назначение, сфера применения, состояние или глубина переработки, зачастую создает условия для проведения некорректной идентификации фармацевтической продукции в таможенных целях. Отдельно выявленные вещественные свойства товара, указывающие на применение в медицинских целях, как и нахождение товара в фармакопее, не подтверждают однозначного отнесения продукции к числу фармацевтической. Для разъяснения выявленных особенностей идентификации лекарственных средств и медицинских изделий предлагается разработка отдельного документа, устанавливающего порядок проведения идентификации фармацевтической продукции в таможенных целях с обязательным уточнением средств идентификации и составлением перечня товаров, детализирующего наименования, соответствующие им классификационные коды, взаимосвязанные с обязательными дополнительными сведениями, определяющими особенности идентификации.

Ключевые слова: таможенная идентификация; фармацевтическая продукция; лекарственные средства; основные исключения; таможенная классификация товаров; средства идентификации; признаки классификации.

Для цитирования: Погарская А. С. Особенности идентификации фармацевтической продукции в таможенных целях. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2025;33(4):640—650. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2025-33-4-640-650>

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: pogarskaya.anastasia@yandex.ru

Pogarskaya A. S.

THE PECULIARITIES OF IDENTIFICATION OF PHARMACEUTICAL PRODUCTION WITH WITH THE CUSTOM PURPOSES

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

The concept of identification of goods implies establishment of its consumer qualities related to purpose, material of production, origin and other characteristics. The specificity of customs identification is establishment of correspondence of moving good to data in accompanying documentation and to declared classification code according to Unified Commodity Nomenclature of the Eurasian Economic Union. If category of good is complicated from point of view of customs classification then problems can occur related to custom control of reliability of declared data. The negative legal practice of customs authorities related to passed classification decisions indicates on insufficiently investigated issue of identification of goods in customs purpose. Within the framework of analysis of customs classifier it was established that pharmaceutical production is complicated category from point of view of customs identification as pharmaceutical production. The neglect of such characteristics of good as material, purpose, area of application often originates conditions for inconsistent identification of pharmaceutical production in customs purpose. The material characteristics of good established separately indicating to application with medical purposes and presence of good in pharmacopoeia doesn't prove labeling of production as pharmaceutical one. The development of separate document establishing order of identification of pharmaceutical production is proposed.

Key words: customs identification; pharmaceutical products; medications; main exceptions; customs classification of goods; classification criteria.

For citation: Pogarskaya A. S. The peculiarities of identification of pharmaceutical production with with the custom purposes. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2025;33(4):640—650 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2025-33-4-640-650>

For correspondence: Pogarskaya A. S., candidate of economic sciences, associate professor, associate professor of the Chair of Customs Law 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 04.08.2024
Accepted 30.10.2024

Введение

Все товары, перемещаемые через таможенную границу Евразийского экономического союза, подлежат обязательному декларированию, которому предшествует таможенная идентификация как важнейший элемент выработки единой концепции формирования и развития единого рынка лекарственных препаратов и медицинских изделий в рамках интеграционного взаимодействия союзных государств [1, 2]. В условиях выбранного вектора развития службы таможенных органов, направленного на ускорение таможенных операций, который был обусловлен ратификацией Киотской конвенции об упрощении и гармонизации таможенных процедур [3], вопрос правильности таможенной идентификации товаров с целью их последующей корректной классификации стоит достаточно остро.

Данный аспект важен для обеих сторон процесса декларирования, поскольку в случае выявления неверной классификации таможенными органами принимаются классификационные решения, которые могут в дальнейшем быть обжалованы в судебном порядке. Для таможенных органов сложилась негативная судебная практика в части классификации товаров. Это чаще всего связано с тем, что большая часть товаров, классифицируемых в таможенных целях, интерпретируется в нестандартном и не общепринятом понимании основных характеристик и признаков.

Фармацевтическая продукция является одной из таких категорий, что подтверждается текстом Пояснений к Товарной номенклатуре внешнеэкономической деятельности, который содержит прямое уточнение, что описание продукта как лекарственного средства в фармакопее не является определяющим фактором для его классификации в данной группе [4].

Корректная таможенная идентификация товара необходима для установления соответствия заявленных в декларации сведений, что напрямую влияет на правильность исчисления таможенных платежей, соблюдение запретов и ограничений, а также применение иных мер таможенного регулирования и контроля, что является особенно актуальным в современных условиях развития санкционного воздействия со стороны недружественных стран [5] и реализации механизма легализации параллельного импорта, выстроенного на постоянном мониторинге обращаемой на рынке фармацевтической продукции [6].

Еще одним немаловажным аспектом правильной идентификации лекарственных средств и материа-

лов медицинского назначения в таможенных целях является формирование основы для выработки стратегических направлений развития импортозамещения в области производства вышеупомянутых товаров [7].

В связи с этим обозначенная автором проблематика правильной идентификации фармацевтической продукции в таможенных целях представляется весьма актуальной и требует детального изучения ключевых особенностей построения классификационной системы товарной номенклатуры, применяемой в процессе декларирования лекарственных средств и материалов.

В качестве объекта настоящего исследования выступает изучение основных особенностей идентификации фармацевтической продукции в таможенных целях.

Цель данной работы заключается в детальном рассмотрении содержания Группы 30 «Фармацевтическая продукция» Единой Товарной номенклатуры внешнеэкономической деятельности Евразийского экономического союза, на которой выстроена таможенная идентификация лекарственных средств и аналогичных медицинских изделий, а также в предложении практических рекомендаций по упрощению идентификации рассматриваемой категории товаров в таможенных целях.

В условиях развития деятельности таможенной службы была ратифицирована Международная конвенция об упрощении и гармонизации таможенных процедур, которая нацелена на ускорение таможенных операций и повышение эффективности работы таможенных органов.

В целях классификации товаров при таможенном декларировании применяются Единая Товарная номенклатура внешнеэкономической деятельности Евразийского экономического союза, а также Единый таможенный тариф Евразийского экономического союза, которые позволяют произвести таможенную идентификацию товара и в соответствии с выбранным классификационным кодом определить ставку ввозной таможенной пошлины.

В рамках дополнительного разъяснения текстов классификационной части и соответствующих примечаний Товарной номенклатуры внешнеэкономической деятельности применяются Пояснения к Единой Товарной номенклатуре внешнеэкономической деятельности Евразийского экономического союза, которые опубликованы в шести томах на официальном сайте Евразийской экономической Комиссии.

Наряду с этим странами Евразийского экономического союза в соответствии с развитием интегра-

ционного взаимодействия по формированию общего рынка лекарственных средств и медицинских изделий была утверждена Фармакопея Евразийского экономического союза.

Материалы и методы

В ходе проведения исследования в рассматриваемой области автором был выполнен анализ научных публикаций по рассматриваемой тематике, а также нормативно-правовых документов, затрагивающих данную сферу. Применялись методы: изучения и систематизации.

Результаты исследования

Все товары при их таможенном декларировании подлежат классификации по Единой Товарной номенклатуре внешнеэкономической деятельности Евразийского экономического союза [8]. Документ представляет собой номенклатуру товаров, систематизированную по различным признакам, к числу которых следует отнести:

- сырье и материалы, из которых изготовлен товар;
- способ обработки и производства;
- функциональное назначение и сферу применения;
- степень обработки;
- химический состав;
- происхождение продукции.

Главными условиями правильного определения классификационного кода является понимание концепции построения номенклатуры, которая имеет ряд специфических аспектов, требующих внимания и детального изучения. Неотъемлемой частью данной классификационной системы выступают основные правила интерпретации, представляющие собой установленный алгоритм единственно верного классификационного кода. Важно учитывать, что система выстроена таким образом, что одному товару может присваиваться только один код, в связи с чем знание и понимание построения и применения номенклатуры являются важнейшими условиями корректной таможенной идентификации товаров.

Остановившись более подробно на категории фармацевтической продукции, можно выделить одноименную группу в структуре Раздела XI «Продукция химической и связанных с ней отраслей промышленности» (рис. 1).

Из представленного фрагмента дерева Товарной номенклатуры внешнеэкономической деятельности видно, что в структуре Раздела XI выделена Группа 30 «Фармацевтическая продукция», которая вошла в состав рассматриваемого раздела по классификационному

признаку способа производства, а сама группа систематизировала товары внутри себя по признаку функционального назначения.

В содержании Группы 30 можно выделить 6 товарных позиций, которые объединяют внутри себя отдельные категории товаров. Рассмотрим каждую группировку более подробно, чтобы иметь точное представление о том, как идентифицируется фармацевтическая продукция в товарной номенклатуре внешнеэкономической деятельности.

Товарная позиция 3001 подразумевает классификацию желез, экстрактов желез или прочих органов, их секретов, предназначенных для органотерапии. Отдельно оговаривается, что данные товары представлены в высушенном, не измельченном или измельченном виде, включая состояние порошка.

Помимо этого, в данную товарную позицию относят гепарин и его соли, а также прочие вещества человеческого или животного происхождения, подготовленные для использования в терапевтических или профилактических целях, в другом месте не поименованные или не включенные.

В качестве желез и прочих органов животного происхождения могут классифицироваться мозг, спинной мозг, печень, почки, селезенка, поджелудочная железа, молочные железы, яички, яичники.

Отдельно оговаривается, что экстракция производится путем применения растворителей, осаждением, коагуляцией или любым другим способом.

РАЗДЕЛ VI. ПРОДУКЦИЯ ХИМИЧЕСКОЙ И СВЯЗАННЫХ С НЕЙ ОТРАСЛЕЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ

- 28 ПРОДУКТЫ НЕОРГАНИЧЕСКОЙ ХИМИИ; СОЕДИНЕНИЯ НЕОРГАНИЧЕСКИЕ ИЛИ ОРГАНИЧЕСКИЕ ДРАГОЦЕННЫХ МЕТАЛЛОВ, РЕДКОЗЕМЕЛЬНЫХ МЕТАЛЛОВ, РАДИОАКТИВНЫХ ЭЛЕМЕНТОВ ИЛИ ИЗОТОПОВ
- 29 ОРГАНИЧЕСКИЕ ХИМИЧЕСКИЕ СОЕДИНЕНИЯ
- 30 ФАРМАЦЕВТИЧЕСКАЯ ПРОДУКЦИЯ
- 31 УДОБРЕНИЯ
- 32 ЭКСТРАКТЫ ДУБИЛЬНЫЕ ИЛИ КРАСИЛЬНЫЕ; ТАННИНЫ И ИХ ПРОИЗВОДНЫЕ; КРАСИТЕЛИ, ПИГМЕНТЫ И ПРОЧИЕ КРАСЯЩИЕ ВЕЩЕСТВА; КРАСКИ И ЛАКИ; ШПАТЛЕВКИ И ПРОЧИЕ МАСТИКИ; ПОЛИГРАФИЧЕСКАЯ КРАСКА, ЧЕРНИЛА, ТУШЬ
- 33 ЭФИРНЫЕ МАСЛА И РЕЗИНОИДЫ; ПАРФЮМЕРНЫЕ, КОСМЕТИЧЕСКИЕ ИЛИ ТУАЛЕТНЫЕ СРЕДСТВА
- 34 МЫЛО, ПОВЕРХНОСТНО-АКТИВНЫЕ ОРГАНИЧЕСКИЕ ВЕЩЕСТВА, МОЮЩИЕ СРЕДСТВА, СМАЗОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ, ИСКУССТВЕННЫЕ И ГОТОВЫЕ ВОСКИ, СОСТАВЫ ДЛЯ ЧИСТКИ ИЛИ ПОЛИРОВКИ, СВЕЧИ И АНАЛОГИЧНЫЕ ИЗДЕЛИЯ, ПАСТЫ ДЛЯ ЛЕПКИ, ПЛАСТИЛИН, "ЗУБОВРАЧЕБНЫЙ ВОСК" И ЗУБОВРАЧЕБНЫЕ СОСТАВЫ НА ОСНОВЕ ГИПСА
- 35 БЕЛКОВЫЕ ВЕЩЕСТВА; МОДИФИЦИРОВАННЫЕ КРАХМАЛЫ; КЛЕИ; ФЕРМЕНТЫ
- 36 ВЗРЫВЧАТЫЕ ВЕЩЕСТВА; ПИРОТЕХНИЧЕСКИЕ ИЗДЕЛИЯ; СПИЧКИ; ПИРОФОРНЫЕ СПЛАВЫ; НЕКОТОРЫЕ ГОРЮЧИЕ ВЕЩЕСТВА
- 37 ФОТО- И КИНОТОВАРЫ
- 38 ПРОЧИЕ ХИМИЧЕСКИЕ ПРОДУКТЫ

Рис. 1. Структура Раздела XI «Продукция химической и связанных с ней отраслей промышленности» [8].

Здоровье и общество

Эти экстракты могут быть в твердом, полутвердом и жидком состоянии в виде раствора или суспензии в любой среде, пригодной для их консервации. К данной категории относят также экстракт желчи.

Гепарин состоит из смеси сложных органических кислот, получаемых из тканей млекопитающих. Его состав изменяется в зависимости от происхождения тканей. Гепарин и его соли находят основное применение в качестве антикоагулянтов крови. При этом они включаются в данную товарную позицию независимо от степени их активности.

К прочим веществам в рамках данной товарной позиции относятся [4]:

- красный костный мозг, консервированный в глицерине;
- змеиный или пчелиный яд, поставляемый в виде сухих хлопьев, и немикробные криптотоксины, получаемые из таких ядов;
- костные ткани, органы и прочие ткани человеческого или животного происхождения как в интактном виде, так и консервированные для перманентной трансплантации или имплантации, поставляемые в стерильных упаковках, которые могут быть снабжены указаниями относительно способа применения.

Упомянутые в первых двух пунктах товары, расфасованные в виде дозированных лекарственных форм или в упаковки для розничной продажи, переходят в товарную позицию 3004.

Товарная позиция 3002 классифицирует следующие категории товаров [8]:

- кровь человеческую и кровь животных, приготовленную для использования в терапевтических, профилактических или диагностических целях;
- сыворотки иммунные, фракции крови прочие и иммунологические продукты, модифицированные или не модифицированные;
- вакцины, токсины, культуры микроорганизмов и аналогичные продукты;
- клеточные модифицированные или не модифицированные культуры.

В классификаторе уточняется, что сыворотки представляют собой жидкие фракции, отделяемые от крови после свертывания, к числу которых относятся [4]:

- «нормальные» сыворотки;
- человеческий нормальный иммуноглобулин;
- фракции крови и их усеченные варианты (части) с ферментными свойствами/активностью;
- плазма, тромбин, фибриноген, фибрин и прочие факторы свертываемости крови;
- тромбомодулин, глобулины крови, сывороточные глобулины и гемоглобин;
- модифицированные тромбомодулины и модифицированные гемоглобины, полученные методами биотехнологии;
- тромбомодулин альфа, а также гемоглобины с поперечными связями;
- гемоглобин кроссфумарил, гемоглобин глутамер и гемоглобин раффимер;

— альбумин крови, приготовленный для использования в терапевтических или профилактических целях.

В пояснениях уточняется, что сыворотки иммунные получают из человеческой крови или крови животных, обладающих иммунитетом или специально иммунизированных против заболеваний или патологических состояний, вызванных патогенными бактериями и вирусами, токсинами или аллергенами. При этом оговаривается область применения антисывороток, которая охватывает лечение дифтерии, дизентерии, гангрены, менингита, пневмонии, столбняка, стафилококковых или стрептококковых инфекций, змеиных укусов, отравлений растительными ядами, аллергических заболеваний и другого. Антисыворотки также применяются в диагностических целях, а специфические иммуноглобулины представляют собой очищенные препараты на основе антисывороток.

Если рассматривать более подробно модифицированные или немодифицированные иммунологические продукты, в том числе полученные методами биотехнологии, то необходимо уточнить, что продукты, которые применяются в диагностических или профилактических целях и в иммунологических тестах, также считаются продуктами данной категории. Они могут иметь следующие определения [4]:

- моноклональные антитела — специфические иммуноглобулины из селектированных и клонированных гибридных клеток, культивированных в культуральной среде или асцитах;
- фрагменты антител — фрагменты белков антител, полученные специфическим ферментативным расщеплением;
- конъюгаты антител и фрагментов антител — конъюгаты, содержащие хотя бы одно антитело или фрагмент антитела.

В данную товарную позицию также включаются интерлейкины, интерфероны, хемокины и некоторые факторы некроза опухоли, факторы роста, гематопоезины и колониестимулирующие факторы.

Классификация вакцин подразумевает включение профилактических препаратов микробного происхождения, содержащих вирусы или бактерии, суспензированные в физиологическом растворе, масле или в других средах. Такие препараты обычно подвергнуты обработке для снижения их токсичности при сохранении иммунологических свойств.

К прочим вакцинам относятся рекомбинантные, пептидные и углеводные вакцины. Они, как правило, содержат антиген, распознаваемую часть антигена или генный код для распознаваемой части антигена, инициирующего иммунологическую реакцию организма. Действие многих из этих вакцин направлено против определенного вируса или бактерии. Такие вакцины используются в профилактических или терапевтических целях.

В данную товарную позицию также включаются смеси, состоящие из вакцин и токсидов. Токсины данной товарной позиции являются пептидами или

протеинами. Данные токсины не включают алкалоиды.

При этом культуры микроорганизмов включают ферменты [4]:

- ферменты молочнокислого брожения, которые используются в производстве кисломолочных продуктов (кефира, йогурта, молочной кислоты);
- ферменты уксуснокислого брожения, которые применяются в производстве уксуса;
- микромицеты для производства пенициллина и других антибиотиков;
- культуры микроорганизмов, используемые в технических целях.

Наряду с этим в данную товарную позицию также включаются диагностические реагенты микробного происхождения. Диагностические наборы включаются в данную товарную позицию, если основные свойства набора обусловлены продуктами данной товарной позиции.

Важным критерием при классификации таких наборов выступает характер общей реакции, происходящей при применении, к числу включаемых относят агглютинацию, осаждение, нейтрализацию, связывание комплемента, гемагглютинацию, иммуносорбентный анализ с ферментной меткой и пр. Основное свойство определяется тем компонентом, который придает наибольшую специфичность процедуре диагностики.

Продукты данной товарной позиции включают независимо от характера упаковки: они могут быть расфасованы в виде дозированных форм, в упаковки для розничной продажи, а также для продажи в крупной или мелкой упаковке.

Товарная позиция 3003 классифицирует лекарственные средства, используемые для внутреннего или наружного применения, а также для профилактики заболеваний человека или животных. Отдельно оговаривается разграничение с товарной позицией 3004, которое устанавливает, что включаемые лекарственные препараты получают смешиванием двух или более компонентов, но если они представлены в расфасованном виде в дозированной форме или упакованы для розничной продажи, то переходят в следующую товарную позицию.

К основным категориям, классифицируемым в товарной позиции 3003, относятся [4]:

- смешанные лекарственные средства, такие как препараты, перечисленные в официальных фармакопеях, патентованные препараты, включая препараты, выпускаемые в виде жидкостей для полоскания горла и рта, глазных капель, мазей, линиментов, инъекционных растворов, противовоспалительных и других препаратов;
- препараты, содержащие одно действующее вещество в смеси с наполнителем, подсластителем, агломерирующим веществом, носителем и пр.;
- препараты, предназначенные для питания, вводимые исключительно внутривенно, на-

пример путем внутривенных вливаний через шприц или капельницу;

- коллоидные растворы и суспензии для медицинских целей. Смеси драгоценных металлов в коллоидном состоянии или смеси одного и более драгоценных металлов в коллоидном состоянии с другими веществами, используемые в терапевтических или профилактических целях;
- лекарственные сложные растительные экстракты, включая экстракты, полученные обработкой смесей растений;
- лекарственные смеси растений или частей растений;
- лечебные соли, получаемые упариванием природных минеральных вод, и аналогичные продукты, полученные искусственным путем;
- концентрированные воды соляных источников, используемые в терапии; смеси солей, приготовленные для лечебных ванн без добавления или с добавлением ароматических веществ;
- лечебные соли и аналогичные смешанные выделяющие газ соли, используемые в медицинских целях;
- камфорное масло, фенольное масло и аналогичные продукты;
- антиагглюляционные продукты, такие как антиагглюляционная бумага и порошки;
- лекарственные средства пролонгированного действия, такие как препараты, в которых лекарственный компонент фиксирован на полимерном ионообменном материале;
- анестетики, используемые в медицине, ветеринарии или хирургии.

Важно подчеркнуть, что классификация товаров в рамках данной товарной позиции разграничивается по применению пищевых добавок. В рассматриваемую классификационную группировку включаются препараты, в которых пищевой продукт или напиток просто служит в качестве носителя, наполнителя или подсластителя для лекарственных веществ.

В соответствии с вышеприведенным описанием необходимо уточнить, что в товарную позицию 3004 включаются лекарственные средства, перечисленные выше (позиция 3003), но уже имеющие определенного вида упаковку и фасовку, что обуславливает главное разграничение между ними. В пояснениях достаточно подробно детализирована характеристика такой упаковки, к которой в частности относятся [4]:

- Фасовка в дозированные лекарственные формы, включая таблетки, ампулы, капсулы, крахмальные капсулы, капли или пастилки, лекарственные средства в форме трансдермальных систем, небольшие количества порошка, приготовленные в качестве одноразовой дозы для использования в терапевтических или профилактических целях. Такая форма фасовки распространяется на одноразовые дозы как в

Здоровье и общество

крупной упаковке, так и в упаковках для розничной продажи.

- Упаковка для розничной продажи для использования в терапевтических или профилактических целях. Это относится к продуктам, которые благодаря своей упаковке и особенно приложенным к ним указаниям к применению явно предназначены для продажи непосредственно потребителям для целевого применения без переупаковки. При этом указания могут помещаться на этикетке, вкладыше или в другом месте.

Следовательно, все лекарственные средства, не расфасованные в виде лекарственных дозированных форм или в упаковки для розничной продажи, включаются в предшествующую товарную позицию 3003, чем и обуславливается основное распределение препаратов между ними.

Еще одной особенностью классификации выступает включение пастилок, таблеток, капель и прочей продукции, пригодной только для медицинских целей, в основе которых можно выделить серу, уголь, тетраборат натрия, бензоат натрия, хлорат калия или оксид магния. Подобная продукция, главным компонентом которой выступает сахар, будет составлять исключение из данной товарной позиции. Важным условием является концентрация вещества, обладающего лекарственным действием, так как содержание таких веществ в каждой пастилке или в капле должно быть достаточным для использования их в терапевтических или профилактических целях.

В данную товарную позицию включаются:

- органические поверхностно-активные вещества и препараты с активным катионом, обладающие антисептическим, дезинфицирующим, бактерицидным или гермицидным действием;
- поливинилпирролидон-йод, являющийся продуктом реакции йода и поливинилпирролидона;
- заменители костного трансплантата, изготовленные из сульфата кальция хирургического назначения, которые вводятся в полость сломанной кости с помощью шприца, самопроизвольно рассасываются и заменяются костной тканью.

В данную классификационную группировку входят такие изделия, как вата, марля, бинты и аналогичные изделия, изготовленные из текстильных материалов, бумаги, пластмасс и прочих материалов, пропитанные или покрытые фармацевтическими веществами и предназначенные для использования в медицине, хирургии, стоматологии или ветеринарии.

Эти изделия включают вату, пропитанную йодом или метилсалицилатом, различные предварительно обработанные перевязочные материалы, припарки, лекарственные лейкопластыри и др., которые могут быть в куске, дисках или в любой другой форме.

Вата и марля для перевязок, бинты, не пропитанные или не покрытые фармацевтическими веществами, также относятся в данную группировку при условии, что они расфасованы в формы или упаковки для розничной продажи непосредственно частным лицам, клиникам и больницам, что позволяет идентифицировать их как предназначенные исключительно для использования в медицине, хирургии, стоматологии или ветеринарии.

Характеристики перевязочных материалов уточнены следующим образом [8]:

- Кожные повязки, состоящие из предварительно замороженных или лиофилизированных полосок кожной животной ткани, как правило, свиной, используемые в качестве временных биологических повязок для непосредственного нанесения на участки поврежденной кожи, открытые тканевые раны, места, инфицированные во время хирургического вмешательства. Они бывают различных размеров, помещаются в стерильные упаковки и снабжаются информацией о применении.
- Жидкие повязки выпускаются в виде аэрозолей и используются для покрытия ран защитной прозрачной пленкой. Такие повязки могут содержать стерильный раствор пластмассы в летучем органическом растворителе и пропелланта независимо от того, содержат они или не содержат добавки фармацевтических веществ.

Последняя товарная позиция 3006 объединяет в себе различные товары фармацевтического назначения, которые не попали в категории исключаемых из состава данной группы и не вошли в вышеперечисленные классификационные группировки.

Основное содержание Группы 30 «Фармацевтическая продукция» на уровне товарных позиций проиллюстрировано на рис. 2, из которого видны основные категории товаров, выделенных как отдельные виды с закрепленными за ними классификационными кодами. Представленная структура группы позволяет заключить, что товары располагаются по принципу степени обработки, начиная от органов, предназначенных для органотерапии, и заканчивая различными фармацевтическими товарами общего назначения, к которым можно отнести автомобильные аптечки.

Из рис. 2 видно, что состав товарной позиции 3006 определяется содержанием Примечания 4, которое оговаривает классификацию следующих товаров [8]:

- стерильный хирургический кетгут, аналогичные стерильные материалы для наложения швов и стерильные адгезивные ткани для хирургического закрытия ран;
- стерильная ламинария и стерильные тампоны из ламинарии;
- стерильные рассасывающиеся хирургические или стоматологические кровоостанавливающие средства;

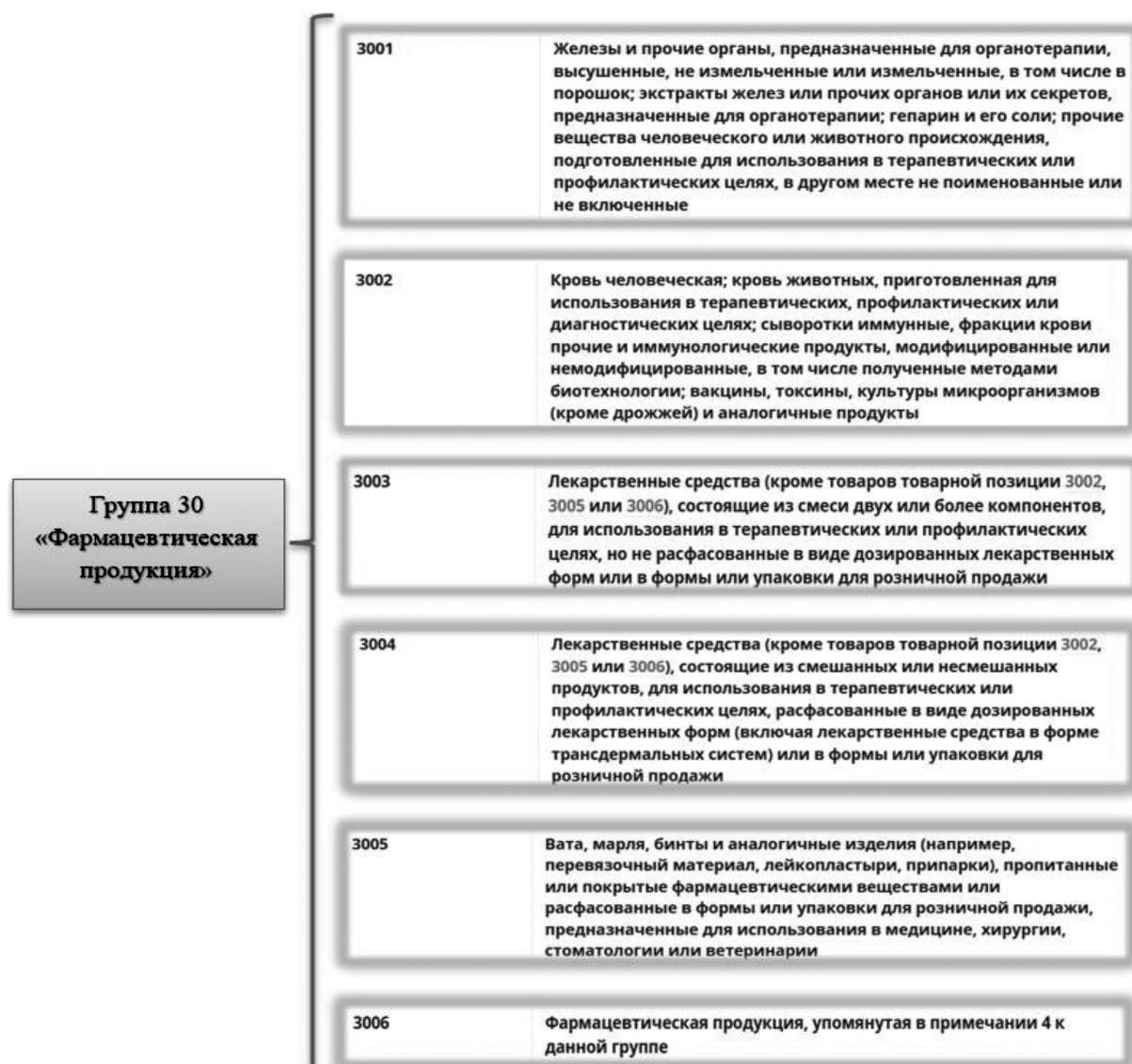


Рис. 2. Содержание Группы 30 «Фармацевтическая продукция» [8].

- стерильные хирургические или стоматологические адгезионные барьеры, рассасывающиеся или не рассасывающиеся;
- реагенты для определения группы крови должны быть пригодными для непосредственного употребления при определении группы крови. Они производятся из сыворотки человеческого или животного происхождения, из растительных экстрактов семян или других частей растений;
- контрастные препараты для рентгенографических обследований и диагностические реагенты, предназначенные для введения больным, в виде несмешанных продуктов, расфасованных в дозированных формах, состоящих из двух и более ингредиентов, смешанных специально для такого применения;
- цементы и зубные материалы для пломбирования зубов, а также цементы, реконструирующие кость. В данную товарную позицию включаются как временные, так и постоянные

- пломбировочные материалы, а также цементы и пломбировочные материалы, содержащие добавки лекарственных веществ и обладающие профилактическими свойствами;
- сумки санитарные и наборы для оказания первой помощи, которые содержат небольшие количества наиболее распространенных лекарственных средств, немного перевязочного материала, бинтов, пластырей, а также выборочно некоторые инструменты: ножницы, пинцеты и прочие медицинские изделия;
- химические контрацептивные средства на основе гормонов, прочих соединений или спермицидов, расфасованные или не расфасованные в упаковки для розничной продажи;
- препараты в виде геля, предназначенные для использования в медицине или ветеринарии в качестве смазки для частей тела при хирургических операциях, физических исследованиях и в качестве связующего агента между телом и медицинскими инструментами;

- приспособления, идентифицируемые как приспособления для стомического использования, т. е. колостомные, илеостомные и уростомные мешки, разрезанные по форме, их липкие пластины и лицевые части;
- непригодные фармацевтические средства, включающие продукты, которые не пригодны для использования по первоначальному назначению, включая истечение срока годности.

Таким образом, из представленного материала видно, что в целях таможенной идентификации большая часть фармацевтической продукции систематизирована в одноименной группе в виде шести товарных позиций, которые разделяются между собой по ряду ключевых признаков: вид товара, наличие и форма расфасовки, упаковки, функциональное назначение.

Безусловно, каждая категория фармацевтической продукции имеет ряд более детальных характеристик, связанных с материалами и областью применения, концентрацией лекарственных препаратов и прочими особенностями, которые необходимо учитывать в обязательном порядке при присвоении товару классификационного кода.

Подробное исследование содержания пояснений показало, что каждая товарная позиция имеет достаточно большой круг исключений, составляющих особенности классификации, которые должны учитываться при таможенной идентификации продуктов фармацевтики.

Обсуждение

Изучение состава группы фармацевтической продукции показало, что для правильной идентификации таких товаров в таможенных целях необходимо иметь полное представление о правильности систематизации объектов классификации внутри каждой товарной позиции, так как значительная часть исключений связана с идентификацией товаров в других позициях рассматриваемой группы.

Одновременно с этим стоит подчеркнуть, что в рамках каждой товарной позиции есть наименования продукции, отнесение которых производится по ряду признаков в другие группы, несмотря на то что они имеют медицинское назначение, это требует более глубокого изучения.

В рамках товарной позиции 3001 в качестве исключений приведены свежие, охлажденные, мороженые или обработанные иным способом для кратковременного хранения железы и прочие органы животных, а также желчь, в том числе сухая, которые необходимо относить к категории субпродуктов, классифицируемых в группах 02 и 05 Товарной номенклатуры внешнеэкономической деятельности Евразийского экономического союза.

При этом часть отдельных соединений определенного химического состава и прочих продуктов, полученных путем обработки экстрактов желез или других органов, классифицируются в группе 29. В

качестве примера можно привести аминокислоты, витамины, гормоны.

В отношении ряда других категорий товаров исключение составляют фармацевтические продукты нижеследующих товарных позиций группы 30, а также исключаются глобулины и фракции глобулинов, ферменты, не предназначенные для использования в терапевтических или профилактических целях.

Товарная позиция 3002 ограничивает включение альбумина крови и глобулина, которые не приготовлены для использования в терапевтических или профилактических целях и классифицируются в группе 35, а также исключение составляют молоко и молочная сыворотка группы 04.

При этом важной особенностью является исключение лекарственных средств, которые получают не из крови, но которые в некоторых странах называются «сыворотки» или «искусственные сыворотки». Такие продукты включают изотонические растворы на основе хлорида натрия или других химических соединений и суспензии цветочной пыльцы, которые применяются для лечения аллергических заболеваний.

Несмотря на то что товарные позиции 3003 и 3004 классифицируют лекарственные средства, в содержании пояснений уточняется, что препараты, зарегистрированные в официальных фармакопеях [9], и другие запатентованные средства медицинского назначения не всегда попадают в указанные классификационные группировки, так как в данном случае определяющую роль может играть концентрация, способ обработки и состояние лекарственного компонента.

В качестве примеров можно привести классификацию препаратов против угрей, предназначенных для очищения кожи и не содержащих достаточно высокую концентрацию активных ингредиентов, имеющих первичное терапевтическое или профилактическое действие против угрей. Такие товары будут относиться к туалетным гигиеническим средствам группы 33.

Еще одним наглядным примером может выступать классификация коллоидной серы, которая относится к позиции 3004, если она расфасована в виде дозированных лекарственных форм или в упаковке для розничной продажи с целью использования в терапевтических или профилактических целях, но будет отнесена в группу 28 во всех остальных случаях. Наряду с этим драгоценные металлы в коллоидном состоянии всегда будут включаться в группу 28, даже в случае применения их в медицинских целях.

К числу лекарственных препаратов не относятся пищевые продукты или напитки, имеющие диетическое, диабетическое назначение, а также обогащенные питательными добавками, тонизирующие напитки или минеральные воды. В данном случае речь идет о пищевых добавках, содержащих только питательные вещества: белки, углеводы и жиры, витамины и минеральные соли.

По аналогии пищевые продукты и напитки, которые содержат лекарственные вещества, не будут классифицироваться как лекарственные препараты, если эти вещества добавлены только с целью улучшения диетического баланса, увеличения энергетического содержания, питательной ценности, для улучшения его вкусовых и ароматических качеств. В такой ситуации основным условием при идентификации выступает сохранение товаром своего свойства пищевого продукта или напитка.

Очередной особенностью таможенной идентификации является классификация продукции, состоящей из смеси растений или частей растений, смешанных с другими веществами, используемыми для приготовления травяных настоев или чая. Если такие товары обладают слабительными, очистительными, мочегонными или ветрогонными свойствами, а также облегчают недомогание или благоприятно влияют на общее состояние здоровья и самочувствие, то они относятся к напиткам группы 21.

Пищевые добавки, содержащие витамины или минеральные соли, которые аналогично вышеперечисленным товарам употребляются для укрепления здоровья и улучшения самочувствия, но не имеют указаний по применению их для предупреждения или лечения болезней или недугов, должны идентифицироваться как пищевые продукты.

Помимо пищевой продукции, можно выделить ряд исключений непродовольственного характера: водные дистилляты или водные растворы эфирных масел и гигиенические товары, даже если они обладают терапевтическими или профилактическими свойствами, которые в целом относятся к группе парфюмерно-косметических товаров.

Наряду с этим к числу не включенных товаров относят мыло, содержащее лекарственные средства, инсектициды, дезинфицирующие средства и прочую аналогичную продукцию, а также препараты, такие как таблетки, жевательная резинка или пластыри, предназначенные для борьбы с курением. Вся эта продукция находится в одном разделе с фармацевтическими препаратами, но имеет другое доминирующее функциональное назначение.

В зависимости от состояния, в котором могут находиться отдельные лекарственные компоненты, вводится понятие несмешанных продуктов, которое устанавливает невозможность включения их в товарную позицию 3004, даже если они являются расфасованными и упакованными. В качестве примера такого вещества можно привести серебро в коллоидном состоянии, идентифицируемое по химическому составу, даже если оно расфасовано в виде дозированных лекарственных форм или упаковано и представлено в качестве лекарственного средства.

В товарную позицию 3005 не включаются бинты, лейкопластыри и аналогичные материалы, содержащие оксид цинка и покрытые гипсом, а также бинты, не расфасованные в формы или упаковки для розничной продажи, даже если они предназначены для использования в медицине, хирургии, стоматологии или ветеринарии. Наряду с этим женские ги-

гиенические прокладки и тампоны, детские пеленки, подгузники и аналогичные изделия классифицируются в группе разных промышленных товаров.

Специфическим исключением товарной позиции 3006 являются специально кальцинированные или мелко измельченные гипсы и составы для зубоортопедических целей на основе гипса, а также специализированные медицинские наборы, которыми пользуются врачи.

Заключение

Таким образом, можно заключить, что таможенная идентификация фармацевтической продукции является очень сложным вопросом, требующим, с одной стороны, четкого понимания построения классификационной системы, а с другой — полного представления о характеристиках, состоянии и сфере применения идентифицируемого товара.

Правильная идентификация фармацевтических товаров в таможенных целях связана с обязательным знанием специфических свойств такой продукции, что обуславливает проблематичность ее реализации на практике.

Как показало исследование, наиболее специфический подход наблюдается при таможенной идентификации лекарственных средств, который связан с разграничением целевого применения и химического состава продукции. Большая часть исключаемых товаров относится к другим видам химической промышленности, напиткам либо пищевой продукции.

В связи с этим правильная классификация объектов фармацевтики выступает важным вопросом таможенной идентификации, которая в настоящее время не регулируется на законодательном уровне. Попытки разработки документа, устанавливающего порядок проведения таможенной идентификации при помещении под таможенные процедуры, предпринимались, но окончательного принятия документа не произошло.

По мнению автора, утверждение нормативно-правового акта в рассматриваемой области во многом упорядочило бы процесс идентификации фармацевтической продукции в таможенных целях при помещении под различные таможенные процедуры. В качестве основных способов идентификации считаем целесообразным установить следующие инструменты:

- использование имеющейся маркировки товаров с учетом постоянно развивающейся системы прослеживаемости;
- подробное описание товаров с акцентом на необходимые сведения с точки зрения таможенной классификации;
- использование товаросопроводительной и иной документации, отражающей необходимые характеристики продукции;
- в случае необходимости сопоставление результатов исследований товаров, в том числе их проб и образцов;

Здоровье и общество

- изготовление декларантом масштабных изображений, фотографий и иллюстраций;
- иные способы, которые могут быть применены исходя из характера товара.

Такой документ должен содержать порядок совершения операции при проведении таможенной идентификации товаров в зависимости от таможенной процедуры, под которую будет помещаться товар, а также включать перечень продукции с уточнением сведений, на которые необходимо сделать акцент при предоставлении дополнительной информации декларантом.

Автор считает, что такой перечень должен четко систематизировать информацию, связанную с основными специфическими особенностями таможенной идентификации фармацевтической продукции в соответствии с Единой товарной номенклатурой Евразийского экономического союза. Подобные сведения предлагается представить в табличной форме, что облегчит ее применение на практике, а в качестве основных граф считаем целесообразным вынести:

- наименование продукции;
- классификационный код с учетом нужного уровня детализации;
- основные классификационные признаки, на которые необходимо обратить внимание при идентификации товаров;
- средства идентификации, которые могут быть применены.

Следовательно, реализация предлагаемого подхода, основанного на законодательном закреплении порядка совершения таможенных операций при идентификации товаров в случаях помещения под различные таможенные процедуры, является важнейшим аспектом для корректного ведения статистики, правильного исчисления таможенных платежей, анализа основных тенденций структуры рынка лекарственных препаратов и медицинских изделий, на основании чего может выстраиваться общая стратегия развития интеграционного взаимодействия стран Евразийского экономического союза в области функционирования единого рынка фармацевтической продукции.

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., 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(S2):1268—74.
3. Международная конвенция об упрощении и гармонизации таможенных процедур (совершено в Киото 18.05.1973) (в ред. Протокола от 26.06.1999. Официальный сайт «Консультант-Плюс». Режим доступа: <https://www.consultant.ru/document/>

cons_doc_LAW_106124/

73e99564588f9eae1073d46540d2052a7dca b09/ (дата обращения 06.03.2025).

4. Пояснения к единой товарной номенклатуре внешнеэкономической деятельности Евразийского экономического союза (ТН ВЭД ЕАЭС) (в ред. Рекомендации Коллегии Евразийской экономической комиссии от 24.07.2018 № 12, от 30.10.2018 № 23, от 16.04.2019 № 12, от 25.06.2019 № 17, от 03.12.2019 № 40, от 17.03.2020 № 6). Официальный сайт Евразийской экономической Комиссии. Режим доступа: <https://eec.eaeunion.org/comission/department/catr/psn/> (дата обращения 08.03.2025).
5. Погарская А. С. Легализация параллельного импорта расходных материалов и комплектующих медицинского назначения в условиях введения принципа экстерриториальности санкций. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2024;32(6):1321—9.
6. 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.
7. Тонконог В. В. Проблемы и перспективы импортозамещения в медицинской промышленности. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2024;32(3):339—45.
8. Решение Совета Евразийской экономической комиссии от 14.09.2021 № 80 (ред. от 26.11.2024) «Об утверждении единой Товарной номенклатуры внешнеэкономической деятельности Евразийского экономического союза и Единого таможенного тарифа Евразийского экономического союза, а также об изменении и признании утратившими силу некоторых решений Совета Евразийской экономической комиссии». Официальный сайт Евразийской экономической Комиссии. Режим доступа: <https://eec.eaeunion.org/comission/department/catr/ett/> (дата обращения 10.03.2025).
9. Фармакопея Евразийского экономического союза. Официальный сайт Евразийской экономической Комиссии. Режим доступа: https://eec.eaeunion.org/upload/medialibrary/bd2/Farmakopeya-2020-t1_1.pdf (дата обращения 14.03.2025).

Поступила 04.08.2024

Принята в печать 30.10.2024

REFERENCES

1. 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).
2. Tonkonog V. V., Ananchenkova P. I., Shimanovsky N. L., Vrubel M. E. Actual issues of functioning and development of the single market of medicines of the Eurasian Economic Union. *Problems of social hygiene, public health and the history of medicine*. 2023;31(S2):1268–74 (in Russian).
3. “International Convention on Simplification and Harmonization of Customs Procedures” (done in Kyoto on 18.05.1973) (as amended by Protocol of 26.06.1999). The official website of Consultant-Plus. Available at: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_106124/73e99564588f9eae1073d46540d2052a7dca b09/ (accessed 06.03.2025) (in Russian).
4. Explanations to the unified Commodity Nomenclature of foreign economic activity of the Eurasian Economic Union (EAEU HS) (as amended. Recommendations of the Board of the Eurasian Economic Commission dated 07/24/2018 No. 12, dated 10/30/2018 No. 23, dated 04/16/2019 No. 12, dated 06/25/2019 No. 17, dated 12/3/2019 No. 40, dated 03/03/2020 No. 6). Official website of the Eurasian Economic Commission. Available at: <https://eec.eaeunion.org/comission/department/catr/psn/> (accessed 03.08.2025) (in Russian).
5. Pogarskaya A. S. Legalization of parallel imports of medical supplies and components in the context of the introduction of the principle of extraterritoriality of sanctions. *Problems of social hygiene,*

- public health and the history of medicine*. 2024;32(6):1321–9 (in Russian).
6. Pogarskaya A. S. On the issue of parallel import of medical devices and their components to the Russian Federation in the context of the sanctions policy. *Problems of social hygiene, public health and the history of medicine*. 2024;32(1):43–51 (in Russian).
 7. Tonkonog V. V. Problems and prospects of import substitution in the medical industry. *Problems of social hygiene, public health and the history of medicine*. 2024;32(3):339–45 (in Russian).
 8. Decision of the Council of the Eurasian Economic Commission No. 80 dated 09/14/2021 (as amended on 11/26/2024) “On approval of the Unified Commodity Nomenclature for Foreign Economic Activity of the Eurasian Economic Union and the Unified Customs Tariff of the Eurasian Economic Union, as well as on Amendment and Invalidation of certain decisions of the Council of the Eurasian Economic Commission”. Official website of the Eurasian Economic Commission. Available at: <https://eec.eaeunion.org/comission/departament/catr/ett/> (accessed 10.03.2025) (in Russian).
 9. Pharmacopoeia of the Eurasian Economic Union. Official website of the Eurasian Economic Commission. Available at: https://eec.eaeunion.org/upload/medialibrary/bd2/Farmakopeya-2020-t1_1.pdf (accessed 14.03.2025) (in Russian).

Конфино К. В.

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ СТРАХОВАНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

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

Актуальность страхования профессиональной ответственности медицинских работников продиктована правовой незащищенностью врачей в условиях ежегодно растущего количества судебных разбирательств. Размер материальной ответственности по гражданским претензиям зачастую составляет крупные денежные суммы, которые затруднительны к выплате врачам. Для обеспечения защиты медицинских работников при осуществлении профессиональной деятельности целесообразно внедрение института страхования с выделением медицинских работников в качестве субъектов страхования. Данная система позволит компенсировать ущерб пациентам в случае врачебной ошибки из страхового фонда, это будет способствовать более устойчивому положению врача в медицинской сфере и позволит привлекать новых специалистов, что особенно актуально в условиях дефицита кадров на данный момент. Также среди преимуществ внедрения механизма страхования профессиональной ответственности врачей можно выделить рост удовлетворенности пациентов при получении медицинских услуг за счет компенсации нанесенного вреда, а также снижение нагрузки на Следственный комитет за счет сокращения числа поступающих жалоб. В статье предложено ввести ранжированную систему страхования профессиональной ответственности врачей, которая будет рассчитываться для каждого медицинского работника индивидуально. Такой подход позволит мотивировать врачей к выполнению услуг на качественно высоком для пациентов уровне, что благоприятно скажется на всей системе здравоохранения в целом.

Ключевые слова: профессиональная ответственность медицинских работников; страхование; компенсация; врачебная ошибка.

Для цитирования: Конфино К. В. Актуальные вопросы страхования профессиональной ответственности медицинских работников. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2025;33(4):651—656. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2025-33-4-651-656>

Для корреспонденции: Конфино Ксения Вячеславовна, старший преподаватель кафедры таможенного права «Государственного морского университета имени адмирала Ф. Ф. Ушакова», e-mail: kseniya_konfino@mail.ru

Konfino K. V.

THE ACTUAL ISSUES OF INSURANCE OF PROFESSIONAL RESPONSIBILITY OF MEDICAL WORKERS

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

The actuality of insurance of professional responsibility of medical workers is dictated by legal insecurity of physicians in conditions of annually increasing number of court proceedings. The amount of material liability under civil claims often amounts to large sums of money, which are difficult to be paid to physicians. To ensure protection of medical workers at executing their professional activities, it is reasonable to implement institute of insurance with marking out medical workers as subjects of insurance. This system, in case of medical malpractice, will permit to compensate damage to patients from insurance fund. This approach will contribute to more stable positioning of physician in medical sphere and permit to involve new specialists that is especially important in present conditions of personnel shortage. Among advantages of implementing insurance of professional liability of physicians is both increasing of patient satisfaction under receiving medical services at the expense of compensation for damage caused and reducing load on investigative committee at the expense of shortage of the number of incoming complaints. It is proposed to introduce ranked system of professional liability insurance for physicians that will be calculated for each medical worker individually. This approach will permit motivate physicians to perform services at qualitatively high level which will favorably affect the health care system as a whole.

Keywords: medical professional liability; insurance; compensation; medical malpractice.

For citation: Konfino K. V. The actual issues of insurance of professional responsibility of medical workers. *Problemi socialnoi gigiyeni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2025;33(4):651–656 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2025-33-4-651-656>

For correspondence: Konfino K. V., the Senior Lecturer of the Chair of Customs Law of the Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The Admiral F. F. Ushakov State Maritime University”. e-mail: kseniya_konfino@mail.ru

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support.

Received 11.09.2024

Accepted 30.10.2024

Введение

В последние годы вопросу страхования профессиональной ответственности медицинских работников уделяется огромное внимание, обусловленное правовой незащищенностью врачей в условиях ежегодно растущего количества судебных разбирательств. Данный факт связан в первую очередь с растущей нагрузкой на медицинских работников, что влечет

за собой увеличение количества врачебных ошибок, поскольку работа современного врача сопряжена с внедрением инновационных технологий, появлением новых заболеваний вследствие мутации, а также изменением резистентности организма пациентов к лекарственным препаратам.

Так, согласно федеральному закону от 21.11.2011 ФЗ № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в

Российской Федерации» [1], медицинские работники имеют право (но не обязанность) на страхование профессиональной ответственности как отдельные субъекты права. Данный факт не способствует развитию института страхования профессиональной ответственности врачей по собственной инициативе. Так, следует отметить, что привлечь медработника к материальной ответственности можно только либо при возбуждении против него уголовного дела, либо в случае, если клиника направит в его отношении регрессный иск по возмещению ущерба, который медицинская организация понесла перед пациентом.

Однако, по мнению инициатора введения медицинского страхования в качестве обязательной меры, зам. председателя Комитета Государственной Думы по охране здоровья, такой законопроект позволит, во-первых, привлечь в сферу больше специалистов за счет повышения уровня их защищенности, во-вторых, снизить нагрузку на следственные органы и прокуратуру, так как пациенты смогут получать гарантированные компенсации за врачебные ошибки без надобности уголовного разбирательства [2].

Материалы и методы

Для исследования сущности проблемы внедрения обязательного страхования профессиональной ответственности медицинских работников были рассмотрены труды отечественных авторов: В. В. Тонконог, С. Д. Павиловой, А. П. Цыбусова, С. А. Гзгоян, Н. В. Кравченко, Б. Б. Галиева, Т. Н. Тимченко и др.

В целях установления действующей правовой системы в области профессиональной ответственности медицинских работников изучены следующие нормативно-правовые акты:

- Федеральный закон от 21.11.2011 № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;
- Федеральный закон от 12.04.2010 № 61 «Об обращении лекарственных средств»;
- Гражданский кодекс РФ;
- Федеральный закон РФ от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей».

При проведении настоящего исследования был выполнен обзор научных источников литературы, исследованы аналитические материалы следственных органов РФ, нормативно-правовые документы. Применялись методы изучения и обобщения отечественного опыта, аналитический метод.

Результаты исследования

Страхование профессиональной ответственности в российском законодательстве представляет собой особый вид страхования, основная цель которого — защита имущественных и материальных интересов, связанных с возможным возмещением вреда третьим лицам [3]. В последние годы вопросам страхования в различных отраслях уделяется много внимания ввиду необходимости создания защитного

механизма для сотрудников, особенно трудящихся в опасных или высокорисковых условиях, таких как морская сфера [4], безопасность работников таможенных органов [5, 6] и др.

При этом объектом страхования медицинских работников выступает профессиональная ответственность перед пациентами, а страховые риски представлены врачебной ошибкой, непреднамеренно нанесшей вред жизни и здоровью, а именно:

- оказание некачественной услуги, по результатам которой выявлены проблемы со здоровьем пациента;
- нанесение урона здоровью и жизни пациента источником повышенной опасности (лечение ионизирующей радиацией);
- ошибочная постановка диагноза;
- некорректно назначенный курс лечения;
- ошибочные рецепты на медикаменты;
- несвоевременная выписка из больницы;
- недостоверное исследование с помощью инструментального метода и т. д. [7].

Федеральным законом № 323, п. 1 ч. 1 ст. 79, установлена обязанность медицинской организации страхования на случай причинения вреда пациентам при оказании медицинской помощи, но не регламентирована аналогичная обязанность в отношении самого врача [1].

Соответственно, при наступлении страхового случая, согласно договору страхования, медицинская организация, в которой осуществляет по трудовому договору профессиональную деятельность врач, обязана возместить ущерб пациенту в судебном порядке или на основании гражданско-правовой претензии.

Согласно нормам Гражданского кодекса РФ, также регламентирована обязанность работодателя (в данном случае медицинской организации) по компенсации причиненного вреда (материального, морального либо физического) пациенту ввиду исполнения врачом своих трудовых обязанностей [8].

Таким образом, несмотря на то что данная тема является актуальной и широко обсуждаемой уже несколько десятков лет, на сегодняшний день отсутствует законодательная база, которая рассматривала бы врача как самостоятельный субъект страхования.

В августе 2023 г. Сергей Леонов представил законопроект о страховании профессиональной ответственности медицинских работников, который предлагается ввести на обязательной основе. При этом предполагается, что взносы будут оплачиваться частными клиниками за их персонал, а за врачей государственных учреждений взносы будут вноситься за счет федерального бюджета.

Целью данной законодательной инициативы является декриминализация врачебной деятельности, привлечение сотрудников в медицинскую сферу за счет обеспечения прозрачного механизма компенсации материального и морального ущерба и снижение доли обращений пациентов в следствен-

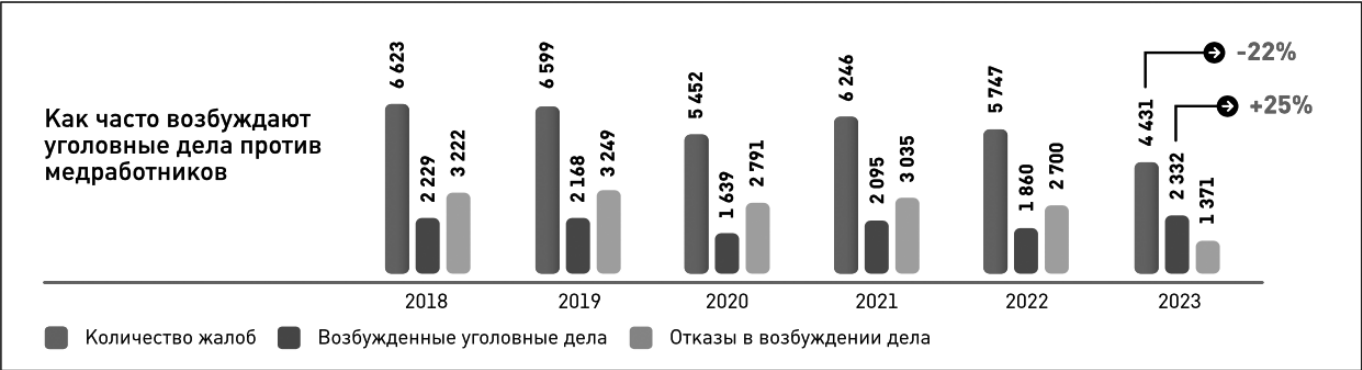


Рис. 1. Статистические данные Следственного комитета РФ по числу уголовных дел в отношении медицинских работников за период 2018—2023 гг.

ные органы за счет гарантированных выплат в случае врачебной ошибки.

Развитие такого вида страхования поддержали Всероссийский союз страховщиков, а также Всероссийский союз пациентов.

Для более детального изучения вопроса рассмотрим статистические данные, приведенные Следственным комитетом РФ.

На рис. 1 представлены статистические данные, демонстрирующие рост числа возбужденных дел в отношении медицинских работников.

Также следует отметить, что к разбирательству в рамках Уголовного кодекса РФ (УК РФ) приводили 52% обращений в 2023 г. Таким образом, показатель резко вырос по сравнению с предыдущими годами. Для сравнения: в 2022 г. жалоб было 5747, а уголовных дел 1860 (32%), в 2021 г. — 6246 и 2095 соответственно (33%).

Отметим, что такой скачок свидетельствует о том, что на данный момент следственные органы пересмотрели подход к рассмотрению дел в области медицины. С учетом того что срок рассмотрения жалобы, поступившей от пациента в следственный орган, составляет 30 дней с момента ее регистрации, а сложность расследования некоторых клинических случаев является высокой и зачастую неоднозначной, жалобу удовлетворяют и возбуждают уголовное дело по данному факту [9].

Этот механизм необходим для того, чтобы в рамках расследования уголовного дела проверить все факты и доводы заявителей. Таким образом следственные органы смещают акцент с количественного на качественный показатель, оставляя больше времени для расследования сложных для разбирательства случаев. Однако мы не можем на основании этих сведений констатировать, что произошел прирост преступности в медицине.

Представленное выше предположение подтверждается также тем, что, несмотря на резкий рост числа возбужденных в 2023 г. дел, до суда дошло всего 149. Это означает, что вследствие уголовного расследования следственными органами не было выявлено достаточного количества фактов, однозначно свидетельствующих о преступлениях, чтобы позицию обвинения поддержала прокуратура.

Данную теорию подтверждают сведения, проиллюстрированные на рис. 2.

На рис. 3 приведены основные статьи УК РФ, в соответствии с которыми врачи привлекаются к уголовной ответственности.

Из приведенных данных следует, что самой распространенной статьей УК РФ в отношении врачей выступает ст. 109 ч. 2 УК РФ, однако причинение смерти не может рассматриваться в качестве страхового случая, соответственно, резкого снижения нагрузки на судебную систему ввиду внедрения страхования профессиональной ответственности врачей за счет данной статьи ожидать не стоит. Однако на основании анализа и сопоставления данных рис. 1—3 можно констатировать, что большее число возбужденных дел все же не доходит до суда.

Исходя из данных рис. 1, лишь половина поступивших в Следственный комитет дел подлежит возбуждению. Данный факт позволяет сделать вывод о том, что такой массив отклоненных дел мог быть рассмотрен в качестве страхового случая без обращения в правоохранительные органы, если бы пациенты имели гарантию возмещения ущерба, причиненного по вине или халатности врача.

В 2023 г. произошел рост числа дел по ч. 1 и ч. 2 ст. 238 УК РФ. Однако вследствие Указа Президента РФ от 28.12.2024 № 514 «О внесении изменений в Уголовный кодекс РФ» приняты поправки к ст. 238 УК РФ, и она больше не применима к медицинской деятельности ввиду разграничения понятий «медицинская услуга» и «медицинская помощь». Стоит отметить, что исключение термина «услуга» из медицинской деятельности необходимо также произ-

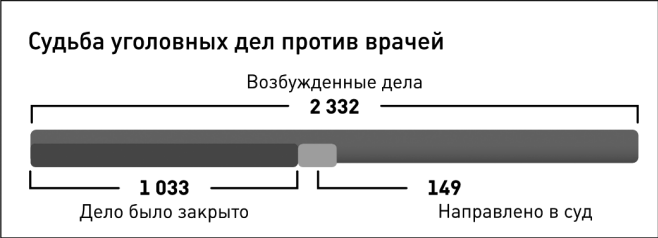


Рис. 2. Статистические данные Следственного комитета РФ по принятым решениям по уголовным делам в отношении врачей в 2023 г.

За что чаще всего судят врачей			
Статья УК РФ			
	2022	2023	
ч. 2 ст. 109 (причинение смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей)	1 396	1 657	⬆ +18%
ч. 2 ст. 118 (причинение тяжкого вреда здоровью по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей)	31	24	⬆ -22%
ч. 1 ст. 238 (оказание медицинских услуг, не отвечающих требованиям безопасности)	138	216	⬆ +56%
ч. 2 ст. 238 (... повлекшее по неосторожности причинение тяжкого вреда здоровью или смерть человека)	136	247	⬆ +81%

Рис. 3. Статьи УК РФ, применяемые в отношении медицинских работников.

вести в федеральных законах от 21.11.2011 ФЗ № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей» с целью унификации понятия аппарата.

Данная мера необходима для исключения неопознано трактования врачебных услуг, оказываемых на платной основе. Из вышеизложенного можно сделать вывод, что большая часть споров между пациентами и врачами может лежать в гражданско-правовом поле.

Таким образом, помимо преимуществ для врача в виде гарантированной выплаты ущерба пациенту и удовлетворенности пациента компенсацией нанесенного вреда, удалось бы снизить нагрузку на Следственный комитет за счет сокращения числа поступающих жалоб.

Далее рассмотрим размер оцениваемого ущерба по гражданским претензиям к медицинским учреждениям. По данным руководителя коллегии адвокатов Российского общества хирургов, наблюдается рост суммы исков с 10—15 млн руб. в 2021 г. до 26 млн руб. в 2023 г. [10].

На сегодняшний день, по данным Всероссийского союза страховщиков, ежегодно заключается около 2 тыс. договоров страхования профессиональной ответственности. При этом размер взноса варьирует от 5 до 15 тыс. руб. в год, что позволяет получить покрытие до нескольких миллионов рублей.

Обсуждение

На основании сложившейся правоприменительной практики в РФ оценка морального ущерба пациентам в связи с врачебными ошибками составляет от 1 до 2 млн руб. в зависимости от степени ущерба. Так, компенсация за смерть составляет около 2 млн руб., за легкий и средний вред здоровью — до 1 млн руб. Учитывая тот факт, что заработная плата врачей, в особенности в государственных больницах, зачастую не позволяет одновременно выплатить данную сумму, страхование профессиональ-

ной ответственности становится все более рациональным решением проблемы.

Еще одним критерием, увеличивающим значимость введения страхования профессиональной ответственности медработников в качестве обязательного механизма, является создание в Следственном комитете РФ специализированных центров по расследованию ятрогенных преступлений, а также судебно-экспертного центра, задачей которого является проведение экспертиз по таким делам. Таким образом, вероятно в ближайшие годы увеличение количества привлекаемых к имущественной ответственности врачей [11].

По статистике, многие молодые врачи, в отношении которых применялись материальные санкции ввиду врачебной ошибки, принимают решение уйти из профессии или сменить направленность деятельности. Это также является негативным фактором ввиду нехватки квалифицированного персонала медицинских учреждений. При гарантированной страховой выплате материального ущерба пациенту, возможно, ситуация обрела бы иной характер [12].

Несмотря на то что никто не застрахован от врачебной ошибки и она может произойти в любой области медицины, существуют отрасли с наибольшим количеством претензий (рис. 4).

Максимальное количество претензий пациентов к врачам зафиксировано в хирургии как одной из самых рискованных отраслей медицины. Также часто допускаются врачебные ошибки в акушерстве и гинекологии.

Исходя из этого видится целесообразным рассматривать врачебные ошибки при страховании ответственности по категориям, характеризующим степень риска их возникновения [13].

Вышеизложенное позволяет сделать вывод о том, что при введении обязательного страхования профессиональной ответственности врачей стоит ввести градацию в виде коэффициентов, учитывающих сферу деятельности медицинского работника, его стаж и количество претензий в его адрес с учетом размера ущерба. Данный механизм, на наш

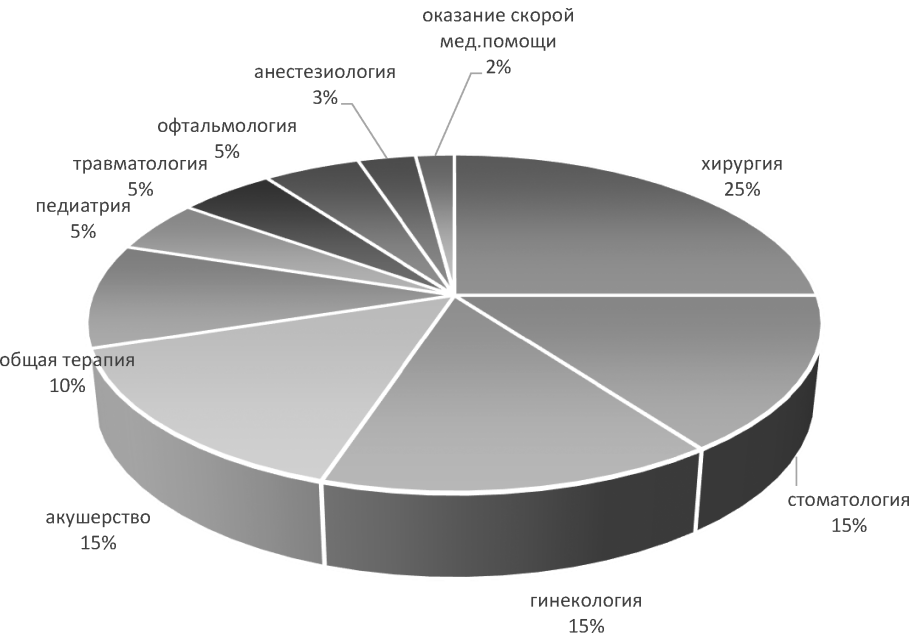


Рис. 4. Структура врачебных ошибок по отраслям.

взгляд, может быть реализован по аналогии с авто-страхованием.

Стоимость страховки для каждого врача должна будет исчисляться индивидуально исходя из базовой ставки, одинаковой для врачей одной категории и степени риска, и коэффициентов.

Базовую ставку предлагается установить исходя из учета вероятности врачебных ошибок, т. е. для хирургов базовая ставка максимальна, для сотрудников скорой помощи — минимальна. На основании данных, приведенных Всероссийским сообществом страховщиков, на сегодняшний день стоимость ежегодного страхового взноса варьирует от 5 до 15 тыс. руб. в год. На основании этих сведений

таблица базовой ставки по ежегодному взносу врачей может быть представлена следующим образом (табл. 1).

Далее рассмотрим, какие коэффициенты, на наш взгляд, целесообразно использовать. В первую очередь, стоит учитывать стаж работы врача, который будет влиять на расчет общей суммы ежегодного страхового взноса, так как менее опытные врачи больше подвержены риску совершения врачебной ошибки (табл. 2).

Коэффициент, отражающий уголовное преследование в отношении врача, предлагается установить по табл. 3.

Также, ввиду того что врачи несут материальную ответственность в соответствии с гражданской претензией [14], стоит внести данный параметр в качестве

коэффициента гражданско-правовой ответственности, приведенного в табл. 4.

Таким образом, предлагается рассчитывать сумму ежегодного страхового взноса как произведение базовой ставки на вышеприведенные коэффициенты. На наш взгляд, данная система, позволяющая установить индивидуальный расчет платежа по каждому врачу, может послужить мотивацией медицинских работников к более внимательному исполнению должностных обязанностей. Ведь тариф на содержание врача, совершившего одно или несколько нарушений, представленных в таблицах, будет существенно выше, чем тариф на такого же специа-

Таблица 1
Примерные базовые ставки страхового взноса при страховании профессиональной ответственности медицинских работников

Область медицины, в которой задействован врач	Размер базовой ставки, руб.
Хирургия	15 000
Стоматология	12 000
Гинекология	12 000
Акушерство	12 000
Общая терапия	10 000
Педиатрия	8 000
Травматология	8 000
Офтальмология	8 000
Анестезиология	7 000
Оказание скорой медицинской помощи	6 000

Таблица 2
Пример коэффициента, отражающего стаж медработника

Стаж	Ставка коэффициента
До 5 лет	1,1
От 5 до 10 лет	1,0
От 10 до 20 лет	0,9
Свыше 20 лет	1,0

Таблица 3
Пример коэффициента, отражающего уголовную ответственность в отношении врача

Уголовные дела	Ставка коэффициента
Ни одного уголовного дела в отношении врача не было заведено	0,7
Возбуждено уголовное дело, но не доведено до суда ввиду отсутствия состава преступления	1,1
Одно уголовное дело	1,85
Два и более уголовных дел	2,2

Таблица 4
Пример коэффициента, отражающего сумму гражданской претензии к врачу

Количество претензий в отношении врача	Сумма исковой претензии, выплаченной пациенту			
	до 200 тыс. руб.	от 200 до 500 тыс. руб.	от 500 тыс. руб. до 1 млн руб.	свыше 1 млн руб.
Ни одной	0,7			
1	1	1,1	1,2	1,3
2	1,1	1,2	1,3	1,5
3	1,2	1,3	1,4	1,55
4	1,3	1,4	1,5	1,6
5 и более	1,4	1,5	1,65	1,75

листа, не привлекавшегося к ответственности за врачебные ошибки. Соответственно, клиники будут заинтересованы в персонале с минимальным размером ежегодного страхового взноса, что будет влиять на конкурентоспособность врачей и в перспективе способствовать снижению случаев некачественного предоставления медицинских услуг пациентам.

Заключение

Результаты исследования вопросов страхования профессиональной ответственности медицинских работников позволили выявить ряд значимых аспектов.

Во-первых, видится целесообразным внедрение предложения по закреплению обязательного страхования профессиональной ответственности врачей с выделением последних в отдельную категорию правовых субъектов. Для этой цели необходимо внести изменения в ФЗ № 323, а также в Гражданский кодекс РФ.

Во-вторых, необходимо разработать систему страхования, аналогичную автострахованию, которая будет предусматривать градацию ежегодных страховых взносов и рассчитываться индивидуально для каждого врача исходя из таких критериев, как стаж работы, а также уголовная и гражданско-правовая ответственность врача при совершении врачебных ошибок. Такая система позволит стимулировать врачей к сокращению числа ошибок и будет влиять на их конкурентоспособность в медицинских учреждениях, на плечи которых будет возложена уплата обязательного взноса.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Федеральный закон РФ от 21.11.2011 № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ». Режим доступа: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/ (дата обращения 10.10.2024).
2. Страхование ответственности врача. *Медицинский вестник* 2023. Режим доступа: <https://medvestnik.ru/content/news/Na-vsyakii-neschastnyi-strahovanie-otvetstvennosti-vracha-realnaya-zashita-vs-nalog-s-klinik.html> (дата обращения 02.11.2024).
3. Орланюк-Малицкая Л. А. Обязательное страхование в обеспечении страховой защиты. *Путеводитель предпринимателя*. 2021;14(3):48–61.
4. Тимченко Т. Н., Боран-Кешисьян А. Л. Современные аспекты медицинского страхования здоровья и жизни членов экипажей судов. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2022;30(3):428–33.
5. 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.
6. Тонконог В. В., Головань Т. В., Арестова Ю. А. Актуальные вопросы медицинского обеспечения и охраны здоровья разных категорий должностных лиц таможенных органов Российской Федерации. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2022;30(3):434–41.
7. Гзогян С. А., Саргасян Н. М., Сусякова О. Н. Страхование профессиональной ответственности медицинских работников. *Инновационная экономика*. 2018;(8):78–83.
8. Гражданский кодекс Российской Федерации (ФЗ от 20.11.1994 № 51). Режим доступа: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_5142/ (дата обращения 10.12.2024).

9. Размахнина А. Е. К вопросу о признании оказания медицинской услуги деятельностью, создающей повышенную опасность для окружающих. *Молодой ученый*. 2018;(12):120–3.
10. Кравченко Н. В. Страхование профессиональной ответственности при применении инновационных медицинских технологий: проблемы и пути их решения. *Известия Юго-Западного государственного университета. Серия: История и право*. 2021;(11):10–21.
11. Ананченкова П. И., Тимченко Т. Н., Тонконог В. В. Неравенство в здравоохранении и проблема доступности лекарственных средств: роль медицинского туризма. М.: ООО «Русайнс»; 2024. 114 с.
12. Лантух Д. В., Невзгодина Е. Л. Возмещение вреда, причиненного жизни и здоровью граждан вследствие оказания медицинских услуг. *Вестник Омского университета. Серия: Право*. 2019;16(4):104–14.
13. Ситдикова Л. Б. Проблемы гражданско-правовой ответственности за причинение вреда здоровью пациента: вопросы теории и судебной практики. *Медицинское право*. 2016;(6):7–11.
14. Коркина Е. Ж. Проблемы обязательного страхования гражданско-правовой ответственности медицинской деятельности. *StudNet*. 2021;4(5):193–6.

Поступила 11.09.2024
Принята в печать 30.10.2024

REFERENCES

1. Federal Law of the Russian Federation of 21.11.2011 No. 323 "On the bases of health protection of citizens in the Russian Federation". Available at: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/ (accessed 10.10.2024) (in Russian).
2. Physician's liability insurance. *Medical Bulletin*. 2023. Available at: <https://medvestnik.ru/content/news/Na-vsyakii-neschastnyi-strahovanie-otvetstvennosti-vracha-realnaya-zashita-vs-nalog-s-klinik.html> (accessed 02.11.2024) (in Russian).
3. Orlyuk-Malitskaya L. A. Mandatory insurance in providing insurance protection. *Entrepreneur's Guide*. 2021;14(3):48–61 (in Russian).
4. Timchenko T. N., Boran-Keshishyan A. L. Modern aspects of medical insurance of health and life of ship crew members. *Problems of social hygiene, public health and history of medicine*. 2022;30(3):428–33 (in Russian).
5. Golovan T. V., Tonkonog V. V., Arestova Yu. A. Problems of safety of customs officials during the inspection of containers treated with fumigants. *Problems of social hygiene, public health and history of medicine*. 2022;30(4):592–9 (in Russian).
6. Tonkonog V. V., Golovan T. V., Arestova Yu. A. Actual issues of medical support and health protection of different categories of customs officials of the Russian Federation. *Problems of social hygiene, public health and history of medicine*. 2022;30(3):434–41 (in Russian).
7. Gzogyan S. A., Sargasyan N. M., Suslyakova O. N. Insurance of professional liability of medical workers. *Innovative Economics*. 2018;(8):78–83 (in Russian).
8. Civil Code of the Russian Federation (FZ of 20.11.1994 No. 51). Available at: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_5142/ (accessed 10.12.2024) (in Russian).
9. Razmakhnina A. E. To the issue of recognizing the provision of medical services as an activity that creates an increased danger to others. *Young Scientist*. 2018;(12):120–3 (in Russian).
10. Kravchenko N. V. Professional liability insurance in the application of innovative medical technologies: problems and ways of their solution. *Izvestiya South-West State University. Series: History and Law*. 2021;11(6):10–21 (in Russian).
11. Ananchenkova P. I., Timchenko T. N., Tonkonog V. V. Inequality in health care and the problem of accessibility of medicines: the role of medical tourism. Moscow: LLC "Rusains"; 2024. 114 p. (in Russian).
12. Lantukh D. V., Nevzgodina E. L. Compensation of harm caused to the life and health of citizens due to the provision of medical services. *Vestnik of Omsk University. Series: Law*. 2019;16(4):104–14 (in Russian).
13. Sitdikova L. B. Problems of civil liability for causing harm to the patient's health: issues of theory and judicial practice. *Medical Law*. 2016;(6):7–11 (in Russian).
14. Korkina E. Zh. Problems of compulsory insurance of civil liability of medical activity. *StudNet*. 2021;4(5):193–6 (in Russian).

Адаева О. В., Усманова Е. Ф., Худойкина Т. В.

ЮРИДИКО-КОММУНИКАТИВНАЯ КОМПЕТЕНТНОСТЬ МЕДИЦИНСКОГО ЮРИСТА

ФГБОУ ВО «Мордовский государственный университет имени Н. П. Огарёва», 430005, г. Саранск

Статья посвящена содержанию компетентности и роли медицинского юриста при разрешении юридических споров в сфере здравоохранения. Рассмотрена проблема правовой защищенности субъектов медицинских правоотношений. Выявляются возникающие в судебной практике противоречия, связанные с применением законодательства и толкованием права в данной области. Определена специфика медицинских споров, отмечена тенденция к усилению уровня конфликтности отношений в сфере здравоохранения. Обоснована необходимость специальной подготовки медицинского юриста, обладающего глубокими познаниями в юриспруденции и медицине, в целях обеспечения прав граждан на квалифицированную юридическую помощь. Раскрывается содержание юридико-коммуникативной компетентности медицинского юриста через критерии и показатели оценки уровня сформированности данной составляющей личностно-профессиональных качеств специалиста. Уделено внимание такой альтернативной форме разрешения правовых споров в сфере здравоохранения, как медиация, ее преимущества, а также статусу и роли медиатора в процессе урегулирования медико-юридического конфликта. Целью настоящего исследования является формирование нового знания о значении медицинского юриста в системе отношений, складывающихся по вопросам охраны здоровья граждан, и проведение содержательного анализа юридико-коммуникативной компетентности специалиста при разрешении правовых споров и конфликтов в сфере здравоохранения.

Ключевые слова: медицинский спор; оказание медицинской помощи; правовая защита; медицинский юрист; юридический конфликт; профессиональная компетентность; юридико-коммуникативная компетентность; медиация.

Для цитирования: Адаева О. В., Усманова Е. Ф., Худойкина Т. В. Юридико-коммуникативная компетентность медицинского юриста. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2025;33(4):657–662. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2025-33-4-657-662>

Для корреспонденции: Адаева Ольга Викторовна, младший научный сотрудник, старший преподаватель кафедры юридических технологий и правоведения ФГБОУ ВО «Мордовский государственный университет имени Н. П. Огарёва», e-mail: adaeva.mgu@mail.ru

Adaeva O. V., Usmanova E. F., Khudoikina T. V.

THE LEGAL COMMUNICATIVE COMPETENCE OF MEDICAL LAWYER

The Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The N. P. Ogarev Mordvian State University”, 430005, Saransk, Russia

The article investigates content of competence and role of medical lawyer at resolving legal disputes in health care. The problem of legal protection of subjects of medical legal relationships is considered. The contradictions occurring in judicial practice related to application of legislation and interpretation of law in this area are revealed. The specifics of medical disputes are determined. The tendency of increasing level of conflict relationships in health care is noted. The necessity of special training of medical lawyer having profound knowledge of jurisprudence and medicine with purpose to ensure rights of citizens to qualified legal assistance is substantiated. The content of legal communicative competence of medical lawyer is demonstrated through criteria and indicators assessing level of formation of given component of personal professional qualities of specialist. The attention is paid to such alternative form of resolving legal disputes in health care as mediation, its advantages and as well as to status and role of mediator in process of reconciling medical legal conflict. The purpose of the study is to form new knowledge about importance of medical lawyer in system of relationships developing in regard of issues of protection of health of citizens. And also to apply substantive analysis of legal communicative competence of specialist resolving legal disputes and conflicts in the health care.

Key words: medical dispute; medical care; legal protection; medical lawyer; legal conflict; professional competence; legal and communicative competence; mediation.

For citation: Adaeva O. V., Usmanova E. F., Khudoikina T. V. The legal communicative competence of medical lawyer. *Problemy socialnoi gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2025;33(4):657–662 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2025-33-4-657-662>

For correspondence: Adaeva O. V., the Junior Researcher, the Senior Lecturer of the Chair of Juridical Technologies and Jurisprudence of the Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The N. P. Ogarev Mordvian State University”, e-mail: adaeva.mgu@mail.ru

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

Acknowledgment. The study was carried out at the expense of a grant from the Russian Science Foundation No. 23-28-01486, <https://rscf.ru/project/23-28-01486/>

Received 10.07.2024

Accepted 30.10.2024

Введение

Проблемы квалификации действий врача по оказанию медицинской помощи являются предметом сложных юридических дел, участие в которых требует наличия высокого уровня компетентности в

правовых и медицинских вопросах. Среди правоприменителей нет единого мнения о критериях оценки качества медицинской помощи. Так, по мнению отдельных экспертных комиссий и судей, при установлении вышеуказанных фактов не являются обязательными клинические рекомендации Мин-

здрави России в силу их рекомендательного характера [1], при этом Верховный суд Российской Федерации (ВС РФ) указывает на противоречие данного вывода части 2 ст. 64 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [2], называя клинические рекомендации основой формирования критериев оценки качества медицинской помощи [3]. При проведении судебно-медицинских экспертиз в рамках правовых споров также возникают противоречия. Необходимо понимать, что заключение эксперта в соответствии с законодательством не обязательно для суда и не может иметь заранее установленной силы, равно как и другие доказательства. Стороны по делу представляют суду вопросы, подлежащие разрешению при проведении экспертизы. Важно отметить, что от того, как они сформулированы, может зависеть исход спора. Так, ВС РФ, разрешая дело о компенсации морального вреда истцам за ненадлежащее оказание им ребенку медицинской помощи, не согласился с заключением комиссии экспертов, которая указала на то, что врачами были допущены дефекты, не явившиеся решающими в наступлении смерти, поэтому прямой причинно-следственной связи между дефектами помощи и наступлением смерти не имеется. ВС РФ в своем определении отметил, что судами нижней инстанции не разрешен принципиально важный вопрос: «В случае оказания сотрудниками больницы качественной и своевременной медицинской помощи ребенку можно ли было избежать неблагоприятный исход (смерть)?». ВС РФ полагает, что юридическое значение может иметь и косвенная (опосредованная) причинная связь, если недостатки оказания работниками больницы медицинской помощи пациенту могли способствовать ухудшению состояния его здоровья и привести к неблагоприятному исходу, т. е. к смерти [4].

Итак, вследствие неоднозначности критериев оценки качества медицинской помощи и выводов экспертов на практике возникают различные процессуальные перекосы, которые приводят к полярно различным судебным решениям по сходным спорам и к одинаковым — по противоположным [5]. В данном контексте становится актуальной проблема реализации права на защиту врача, с одной стороны, и право на качественную медицинскую помощь, т. е. права на защиту пациента, — с другой.

Материалы и методы

В рамках исследования были проанализированы нормативные правовые акты, судебные решения, в частности практика ВС РФ, статистические сборники Федеральной службы государственной статистики, официальные издания «Здравоохранение в России», данные специализированного портала для медицинских специалистов и организаторов здравоохранения «Медвестник», судебная статистика РФ, статистика Минздрава РФ, Генеральной прокуратуры РФ, ВС РФ, зарубежная практика.

В основу исследования было положено использование логического и диалектического методов познания, позволивших дать объективную оценку фактам медико-правовой действительности. Применялся системный метод при анализе совокупности элементов юридико-коммуникативной компетентности медицинского юриста. В исследовании находит отражение использование сравнительно-правового метода.

Результаты исследования

Гарантии юридического статуса врача напрямую влияют на обеспечение правового положения пациента. Так, в зарубежных странах действует принцип, согласно которому незащищенность медицинских работников отражается на самих пациентах [6]. Это означает, что только при условии гарантированной защиты в правовом поле врач имеет возможность сосредоточиться на своей профессиональной деятельности, не концентрируя все внимание на оценке правовых рисков и деловой репутации при оказании медицинской помощи. Учитывая специфику российского законодательства, необходимо отметить, что врачебная помощь в настоящее время рассматривается в качестве услуги, поэтому на сферу охраны здоровья распространяется законодательство о защите прав потребителей [5]. Такой подход накладывает отпечаток на профессиональное сознание, ведь спецификой работы врача является изначально наличие обоснованного риска; его деятельность связана с высоким уровнем ответственности, основана на моральных и этических принципах. Поэтому если каждый из субъектов перед вступлением в правоотношения в сфере здравоохранения «вооружится» различными правовыми средствами и будет воспринимать другую сторону изначально с позиций конфликтных отношений, то вопрос оказания квалифицированной помощи уходит на второй план, в приоритете оказывается правовая самозащита. При этом речь не идет о недооценке правового регулирования медицинской деятельности, напротив, полагаем, что необходим эффективный механизм, при котором каждая из сторон чувствует наличие правовой охраны своих интересов: пациент знает о законных возможностях, предоставляемых ему государством, врач уверен в собственной правовой защищенности при осуществлении профессиональных обязанностей. Считаем, что необходимо изменить подход к пониманию медицинской помощи в России, прежде всего заменить понятие «услуга» на «вмешательство». Важно отметить, что гарантия прав граждан, как медицинских работников, так и потребителей, в системе правоотношений здравоохранения является важной социальной ценностью [7]. Такой баланс возможен в условиях высокого уровня информированности общества, который обеспечивается с помощью еще одного звена в данных отношениях — квалифицированного медицинского юриста, способного разъяснить сущность правовых норм, предотвратить конфликтную ситуацию, дать правовую

Таблица 1
Данные о назначенных наказаниях по статьям УК РФ за 2023 г.
[8]

Показатель	Осуждено	Оправдано	Лишение свободы	Условное лишение свободы
Ст. 109 часть 1	786	3	86	43
Ст. 109 часть 2	116	8	1	0
Ст. 109 часть 3	34	0	17	6
Ст. 118 часть 1	779	1	0	1
Ст. 118 часть 2	40	4	1	0
Ст. 118 часть 3	0	0	0	0
Ст. 118 часть 4	0	0	0	0
Ст. 238 часть 1	433	0	0	0
Ст. 238 часть 2	266	3	45	135
Ст. 238 часть 3	79	8	61	16
Ст. 293 часть 1	103	10	0	0
Ст. 293 часть 1.1	15	2	0	0
Ст. 293 часть 2	84	10	6	62
Ст. 293 часть 3	8	5	4	4

оценку действиям, защитить субъектов от правонарушений и не допустить злоупотребления правом.

По данным специализированного портала для медицинских специалистов и организаторов здравоохранения «Медвестник», в настоящее время количество юридических споров — уголовных дел и гражданских исков против врачей — неуклонно растет, что является следствием обращений пациентов в правоохранительные органы, а также проведенных проверок медицинских учреждений. Чаще всего в сфере здравоохранения возбуждаются уголовные дела по причинению смерти по неосторожности (ст. 109 Уголовного кодекса РФ — УК РФ), оказанию услуг, не отвечающих требованиям безопасности (ст. 238 УК РФ), халатности (ст. 293 УК РФ), причинению тяжкого вреда здоровью по неосторожности (ст. 118 УК РФ)¹ (табл. 1).

В 2023 г. количество сообщений о врачебных ошибках в правоохранительные органы сократилось с 5747 в 2022 г. до 4431, при этом число возбужденных по результатам проверок уголовных дел, на-

против, выросло с 1860 до 2332 [9]. Данная статистика свидетельствует о наличии эффективного государственного контроля за качеством оказания медицинских услуг населению. Однако в силу определенных причин возрастает число граждан, выражающих недоверие врачам. Так, основная причина обращения граждан за медицинской помощью связана с неудовлетворенностью качеством и эффективностью лечения (табл. 2)².

Медицинские споры имеют определенную специфику, которая характеризуется наличием обоснованного риска как условия оказания врачебной услуги, а также отсутствием медицинских познаний сотрудников правоохранительных органов, участвующих в расследовании и рассмотрении уголовного дела [11]. Законодатель предъявляет высокие требования к компетенции правоохранителей. При этом неосведомленность судьи в данной сфере не компенсируется только проведением судебно-медицинской экспертизы и доследственной проверкой, а работа защитника становится и вовсе неэффективной без глубокого знания специфики медицинской деятельности. В этой связи вести защиту и представительство интересов пациентов и врачей способен юрист, имеющий высокую квалификацию в сфере права, а также обладающий глубокими медицинскими познаниями. В настоящее время адвокатское сообщество предлагает ввести в официальный оборот такое понятие, как «медицинская адвокатура», создать профессиональное объединение юристов, оказывающих квалифицированную помощь с целью защиты прав в сфере медицины [12].

¹ Уголовное судопроизводство. Данные о назначенном наказании по статьям УК. Судебная статистика РФ. Режим доступа: <https://stat.api-пресс.пф/stats/ug/t/14/s/17?ysclid=ml59aorts221682534> (дата обращения 23.05.2024).

² Здравоохранение. Федеральная служба государственной статистики. Режим доступа: <https://rosstat.gov.ru/folder/13721> (дата обращения 23.05.2024).

Таблица 2
Причины не обращения за медицинской помощью в 2022 г. по данным Комплексного наблюдения условий жизни населения без учета итогов ВПН-2020 (в %) [10]

Показатель	Все респонденты	В том числе проживают		
		в городских населенных пунктах	из них с численностью населения 1 млн человек и более	в сельских населенных пунктах
Лица в возрасте 15 лет и старше, всего	100	100	100	100
Из них лица, имевшие в 2022 г. (период с января по первую половину июня) случаи не обращения в медицинские организации при наличии потребности в медицинской помощи	22,1	22,5	18,8	20,8
Лица в возрасте 15 лет и старше, имевшие в 2022 г. случаи не обращения в медицинские организации при наличии потребности в медицинской помощи, всего	100	100	100	100
Из них указали причины не обращения:				
не рассчитывают на эффективное лечение	25,8	26,5	21,3	23,5
не удовлетворяет работа медицинской организации	32,8	35,6	32,6	23,4
не могут добраться до медицинской организации без посторонней помощи	3,4	2,9	2,6	4,8
было тяжело добраться до медицинской организации	4,5	3,5	3,6	7,9
не располагали информацией о том, где можно получить необходимую медицинскую помощь	1,1	1,2	1,7	1,0
не было времени	21,7	23,1	33,5	17,0
необходимое лечение можно получить только на платной основе	16,4	16,7	14,5	15,4
лечились самостоятельно	48,3	46,9	46,5	53,0
другие причины	5,3	5,0	6,2	6,4

Профессиональная компетентность юриста формируется в процессе многолетней и широкой практической деятельности в сфере разрешения правовых конфликтов в области здравоохранения. Кроме того, приобретает высокую популярность профессиональная переподготовка и повышение квалификации по программам «Юриспруденция в здравоохранении» [13], «Медицинское право» [14], «Медицинский юрист» [15], «Особенности правового регулирования технологий здравоохранения» [16], а также прохождение магистерских программ «Юрист в здравоохранении» [17]. Появление новых специальностей в данном направлении обусловлено развитием научно-технического прогресса [18]. Анализ вышеуказанных программ позволяет сформулировать основные требования к содержанию компетентности профессионала в сфере медико-правовых конфликтов. Данные программы рассчитаны на лиц, имеющих как медицинское, так и юридическое образование. Полагаем, что в первом случае специалист, имеющий представления об организации многих процессов внутри системы здравоохранения, способен глубже вникать в содержание проблемы, и задача состоит в том, чтобы освоить правовые механизмы защиты граждан и юридических лиц. Если же вышеуказанные программы осваивает лицо, имеющее юридическое образование, владеющее знаниями материального и процессуального права, то перед ним ставится другая задача — освоить специфику медицинской деятельности. С учетом различия основных целей обучения специалистов разного профиля становится очевидным факт, что программы подготовки для таких категорий профессионалов должны различаться по содержанию. Представляется, что более распространены случаи, когда юрист широкого профиля выбирает узкую специализацию медицинского юриста, нежели практикующий врач меняет профессию на юриста в сфере здравоохранения. Однако последний вариант, на наш взгляд, был бы наиболее эффективным с точки зрения предметного анализа того или иного медицинского конфликта, с учетом множества особенностей и в целом сложности рассмотрения таких дел. Хотя и правовые нюансы защиты требуют наличия сформированного юридического мышления, владения специальной терминологией, умения выбрать наиболее эффективные способы охраны законных интересов. Так или иначе, но вышеуказанные программы обучения в основном реализуются на базе именно юридических, а не медицинских институтов и факультетов высших учебных заведений.

Помимо выработки правовой культуры медицинского юриста важно обращать внимание на коммуникативную составляющую, поэтому особое значение приобретает вопрос о необходимости коммуникативной компетентности работников юридической сферы [19]. При несформированности данного компонента, к сожалению, глубокие знания права и медицины становятся неэффективными. Роль юриста в первую очередь заключается в оказании помо-

щи, которая, безусловно, сопровождается наличием коммуникации с конфликтующими сторонами. Важнейшими элементами коммуникативной компетентности (системы качеств и умений профессионала, необходимых для построения эффективной коммуникации [20]) медицинского юриста представляются следующие: развитая устная и письменная речь; владение техниками психологического воздействия и механизмами противостояния такому влиянию; способность к деловому общению, ведению переговоров и управлению конфликтным взаимодействием.

Итак, коммуникативная компетентность является необходимой составляющей личностно-профессиональных качеств современного юриста, в том числе медицинского.

Критериями юридико-коммуникативной компетентности медицинского юриста служат следующие: критерий профессионально-коммуникативных ценностей и мотивов (учет внутренних и внешних мотивов, основанных на моральных принципах и ценностях гуманизма), критерий теоретической и практической готовности к реализации коммуникативной компетентности (применение юридико-коммуникативных тактик и стратегий на основе профессиональных знаний в области права и медицины с учетом владения специальной терминологией в обеих областях), критерий сформированности профессионально важных качеств (проявление коммуникативной гибкости, рефлексивности, самообладания) [21]. Данные критерии основаны на целой системе выраженных показателей: когнитивного (содержательный компонент), мотивационного (готовность медицинского юриста проявить компетентность), волюнтаристического (эмоционально-волевая регуляция медицинского юриста), ценностно-смыслового (отношение медицинского юриста к содержанию своей компетентности), поведенческого (опыт осуществления компетентности медицинского юриста) [21]. Перечисленные показатели могут проявляться в разной степени и находят свое отражение на различных уровнях:

- репродуктивном (характеризуются неготовностью к эффективной профессиональной коммуникации, например в силу несформированности знаний в области права или медицины);
- прагматическом (представляют собой ситуативное проявление навыков профессионального общения, не всегда успешную регуляцию конфликта в медицинской сфере);
- функционально-базовом (сформированность всех основных критериев и показателей, позволяющих успешно оказывать правовую помощь в медицинских спорах);
- творческом (ярко выражены системные и целостные профессионально-коммуникативные умения для эффективного осуществления правовой защиты в юридических конфликтах, возникающих в сфере здравоохранения) [21].

В качестве эффективного альтернативного механизма разрешения медицинских споров следует рас-

Здоровье и общество

смагивать такую примирительную процедуру, как медиация, особенно если причиной противоборства явилось нарушение межличностной коммуникации между субъектами отношений в сфере здравоохранения. При этом важно учитывать в целом, является ли конкретный спор медиабельным, т. е. разрешимым методом медиации с точки зрения российского законодательства. Применение медиативных технологий, несомненно, способствует разрешению конфликтных ситуаций в рамках договорных отношений, сохранению конфиденциальности и деловой репутации, экономии временных ресурсов, повышению лояльности населения к медицинским учреждениям, влияет на договорную способность общества в целом. Актуальность использования процедуры медиации подтверждается наличием связей данного института с медицинскими объединениями на практике. Так, в 2024 г. между Центром медиации при Российском союзе промышленников и предпринимателей (РСПП) и Ассоциацией организаций, экспертов и специалистов по защите прав в сфере здравоохранения заключен партнерский договор о предоставлении юридических услуг лечебным учреждениям [22].

Учитывая специфику медицинских споров, важно понимать, что роль медиатора будет эффективной только при условии дополнительной подготовки, связанной с пониманием требований в медицинской среде [23]. Ключевое значение в работе юриста-медиатора имеют коммуникативные навыки: умение конструктивно излагать свою позицию, «активно» слушать стороны, способность убеждать.

Содержание юридико-коммуникативной компетентности медиатора в медицинском споре следует рассматривать сквозь призму составляющих ее компонентов: познавательного (проявляется в наличии профессиональных знаний, обеспечивается прохождением специального обучения в сфере медицины), мотивационно-побуждающего (предполагает наличие развитой саморегуляции, навыка обеспечивать взаимодействие между противоборствующими сторонами) и организационно-процессуального (требует способности конструктивно разрешать медицинские споры).

Заключение

Медицинские споры имеют ярко выраженную специфику. С учетом особой сложности данной категории дел важно для учета баланса соблюдения прав всех субъектов деятельности в сфере здравоохранения прибегать к услугам медицинских юристов. Потребность в таком специалисте вызвана и противоречивостью судебной практики. Поэтому необходимо развивать применение медиативных технологий при разрешении медицинских споров. Особую роль в процессе формирования компетентности медицинского юриста и юриста-медиатора по делам в сфере здравоохранения приобретают коммуникативные навыки, с помощью которых можно эффективно управлять разного рода юридическими кон-

фликтами. Уровень юридико-коммуникативной компетентности специалиста в области разрешения правовых споров определяется сформированностью профессионально-коммуникативных ценностей и мотивов, теоретической и практической готовностью к реализации коммуникативной компетентности, наличием профессионально важных качеств. Данные критерии юридико-коммуникативной компетентности медицинского юриста могут быть выражены в следующих показателях: когнитивном, мотивационном, волюнтаристическом, ценностно-смысловом и поведенческом. Достижение высокого уровня сформированности юридико-коммуникативной компетентности достигается освоением специальных образовательных программ и организованной профессиональной практикой в области медицинских правоотношений. Таким образом, важно разработать механизм создания сообщества юристов особого типа, способного оказывать полноценную квалифицированную помощь и взаимодействовать с конфликтующими сторонами по вопросам права и медицины.

Исследование выполнено за счет гранта Российского научного фонда № 23-28-01486, <https://rscf.ru/project/23-28-01486/>

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Решение Верховного Суда РФ от 18.04.2019 № АКПИ19-115 «Об отказе в удовлетворении заявления об оспаривании письма Минздрава России от 07.04.2017 № 15-2/10/2-2343». Режим доступа: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_324871/?ysclid=m26nfsk6ee54610240 (дата обращения 01.09.2024).
2. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Режим доступа: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/?ysclid=m2783w8rze304605225 (дата обращения 01.09.2024).
3. Определение Судебной коллегии по гражданским делам Верховного Суда Российской Федерации от 21.08.2023 № 16-КГ23-23-К4. Режим доступа: <https://www.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc&base=ARB&n=778335&ysclid=m26lyidqmo276932912#GW9V1RUg417qyOI> (дата обращения 12.07.2024).
4. Определение Судебной коллегии по гражданским делам Верховного Суда Российской Федерации от 14.03.2022 № 18-КГ21-165-К4. Режим доступа: <https://www.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc&base=ARB&n=707388&ysclid=m1xzhe9gea704498983#t05DSQUU9r6gAGT81> (дата обращения 15.08.2024).
5. Баринов Е. Х. Судебно-медицинская экспертиза в гражданском судопроизводстве по медицинским делам: монография. М.: Юрайт; 2024. 181 с.
6. De Waard P, Tarrant J. Protection of Military Medical Personnel in Armed Conflicts. University of Western Australia — Faculty of Law Research Paper. Perth, Western Australia. 2013;12:156—83.
7. Басова А. В. Медицинское право. Под ред. Г. Н. Комковой. М.: Юрайт; 2024. 310 с.
8. Уголовное судопроизводство. Данные о назначенном наказании по статьям УК. Судебная статистика РФ. Режим доступа: <https://stat.api-пресс.рф/stats/ug/t/14/s/17?ysclid=m1y59aorts221682534> (дата обращения 23.05.2024).
9. Количество уголовных дел против медработников выросло в 2023 году на 25%. *Медвестник*. Режим доступа: <https://medvestnik.ru/content/news/Kolichestvo-ugolovnyh-del-protiv-medrabotnikov-vyroslo-v-2023-godu-na-fone-snizheniya-jalob.html?ysclid=m1wpvvt1bq824115780> (дата обращения 23.05.2024).
10. Здравоохранение. Федеральная служба государственной статистики. Режим доступа: <https://rosstat.gov.ru/folder/13721> (дата обращения 23.05.2024).
11. Печерей И. О. (ред.). Защита прав врачей: практикум по тактике. М.: Национальная медицинская палата; 2018. 122 с.

12. Ковалева В. В. Нарушение прав пациентов при оказании им медицинской помощи. *Медицинское право: теория и практика*. 2020;6(2):159–62.
13. Обучение по программе «Юриспруденция в здравоохранении». МУИР. Режим доступа: <https://медуниверситет.рф/remote-program/yurisprudentsiya-v-zdravookhraneni/?ysclid=m1xqvjlji8414951275> (дата обращения 12.10.2024).
14. Медицинское право. RUDN University. Режим доступа: <https://www.rudn.ru/education/educational-programs/6f155af2-868a-11ea-8100-00155d2f702?ysclid=m1xsnwtxdq710520147> (дата обращения 12.10.2024).
15. Юрист в сфере здравоохранения. Moscow Business Academy. Режим доступа: <https://moscow.mba/programs/profession/online/healthcare-lawyer?ysclid=m1xsqoay7245505707> (дата обращения 12.10.2024).
16. Особенности правового регулирования технологий здравоохранения. Высшая школа экономики. Режим доступа: <https://www.hse.ru/edu/dpo/846396189?ysclid=m1xqae41yy924622389> (дата обращения 12.10.2024).
17. Юрист в здравоохранении (магистратура) 40.04.01. Университет Лобачевского. Режим доступа: <https://law.unn.ru/courses/yurist-v-zdravookhraneni-magistratura-40-04-01/?ysclid=m1xqdxgmk500326990> (дата обращения 12.10.2024).
18. Волков А. М., Лютягина Е. А. Правовое обеспечение профессиональной деятельности в медицине. М.: Юрайт; 2024. 278 с.
19. Usmanova E. F., Khudoykina T. V., Adaeva O. V. Formation and development of legal-communicative competence in the framework of higher legal education. *Perspectives of Science and Education*. 2023;5(65):245–58.
20. Корягина Н. А. Эффективные коммуникации. Социальная компетентность личности. М.: Юрайт; 2024. 344 с.
21. Худойкина Т. В., Усманова Е. Ф., Адаева О. В. Критерии оценки уровня юрико-коммуникативной компетентности в примирительных процедурах при разрешении правовых споров и конфликтов. *Проблемы экономики и юридической практики*. 2024;20(3):20–4.
22. Центр медиации РСПП займется разрешением конфликтов в медучреждениях. *Медвестник*. Режим доступа: <https://medvestnik.ru/content/news/RSPP-podpisala-soglashenie-s-gruppoi-uristov-o-mediicii-v-meduchrejdeniyah.html> (дата обращения 23.07.2024).
23. Капштык Ю. Н. Медиация — современный способ разрешения конфликта и эффективное решение для снижения административной ответственности медучреждения. *Медицинское право: теория и практика*. 2020;2(12):24–8.
- line.cgi?req=doc&base=ARB&n=707388&ysclid=m1xzhe9-gea704498983#t05DSQUU9r6gAGT81 (accessed 15.08.2024) (in Russian).
5. Barinov E. Kh. Forensic medical examination in civil proceedings on medical cases: monograph. Moscow: Yurait; 2024. 181 p. (in Russian).
6. De Waard P., Tarrant J. Protection of Military Medical Personnel in Armed Conflicts. University of Western Australia — Faculty of Law Research Paper. Perth, Western Australia. 2013;12:156–83.
7. Basova A. V. Medical law. Ed. Komkova G. N. Moscow: Yurait; 2024. 310 p. (in Russian)
8. Criminal proceedings. Data on the punishment imposed under the articles of the Criminal Code. Judicial statistics of the Russian Federation. Available at: <https://stat.api-press.rf/stats/ug/t/14/s/17?ysclid=m1y59aorts221682534> (accessed 23.05.2024) (in Russian).
9. The number of criminal cases against healthcare workers increased by 25% in 2023. *Medvestnik*. Available at: <https://medvestnik.ru/content/news/Kolichestvo-ugolovnyh-del-protiv-medrabotnikov-vyroslo-v-2023-godu-na-fone-snijeniya-jalob.html?ysclid=m1wpv-vt1bq824115780> (accessed 23.05.2024) (in Russian).
10. Healthcare. Federal State Statistics Service. Available at: <https://rosstat.gov.ru/folder/13721> (accessed 23.05.2024) (in Russian).
11. Pechery I. O., ed. Protecting the rights of doctors: a practical guide to tactics. Moscow: National Medical Chamber; 2018. 122 p. (in Russian).
12. Kovaleva V. V. Violation of patients' rights when providing them with medical care. *Medical Law: Theory and Practice*. 2020;6(2):159–62 (in Russian).
13. Training in the program “Jurisprudence in Healthcare”. MUIR. Available at: <https://meduniversitet.rf/remote-program/yurisprudentsiya-v-zdravookhraneni/?ysclid=m1xqvjlji8414951275> (accessed 12.10.2024) (in Russian).
14. Medical law. RUDN University. Available at: <https://www.rudn.ru/education/educational-programs/6f155af2-868a-11ea-8100-00155d2f702?ysclid=m1xsnwtxdq710520147> (accessed 12.10.2024) (in Russian).
15. Lawyer in the field of healthcare. Moscow Business Academy. Available at: <https://moscow.mba/programs/profession/online/healthcare-lawyer?ysclid=m1xsqoay7245505707> (accessed 12.10.2024) (in Russian).
16. Features of legal regulation of healthcare technologies. Higher School of Economics. Available at: <https://www.hse.ru/edu/dpo/846396189?ysclid=m1xqae41yy924622389> (accessed 12.10.2024) (in Russian).
17. Lawyer in Healthcare (Master's program) 40.04.01. Lobachevsky University. Available at: <https://law.unn.ru/courses/yurist-v-zdravookhraneni-magistratura-40-04-01/?ysclid=m1xqdxgmk500326990> (accessed 12.10.2024) (in Russian).
18. Volkov A. M., Lyutyagina E. A. Legal support of professional activity in medicine. Moscow: Yurait; 2024. 278 p. (in Russian).
19. Usmanova E. F., Khudoykina T. V., Adaeva O. V. Formation and development of legal-communicative competence in the framework of higher legal education. *Perspectives of Science and Education*. 2023;5(65):245–58.
20. Koryagina N. A. Effective communications. Social competence of the individual. Moscow: Yurait; 2024. 344 p. (in Russian).
21. Khudoykina T. V., Usmanova E. F., Adaeva O. V. Criteria for assessing the level of legal-communicative competence in conciliation procedures for resolving legal disputes and conflicts. *Problems of Economics and Legal Practice*. 2024;20(3):20–4 (in Russian).
22. The RSPP Mediation Center will deal with conflict resolution in medical institutions. *Medvestnik*. Available at: <https://medvestnik.ru/content/news/RSPP-podpisala-soglashenie-s-gruppoi-uristov-o-mediicii-v-meduchrejdeniyah.html> (accessed 23.07.2024) (in Russian).
23. Kapshtyk Yu. N. Mediation is a modern way of conflict resolution and an effective solution for reducing the administrative liability of a medical institution. *Medical Law: Theory and Practice*. 2020;2(12):24–8 (in Russian).

Поступила 10.07.2024
Принята в печать 30.10.2024

REFERENCES

1. Decision of the Supreme Court of the Russian Federation dated 18.04.2019 No. AKPI19-115 “On the refusal to satisfy the application to challenge the letter of the Ministry of Health of Russia dated 07.04.2017 No. 15-2/10/2-2343”. Available at: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_324871/?ysclid=m26nfsk6ee54610240 (accessed 01.09.2024) (in Russian).
2. Federal Law of November 21, 2011 No. 323-FZ “On the Fundamentals of Health Protection of Citizens in the Russian Federation”. Available at: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/?ysclid=m2783w8rze304605225 (accessed 09/01/2024) (in Russian).
3. Determination of the Judicial Collegium for Civil Cases of the Supreme Court of the Russian Federation dated 08/21/2023 No. 16-KG23-23-K4. Available at: <https://www.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc&base=ARB&n=778335&ysclid=m26lyid-qmo276932912#GW9V1RUg417qyOI> (accessed 07/12/2024) (in Russian).
4. Definition of the Judicial Collegium for Civil Cases of the Supreme Court of the Russian Federation dated 14.03.2022 No. 18-KG21-165-K4. Available at: <https://www.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc&base=ARB&n=707388&ysclid=m1xzhe9-gea704498983#t05DSQUU9r6gAGT81> (accessed 15.08.2024) (in Russian).

Арестова Ю. А.

ВОПРОСЫ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ УРОВНЯ ФИНАНСОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПЕРСОНАЛА СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РОССИИ

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

Растущий уровень заболеваемости в стране требует от сферы здравоохранения обеспеченности в медицинских работниках на душу населения и в уровне профессиональных компетенций. Однако сложившиеся условия труда персонала станций и бригад скорой медицинской помощи с точки зрения профессиональной нагрузки и ответственности не соотносятся с низким уровнем заработной платы и социальных выплат. Такая ситуация привела к массовому оттоку специалистов, а также к сокращению числа больниц, станций и бригад скорой медицинской помощи. Это диктует необходимость выработки конструктивных подходов к решению сложившейся ситуации.

Проведено исследование проблемы низкой финансовой обеспеченности сотрудников станций и бригад скорой медицинской помощи с целью выявления и систематизации влияющих факторов. Проведен анализ и выявлена динамика заболеваемости населения и числа больниц и станций оказания скорой помощи. Исследована система начисления заработной платы работникам скорой медицинской помощи, предоставления им специальных социальных выплат и установления уровня профессиональной нагрузки. Определены факторы, влияющие на численность персонала скорой медицинской помощи. Обоснована необходимость доработки нормативно-правового поля, регулирующего уровень заработной платы и социальных выплат для данной категории медицинских работников, а также водителей машин скорой помощи.

Ключевые слова: скорая медицинская помощь; штатная численность персонала; профессиональная нагрузка; заработная плата; специальные социальные выплаты; юридическая ответственность; правовое регулирование.

Для цитирования: Арестова Ю. А. Вопросы совершенствования правового регулирования уровня финансового обеспечения персонала скорой медицинской помощи в России. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2025;33(4):663—670. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2025-33-4-663-670>

Для корреспонденции: Арестова Юлия Александровна, канд. экон. наук, доцент, доцент кафедры технологии транспортных процессов и управления водным транспортом ФГБОУ ВО «Государственный морской университет имени адмирала Ф. Ф. Ушакова», e-mail: arestova5@mail.ru

Arestova Yu. A.

THE ISSUES OF IMPROVEMENT OF LEGAL REGULATION OF THE LEVEL OF FINANCIAL SUPPORT OF PERSONNEL OF EMERGENCY MEDICAL CARE IN RUSSIA

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

The importance of timely and high-quality emergency medical care of population is undoubted. The increasing total morbidity at national level requires health care to be supported by needed number of medical workers per capita and their needed professional competencies. However, current working conditions of personnel of emergency stations and medical emergency teams in terms of professional workload and legal responsibility have no measure with low level of wages and social benefits. This situation resulted in massive outflow of specialists and reduction of the number of hospitals and medical emergency stations. Then necessity in developing constructive approaches to resolve current situation is obvious.

The article considers problem of low financial support of personnel of medical emergency stations in order to identify and systematize impacting factors. The dynamics of population morbidity and the number of hospitals and ambulance stations was revealed. The system of payroll accounting of personnel of emergency stations, including special social benefits and assessment of professional workload was analyzed. The factors affecting the number of ambulance personnel were determined. The necessity to improve normative legal framework regulating wage level and social benefits for this category of medical workers and ambulance drivers is substantiated.

Key words: emergency medical care; personnel; professional workload; wages; special social benefits; legal liability; legal regulation.

For citation: Arestova Yu. A. The issues of improvement of legal regulation of the level of financial support of personnel of emergency medical care in Russia. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2025;33(4):663—670 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2025-33-4-663-670>

For correspondence: Arestova Yu. A., candidate of economical sciences, associate professor, associate professor of the Chair of Transport Processes Technology and Water Transport Management of the Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The Admiral F. F. Ushakov State Maritime University”. e-mail: arestova5@mail.ru

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support.

Received 05.09.2024
Accepted 30.10.2024

Введение

Согласно статистическому сборнику «Здравоохранение в России 2023», с 2010 г. наблюдается зна-

чительное и устойчивое увеличение числа заболеваний населения России [1]. Данные демонстрируют прирост заболеваемости на 12% за анализируемый период. При этом зафиксировано снижение числен-

ности больниц и станций скорой медицинской помощи (СМП) на 4 и 43% соответственно. Аналогичная динамика имеет место и в отношении численности среднего медицинского персонала, составляющего больше 50% в структуре персонала СМП. Так, за последние 10 лет снижение по данному показателю достигло 4,6% [1].

Массовый отток сотрудников СМП обусловлен их неудовлетворенностью условиями труда и финансовой обеспеченностью. Министерство здравоохранения Российской Федерации (далее — Минздрав) по запросам депутатов Государственной Думы (далее — Госдума) и обращениям сотрудников СМП начали изучение сложившейся ситуации ввиду принятия Правительством данного вопроса к рассмотрению. Особенно остро ситуация проявилась в отдаленных регионах страны и в сельской местности. По мнению работников СМП, их профессиональная нагрузка, уровень заработной платы и юридической ответственности, а также порядок отнесения медицинских работников и медицинских организаций к группам, претендующим на получение специальных социальных выплат (ССВ), являются необоснованными и недоработанными. Следовательно, необходимо пересмотреть систему организации кадрового обеспечения и зарплаты работников СМП, поскольку эффективность работы ее специалистов влияет на достижение базовых национальных целей развития.

Таким образом, сформировавшиеся негативные тенденции носят устойчивый долгосрочный характер и требуют совершенствования соответствующих правовых инструментов, а также комплексного подхода к решению сложившихся проблем.

Объектом исследования являются отношения, складывающиеся в сфере правового регулирования финансового обеспечения сотрудников СМП в России.

Предметом исследования выступают вопросы практического аспекта применения норм и механизма правового регулирования финансового обеспечения работников СМП.

Целью работы явилось изучение нормативно-правовой базы, регулирующей вопросы кадрового, финансового обеспечения и ответственности сотрудников СМП, выявление взаимосвязи между сокращением их числа, уровнем нагрузки и заработной платы, а также выработка рекомендаций по решению сложившихся проблемных аспектов.

Общим вопросам функционирования станций и бригад СМП посвящены тезисы форума «Скорая медицинская помощь: современные стратегии и инновации» [2], а оценка качества оказания помощи бригадами СМП и анализ показателей их работы проведены в работах [3] и [4]. Вопросам трудовой нагрузки сотрудников стационаров и бригад СМП и проблемам их кадровой укомплектованности посвящены исследования [5, 6] и др. Правовые аспекты медицинского сопровождения при оказании СМП изучены в работе [7]. Актуальные вопросы финансовой обеспеченности сотрудников, оказывающих

первую медицинскую помощь, а также системы формирования их заработной платы изучены в трудах [8—11].

Исследованию особенностей формирования порядка оказания первой медицинской помощи отдельным категориям профессий посвящены работы [12—15].

Правовое регулирование вопросов укомплектования и организации работы СМП и ее финансового обеспечения осуществляется Приказом Минздрава России от 29.11.2019 № 974 [16], Приказом Минздрава России от 20.06.2013 № 338н [17], Постановлением Правительства РФ от 31.12.2022 № 2568 [18] и Постановлением Правительства РФ от 20.03.2024 № 343 [19].

Таким образом, изучение литературных и правовых источников, раскрывающих тематику условий работы СМП, показало как актуальность выбранного направления исследования, так и необходимость его дальнейшей проработки.

Материалы и методы

Для определения и формулировки проблемы в изучаемой области были использованы систематический обзор литературы и качественный анализ.

При работе со статистическими данными и определении их динамики были задействованы методы выборки, расчета абсолютных и относительных величин, а также выявления корреляционных связей. В качестве данных для оценки сложившихся тенденций использованы сборники Росстата «Здравоохранение в России» за 2000—2023 гг. С целью упрощения восприятия полученных результатов применен метод наглядных материалов.

Систематизацию результатов исследования и разработку рекомендаций по решению выявленных проблем проводили с использованием инструментов метаанализа и контент-анализа.

Результаты исследования

Вопрос финансового обеспечения медицинского персонала СМП напрямую коррелирует с его численностью. Динамику числа медицинских учреждений данного типа, его штата и эффективности работы можно изучить на примере данных табл. 1.

Из табл. 1 видно, что с 2015 по 2022 г. заболеваемость населения выросла на 8,4%. Отметим, что за последние 2 года этот показатель вырос больше чем на 10%. При этом по стране наблюдается существенное снижение числа станций СМП, их врачей и среднего медицинского персонала (на 24,6; 19,1 и 6,6% соответственно). Таким образом, наблюдается недостаток в медицинских специалистах и снижение их численности на душу населения. Одновременно с этим за анализируемый период увеличилось число общепрофильных бригад СМП на 3,4%, однако при этом на 5% сократилось число лиц, которым ими оказана помощь. С учетом роста заболеваемости это свидетельствует о проблемах в организации работы подразделений СМП. Так, рост числа бригад СМП при сокращении численности среднего

Таблица 1

Динамика основных показателей заболеваемости населения и покрытия его потребности в СМП [1]

Показатель	2015 г.	2019 г.	2020 г.	2022 г.	Отклонение, 2022—2015 гг., %
Заболеваемость, тыс. населения	234 331,7	242 014,1	229 091,3	254 022,5	+8,4
Число станций скорой медицинской помощи, абс. ед.	2561	2211	2113	1931	−24,6
Доля врачей в составе станций (отделений) СМП, %	13,1	12,5	11,4	10,6	−19,1
Численность среднего медицинского персонала, на 10 тыс. населения	105,3	100,8	101,1	98,3	−6,6
Число выездных бригад СМП, абс. ед.	48 054	49 086	49 855	49 668	+3,4
Число лиц, которым оказана помощь общепрофильными бригадами СМП, абс. ед.	42 863 878	41 767 446	42 009 824	40 728 350	−5

медицинского персонала был достигнут за счет укомплектования штата одним специалистом. Таким образом, имеются отток медицинского персонала, работающего в сфере оказания СМП, и снижение результативности работы подразделений СМП.

По мнению автора, у негативных тенденций в отношении численности медицинского персонала в сфере оказания скорой медицинской помощи есть ряд причин (рис. 1).

Согласно Указу Президента от 2012 г. № 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики», средняя заработная плата для 12 отдельных категорий бюджетников, в том числе врачей, среднего и младшего медицинского персонала, к 2018 г. должна была достичь соответственно 200 и 100% по региону.

В 2022 г. Росстат показал данные по динамике заработной платы медицинских работников по стране (рис. 2).

Как видно из диаграммы, целевые показатели «майских» указов в 2022 г. остались невыполненными. Важно подчеркнуть, что прирост имеется, и достаточно существенный. Однако данные табл. 1 показывают снижение числа медицинских работников за этот же период. По мнению специалистов, такая динамика характеризуется незначительным ростом

фактических зарплат, несмотря на их официальный темп роста. Так, фактический доход врачей и среднего медицинского персонала увеличился всего на 10 и 5% соответственно. В 2022 г. эксперты Общественного народного фонда провели исследование, согласно которому 91% опрошенных медицинских работников подтвердили, что повышение их заработной платы не достигло установленного Президентом уровня в 200%, а заявляемый Росстатом рост достигается за счет увеличения нагрузки работников. Так, 53% врачей утверждали, что вынуждены занимать больше двух ставок, при этом фактический рост заработной платы на ставку вырос незначительно (около 100 руб.) [20]. Таким образом, необходимо пересмотреть на законодательном уровне распределение нагрузки медицинского персонала СМП таким образом, чтобы повышение заработной платы реализовывалось не за счет переработки, а за счет повышения окладной части в размере на одну штатную ставку.

Другой причиной массовых недовольств и обращений в Минздрав работников СМП явилось Постановление Правительства от 20.03.2024 № 343 [19], которое внесло изменения в Постановление Правительства РФ от 31.12.2022 № 2568, устанавливающее

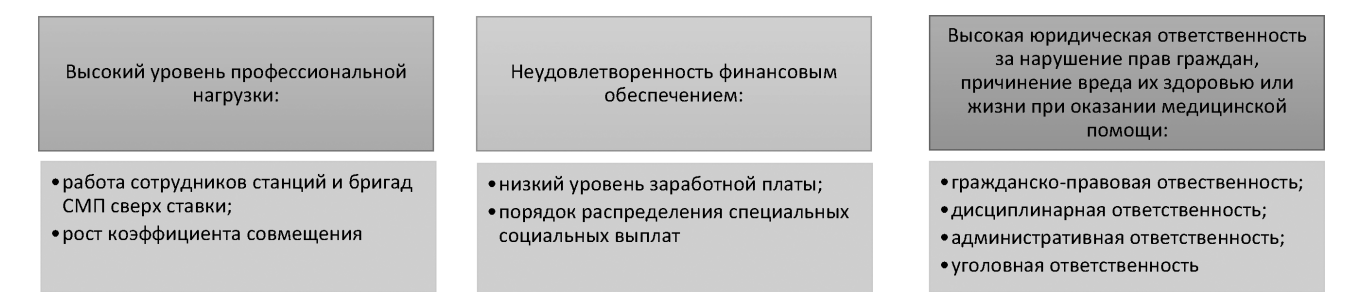


Рис. 1. Причины оттока медицинского персонала подразделений СМП.

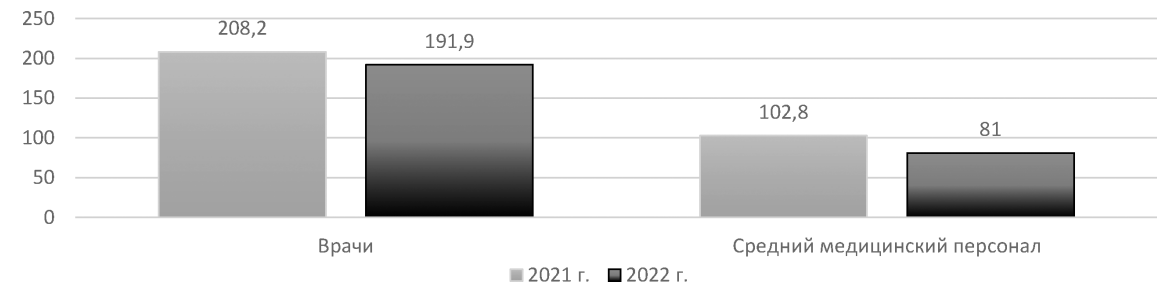


Рис. 2. Динамика роста средней заработной платы медицинских работников по России (в %) [1].

Т а б л и ц а 2

Категории медицинских работников и учреждений СМП, подпадающих под получение специальных социальных выплат согласно Постановлению № 2568 с изменениями, предусмотренными Постановлением № 343

Группы медицинских работников и учреждений	Категории медицинских работников	Размер ССВ
С 1 января 2023 г. установить ССВ для: медицинских работников, оказывающих медицинскую помощь в рамках базовой либо территориальных программ ОМС* (искл. — руководители медицинских организаций и их заместители; внутренние и внешние совместители); медицинских организаций, входящих в государственную и муниципальную системы здравоохранения и участвующих в реализации базовой либо территориальных программ ОМС; по указанным категориям	врачи станций (отделений) СМП;	11 500 руб.
	фельдшеры и медицинские сестры станций (отделений) СМП;	7000 руб.
	младший медицинский персонал станций (отделений) СМП;	4500 руб.
	медицинские сестры (фельдшеры) по приему вызовов СМП и передаче их выездным бригадам	4500 руб.

Пр и м е ч а н и я: рекомендовать высшим исполнительным органам субъектов РФ установить ССВ для медицинских работников, оказывающих не входящую в базовую программу ОМС скорую медицинскую помощь, за счет бюджетных средств соответствующего субъекта РФ; выплата ССВ осуществляется Фондом пенсионного и социального страхования РФ (СФР) за счет средств иных межбюджетных трансфертов бюджета СФР, предоставляемых Федеральным фондом ОМС.

* ОМС — обязательное медицинское страхование.

порядок начисления дополнительной социальной выплаты медицинским работникам (табл. 2).

Отметим, что согласно Постановлению № 343 в отношении работников СМП отсутствует градация ССВ в зависимости от численности жителей населенного пункта, как в других группах медицинских работников — получателей ССВ. Тем не менее особенно остро ситуация с нехваткой медицинского персонала СМП наблюдается как раз в отдаленных малочисленных регионах страны и сельской местности. Кроме того, повышение ССВ не затронуло средний медицинский персонал бригад СМП. Таким образом, их выплаты оказались ниже, чем у их коллег в стационаре.

Отметим, что Постановлением № 343 предусмотрен рекомендательный характер ССВ для медицинских работников, оказывающих не входящую в базовую программу ОМС скорую медицинскую помощь. В качестве источника финансирования Правительство установило бюджет субъектов РФ. В результате многие регионы, воспользовавшись отсутствием обязательного характера данной выплаты, отказались от ее назначения.

Также подчеркнем, что при остром дефиците водителей «скорой» эта категория работников медицинских учреждений согласно Постановлению № 343 не может претендовать на получение ССВ. Между тем их уровень заработной платы на ставку не превышает минимальный размер оплаты труда.

Для решения сложившейся проблемы видятся необходимыми следующие корректировки нормативно-правового регулирования начисления и выплат ССВ, согласно Постановлениям № 2568 и № 343:

- предусмотреть повышение размера ССВ для медицинских работников скорой помощи в населенных пунктах с населением до 50 тыс. человек и от 50 до 100 тыс. человек в 2 и 1,5 раза соответственно;
- предусмотреть обязательную, а не рекомендательную выплату ССВ для медицинских работников, которые оказывают не входящую в базовую программу ОМС скорую медицинскую помощь как обязательную; установить в качестве ее источника федеральный бюджет;

— предусмотреть возможность получения ССВ водителями автомобилей СМП.

Сложность ситуации в отношении финансового обеспечения и трудовой нагрузки медицинского персонала СМП усугубляется высоким уровнем административной и уголовной ответственности медицинского персонала за нарушение прав граждан, причинение вреда их здоровью или жизни при оказании медицинской помощи, предусмотренные Административным и Уголовным кодексами РФ, а также нормативно-правовыми актами иного характера. Гражданско-правовая, дисциплинарная, административная и уголовная ответственность предусматривает наказание от штрафов и лишения права заниматься профессиональной деятельностью до лишения свободы на срок до 4 лет.

Обсуждение

Согласно статистическим данным Росстата, ситуация, сложившаяся в отношении численности учреждений СМП и ее персонала, является напряженной на протяжении последних 10 лет. Однако в марте прошлого года в Правительство РФ стали поступать массовые протестные обращения работников СМП, касающиеся их неудовлетворенности своим финансовым обеспечением с учетом высокой профессиональной нагрузки. Отчасти такие действия были спровоцированы новой редакцией порядка начисления ССВ для медицинских работников, прописанного в Постановлениях Правительства № 2568 и № 343.

В феврале прошлого года Президентом РФ была выдвинута инициатива, направленная на повышение ССВ медицинским работникам в населенных пунктах численностью менее 50 тыс. человек в 50 тыс. руб. для врачей и 30 тыс. руб. для среднего медицинского персонала. Для городов и сельской местности с населением от 50 тыс. до 100 тыс. человек эти выплаты должны составить 29 тыс. и 13 тыс. руб. соответственно. Такие решения обоснованы тем, что ситуация с сокращением медицинского персонала особенно остро наблюдается именно в отдаленных малочисленных регионах страны и в сельской местности. Причиной этого являются достаточно сложные условия жизни и профессиональ-

Здоровье и общество

ной деятельности специалистов, поэтому Президентом РФ не были сделаны исключения для каких-либо категорий медицинских работников указанных местностей.

Постановление № 343, предусматривающее с 1 марта 2024 г. измененный порядок начисления ССВ, было направлено на внедрение февральской инициативы Президента. Однако фактически оно не затронуло медицинский персонал бригад СМП, несмотря на то что их профессиональная деятельность отличается повышенной нагрузкой.

Весной этого же года заместитель председателя Правительства Российской Федерации по вопросам социальной политики Т. А. Голикова дала поручение разобраться с вопросами массовых протестов сотрудников СМП. В связи с этим Минздрав России совместно с Росздравнадзором РФ начали собирать данные для оценки и анализа ситуации, касающейся организации работы персонала СМП и их финансового обеспечения.

Параллельно с этим группа депутатов от Коммунистической партии РФ обратилась к Правительству с предложением о реформе СМП, предусматривающей изменение системы организации труда ее сотрудников и оплаты. Так, в июле 2024 г. Минздравом России, Межрегиональным профсоюзом работников здравоохранения «Действие» и экспертами был проведен круглый стол по теме «Вопросы совершенствования правового регулирования организации оказания СМП в России», на котором был отмечен неудовлетворительный уровень финансового и кадрового обеспечения сотрудников СМП, включая водителей машин скорой помощи, вызванный высокими нагрузками, переработками и низкой заработной платой. Эксперты уверяли, что, по данным Минздрава России за 2023 г., штат СМП был укомплектован врачами только на 73,6%, фельдшерами — на 87,4%, а водителями — на 84,1%, при этом наблюдалось уменьшение их числа с 2021 г. Особенно актуальна данная проблема для малых городов и сельской местности, где врачебных бригад практически нет, а фельдшерские укомплектованы одним медицинским работником. Также отмечено, что коэффициент совмещения по 2023 г. в отношении рассматриваемых категорий медицинского персонала СМП составил 137; 126 и 108 соответственно. Кроме того, часто имело место искусственное занижение нагрузки персонала для выполнения установленных федеральных нормативов [21].

Осенью 2024 г. Госдума отчиталась по запросу депутатов относительно решения проблемы ССВ для работников СМП. В ведомстве отметили, что, по данным Минздрава, ССВ получают 1,084 млн медицинских работников, для 460 тыс. из них соцвыплаты возросли согласно Постановлению № 343. Всего на эти цели в 2024 г. направлено 178 млрд руб., что, по мнению Госдумы, стабилизировало ситуацию с медицинскими кадрами в малонаселенных пунктах. Однако фактически вопрос повышения ССВ для бригад СМП остался не решенным, а пере-

данным для рассмотрения в компетенцию регионов. [22] Таким образом, Минздрав решил отказать в повышении ССВ для СМП за счет средств федерального бюджета, поскольку, по имеющимся у ведомства данным, средняя заработная плата врачей и среднего медицинского персонала СМП в 2024 г. по сравнению с предыдущим годом выросла на 11,4%. Кроме того, официальных расчетов необходимой для повышения ССВ «скоропомощникам» суммы для включения ее в бюджет, как заявил Минздрав, «не имеется» [23].

В начале 2025 г. Минздрав снова отчитался о выполнении регионами его поручений и повышении заработной платы сотрудникам СМП. По имеющимся данным, рост зарплаты в отдельных субъектах РФ составил от 46 до 56%, а в большинстве областей — от 10 до 30%. Министр здравоохранения Михаил Мурашко подчеркнул, что именно регионы ответственны за уровень оплаты труда медицинского персонала и имеют все необходимые инструменты для осуществления дополнительных социальных выплат [24].

В ответ на заявления Минздрава о росте заработной платы работников СМП М. Мурашко заявил, что ведомство оперирует средними заработными платами. Учитывая, что происходит интенсивный отток кадров, имеют место переработки и высокий коэффициент совмещения, что и дает рост заработной платы. В январе 2025 г. в Системе обеспечения законодательной деятельности Комитет Госдумы по труду и социальной политике выложил Заключение об отклонении проекта депутатов о реформе СМП и их соцвыплатах. Таким образом, проблема осталась нерешенной.

Отметим, что регионы в качестве инструмента для повышения оплаты труда СМП избрали следующий подход — рост величины оклада на фоне снижения стимулирующих выплат, что в итоге дает практически неизменную сумму, выплачиваемую «на руки». Подчеркнем, что отдельные субъекты РФ действительно сумели поднять уровень ССВ по рекомендациям Минздрава. Однако следует учитывать, что, по данным Минздрава России за 2024 г., для врачей первичного звена ССВ выросли с 17 тыс. до 50 тыс. руб., что дает рост их дохода в среднем на 50%, при этом у сотрудников СМП рост заработной платы составил всего 11%. Такое повышение является несоизмеримым, учитывая уровень инфляции в стране [23].

Заключение

Скорая медицинская помощь должна быть оказана исходя из потребностей населения в ее частоте, своевременности и количестве медицинского персонала, с учетом уровня заболеваемости, плотности и возрастных групп населения. Исследования показали, что заболеваемость населения ежегодно растет. В 2022 г. по отношению к 2010 г. рост достиг 12%. Последний сборник Росстата «Здравоохранение в России 2023» демонстрирует данные, свидетельствующие о сокращении числа больниц и стан-

ций (отделений) СМП. На конец 2022 г. их число составило 1931 по сравнению с 2113 станциями в 2020 г. За последние 10 лет отклонение превысило 13% со знаком «минус».

Интересная динамика наблюдается по количеству бригад СМП. Несмотря на его увеличение, численность медицинского персонала снизилась и сократилось число лиц, которым была оказана первая помощь. Это произошло из-за перехода в ряде случаев на укомплектование бригады СМП одним медицинским специалистом. Таким образом, зачастую сотрудники вынуждены работать сверх ставки. Такое увеличение профессиональной нагрузки повлекло за собой отток персонала СМП, особенно по категории «врачи». Подчеркнем, что их доля в структуре штата станций СМП составляет всего около 10%.

Проблема сокращения численности медицинских работников в сфере СМП связана не только с возросшей нагрузкой, но и с уровнем оплаты труда и социальных выплат. Согласно Указу Президента РФ от 07.05.2012 № 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики» требовалось повышение к 2018 г. средней заработной платы врачей до 200% от средней заработной платы в соответствующем регионе. В 2022 г. Минздрав заявил, что данный показатель по стране составил 191,9%. Уровень роста заработной платы по среднему и младшему медицинскому персоналу также не достиг установленной планки и составил 96,4 и 81% соответственно [20]. Несмотря на то что майские указы Президента выполнены не в полном объеме, рост, по заявлениям Минздрава, является существенным. Однако, несмотря на это, данные Росстата продолжают демонстрировать снижение числа медицинского персонала почти на 3% в 2022 г. по сравнению с 2020 г. [1]. Причиной этого является увеличение нагрузки специалистов, а следовательно, можно говорить не о повышении заработной платы, а об оплате переработок. Иными словами, если осуществить пересчет заявляемого Минздравом увеличения заработной платы из расчета нагрузки на ставку, то можно увидеть, что отчетность по «майским» указам достигается за счет сверхурочных и переработки.

Кроме того, массовые протесты сотрудников СМП по поводу уровня заработной платы связаны с порядком социальной выплаты, предусмотренной Постановлением Правительства РФ от 20.03.2024 № 343 [19]. Согласно документу, повышение ССВ не затронуло медицинских работников СМП даже применительно к слабо населенным городам регионов и к сельской местности. Таким образом, врачи и средний медицинский персонал СМП продолжают получать надбавку в 11,5 и 7 тыс. руб. соответственно [24]. Несмотря на майские указы Президента, повышения соцвыплат для младшего персонала СМП в городах с населением до 100 тыс. жителей так и не произошло.

Учитывая сложившуюся ситуацию, необходимо доработать механизм нормативно-правового регулирования, который позволил бы:

- пересмотреть список получателей социальной выплаты для включения в него медицинского персонала СМП, особенно для малонаселенных пунктов, поскольку проблема оттока специалистов остро стоит именно в отдаленных регионах и в сельской местности. Таким образом, сложившуюся проблему следует увязывать с Постановлением Правительства № 343 и решать через доработку его норм;
- пересмотреть правовой механизм выделения денежных средств на ССВ работникам СМП в пользу федерального регулирования, поскольку делегирование этой задачи субъектам РФ и рекомендации о выплате ССВ за счет регионального бюджета не решили проблему сокращения численности сотрудников скорой помощи. Кроме того, выделяемые из федерального бюджета средства должны быть адресными или «окрашенными» для их целевого использования и отсутствия возможности перераспределения;
- установить единый отраслевой подход к уровню заработных плат для выполнения майских указов Президента таким образом, чтобы их рост на 50% осуществлялся в окладной части с сохранением всех причитающихся дополнительных выплат;
- осуществить вывод системы скорой медицинской помощи из структуры ОМС для возможности пересмотра штатного расписания и объемов установленного ОМС финансирования, предусмотренного территориальными программами.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Здравоохранение в России. 2023: Стат. сб. Росстат. М.; 2023. 179 с.
2. Тезисы форума с международным участием «Скорая медицинская помощь: современные стратегии и инновации». *Медицинский алфавит*. 2024;(23):7—33. doi: 10.33667/2078-5631-2024-23-7-33. EDN FAANCM
3. Жанабек Н. И., Арзакулова М. М. Оценка показателей работы скорой медицинской помощи. *Студенческий*. 2024;14-2(268):57—8. EDN IHLNEC
4. Ниязов Б. С., Ниязова С. Б. Оценка качества медицинской помощи населению на уровне дневных стационаров и станций скорой медицинской помощи. *Бюллетень науки и практики*. 2022;8(1):114—21. doi: 10.33619/2414-2948/74/16. EDN THPFIK
5. Махрова О. Н. Изменение трудовой нагрузки медицинских работников: региональные сравнения. В сб.: Труды Научно-исследовательского института организации здравоохранения и медицинского менеджмента: Сборник научных трудов. М.: ГБУЗ г. Москвы «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы»; 2023. С. 192—201. EDN MBSQQD
6. Москвина С. С., Павлюц Н. А., Цебровская Е. А., Теплов В. М. Основные проблемы кадровой укомплектованности службы скорой медицинской помощи в субъектах РФ и их решения. *Проблемы стандартизации в здравоохранении*. 2024(5-6):48—53. doi: 10.26347/1607-2502202405-06048-053. EDN LPTSFID

7. Колонтаевская И. Ф. Правовое сопровождение Службы скорой медицинской помощи в Российской Федерации. В сб.: Новое в науке и образовании: международная ежегодная научно-практическая конференция, Москва, 4 апреля 2024 года. М.: Манускрипт; 2024. С. 114—22. EDN OAZGYI
8. Орел В. И., Ким А. В., Сочкова Л. В. Актуальные проблемы оплаты труда в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь. *Медицина и организация здравоохранения*. 2022;7(3):12—9. doi: 10.56871/1026.2022.93.11.002. EDN DUOMFM
9. Маршалкина М. И. Исследование степени выполнения мероприятий по повышению заработной платы медицинских работников. В сб.: Биотехнология и биомедицинская инженерия: сборник научных трудов по материалам XIII Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, посвященной 88-летию Курского государственного медицинского университета, Курск, 23 ноября 2023 года. Курск: Курский государственный медицинский университет; 2023. С. 136—8. EDN NAAFIC
10. Дозорцев О. Е., Сафонов А. С. Особенности параметров новой системы оплаты труда медицинских работников. *Экономика труда*. 2023;10(9):1435—50. doi: 10.18334/et.10.9.119222. EDN MWVACT
11. Ромиков Н. А., Валова Ю. И. Анализ эффективности мер для повышения заработной платы медицинских работников в Российской Федерации: перспективы и вызовы. В сб.: Вопросы управления и экономики: современное состояние актуальных проблем: Сборник статей по материалам LXXXIII международной научно-практической конференции с международным участием, посвященной 88-летию Курского государственного медицинского университета, Курск, 23 ноября 2023 года. Курск: Курский государственный медицинский университет; 2023. С. 16—20. EDN MSNIBL
12. Tonkonog V. V., Timchenko T. N., Golovan T. V. Features of training of ship crew members in the field of first aid and medical care. *Labour and Social Relations Journal*. 2021;32(2):100—1. doi: 10.20410/2073-7815-2020-32-2-100-111. EDN YIPOUJ (in English).
13. Ботнарюк М. В., Тимченко Т. Н., Тонконог В. В. Проблемные аспекты оказания медицинской помощи на борту морского судна членам экипажа. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2021;29(5):1125—31. doi: 10.32687/0869-866X-2021-29-5-1125-1131. EDN JIUUNK
14. Тонконог В. В., Головань Т. В., Арестова Ю. А. Актуальные вопросы медицинского обеспечения и охраны здоровья разных категорий должностных лиц таможенных органов Российской Федерации. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2022;30(3):434—41. doi: 10.32687/0869-866X-2022-30-3-434-441. EDN DBQCCR
15. Тонконог В. В. Применение телемедицинских технологий при оказании медицинской помощи членам экипажа на борту судна. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2023;31(6):1413—7. doi: 10.32687/0869-866X-2023-31-6-1413-1417. EDN HBULRR
16. Приказ Минздрава России от 29.11.2019 г. № 974 «Об утверждении методики расчета потребности во врачебных кадрах». Сайт Министерства здравоохранения РФ. Режим доступа: <https://minzdrav.gov.ru/documents/9624-prikaz-minzdrava-rossii-ot-29-noyabrya-2019-g-974-ob-utverzhdenii-metodiki-rascheta-potrebnosti-vo-vrachebnyh-kadrah> (дата обращения 23.03.2025).
17. Приказ Минздрава России от 20.06.2013 № 338н «Об утверждении порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи». КонтурНорматив. Режим доступа: <https://normativ.kontur.ru/document?moduleId=1&documentId=367761> (дата обращения 23.03.2025).
18. Постановление Правительства РФ от 31.12.2022 № 2568 «О дополнительной государственной социальной поддержке медицинских работников медицинских организаций, входящих в государственную и муниципальную системы здравоохранения и участвующих в базовой программе обязательного медицинского страхования либо территориальных программах обязательного медицинского страхования». КонтурНорматив. Режим доступа: <https://normativ.kontur.ru/document?moduleId=1&documentId=475871> (дата обращения 23.03.2025).
19. Постановление Правительства РФ от 20.03.2024 г. № 343 «О внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации». КонтурНорматив. Режим доступа: <https://normativ.kontur.ru/document?moduleId=1&documentId=467701> (дата обращения 23.03.2025).
20. Догузова В. Заработок российских врачей отстал от планки майских указов. *Медвестник*. Режим доступа: <https://medvestnik.ru/content/news/Zarabotok-rossiiskih-vrachei-otstal-ot-planki-maiskih-ukazov.html> (дата обращения 26.03.2025).
21. Бескаравайная Т. В. КППФ попросила Мишустина о реформе скорой помощи. *Медвестник*. Режим доступа: <https://medvestnik.ru/content/news/KPRF-poprosila-Mishustina-o-reforme-skoroi-pomoshi.html> (дата обращения 27.03.2025).
22. В Госдуме назвали «цену вопроса» для повышения выплат «скоропомощникам». *Медвестник*. Режим доступа: <https://medvestnik.ru/content/news/V-Gosdume-nazvali-cenu-voprosa-dlya-povysheniya-vyplat-skoropomoshnikam.html> (дата обращения 18.03.2025).
23. Шамардина Л. «Это не повышение оплаты, а переработки»: эксперты про ситуацию на скорой помощи. *Медвестник*. Режим доступа: <https://medvestnik.ru/content/news/Eto-ne-povyshenie-oplaty-a-pererabotki-eksperty-pro-situaciu-na-skoroi-pomoshi.html> (дата обращения 27.03.2025).
24. Шамардина Л. Минздрав заявил о росте зарплат у медработников скорой помощи на 10—30%. *Медвестник*. Режим доступа: <https://medvestnik.ru/content/news/Minzdrav-zayavil-o-rose-zarplat-u-medrabotnikov-skoroi-pomoshi-na-10-30.html> (дата обращения 27.03.2025).

Поступила 05.09.2024
Принята в печать 30.10.2024

REFERENCES

1. Healthcare in Russia. 2023: Stat. sat. Rosstat. Moscow; 2023. 179 p. (in Russian).
2. Abstracts of the forum with international participation “Emergency medical care: modern strategies and innovations”. *Medical Alphabet*. 2024;(23):7—33. doi: 10.33667/2078-5631-2024-23-7-33. EDN FAAHCM (in Russian).
3. Zhanabek N. I., Arzakulova M. M. Evaluation of the performance of emergency medical services. *Student’s*. 2024;14-2(268):57—8. EDN IHLNEC (in Russian).
4. Niyazov B. S., Niyazova S. B. Assessment of the quality of medical care to the population at the level of day hospitals and emergency medical stations. *Bulletin of Science and Practice*. 2022;8(1):114—21. doi: 10.33619/2414-2948/74/16. EDN THPFIK (in Russian).
5. Makhrova O. N. Changing the workload of medical workers: regional comparisons. In: Proceedings of the Scientific Research Institute of Healthcare Organization and Medical Management: A collection of scientific papers. Moscow: Scientific Research Institute of Healthcare Organization and Medical Management of the Department of Healthcare of the City of Moscow; 2023. P. 192—201. EDN MBSQDD (in Russian).
6. Moskvina S. S., Pavluts N. A., Cebrovskaya E. A., Teplov V. M. The main problems of staffing the ambulance service in the subjects of the Russian Federation and their solutions. *Problems of standardization in healthcare*. 2024;(5-6):48—53. doi: 10.26347/1607-2502202405-06048-053. EDN LPTSFD (in Russian).
7. Kolontaevskaya I. F. Legal support of the ambulance service in the Russian Federation. New in Science and education: International annual scientific and practical conference, Moscow, April 04, 2024. Moscow: Publishing House “Manuscript” LLC; 2024. P. 114—22. EDN OAZGYI (in Russian).
8. Orel V. I., Kim A. V., Sochkova L. V., et al. Actual problems of remuneration in medical organizations providing primary health care. *Medicine and Healthcare Organization*. 2022;7(3):12—9. doi: 10.56871/1026.2022.93.11.002. EDN DUOMFM (in Russian).
9. Marshalkina M. I. Investigation of the degree of implementation of measures to increase salaries of medical workers. In: Biotechnology and biomedical engineering : a collection of scientific papers based on the materials of the XIII All-Russian Scientific and Practical conference with international participation dedicated to the 88th anniversary of Kursk State Medical University, Kursk, November 23, 2023. Kursk: Kursk State Medical University; 2023. P. 136—8. EDN NAAFIC (in Russian).
10. Dozortsev O. E., Safonov A. S. Features of the parameters of the new system of remuneration for medical workers. *Labor Economics*. 2023;10(9):1435—50. doi: 10.18334/et.10.9.119222. EDN MWVACT (in Russian).
11. Romikov N. A., Valova Yu. I. Analysis of the effectiveness of measures to increase salaries of medical workers in the Russian Federation: prospects and challenges. In: Issues of management and economics: the current state of current problems: A collection of articles based on the materials of the XXXIII International Scientific and Practical Conference, Moscow, May 14, 2024. Moscow: Internauka LLC; 2024. P. 16—20. EDN MSNIBL (in Russian).

12. Tonkonog V. V., Timchenko T. N., Golovan T. V. Features of training of ship crew members in the field of first aid and medical care. *Labour and Social Relations Journal*. 2021;32(2):100–111. doi: 10.20410/2073-7815-2020-32-2-100-111. EDN YIPOUJ (in English).
13. Botnariuk M. V., Timchenko T. N., Tonkonog V. V. Problematic aspects of providing medical care on board a marine vessel to crew members. *Problems of social hygiene, public health and the history of medicine*. 2021;29(5):1125–31. doi: 10.32687/0869-866X-2021-29-5-1125-1131. EDN JIUUNK (in Russian).
14. Tonkonog V. V., Golovan T. V., Arestova Yu. A. Actual issues of medical care and health protection of various categories of officials of the customs authorities of the Russian Federation. *Problems of social hygiene, public health and the history of medicine*. 2022;30(3):434–41. doi: 10.32687/0869-866X-2022-30-3-434-441. EDN DBQCCR (in Russian).
15. Tonkonog V. V. The use of telemedicine technologies in providing medical care to crew members on board a ship. *Problems of social hygiene, public health and the history of medicine*. 2023;31(6):1413–7. doi: 10.32687/0869-866X-2023-31-6-1413-1417. EDN HBULRR (in Russian).
16. Order of the Ministry of Health of the Russian Federation dated 11/29/2019 No. 974 “On approval of the methodology for calculating the need for medical personnel”. Website of the Ministry of Health of the Russian Federation. Available at: <https://minzdrav.gov.ru/documents/9624-prikaz-minzdrava-rossii-ot-29-noyabrya-2019-g-974-ob-utverzhdenii-metodiki-rascheta-potrebnosti-vo-vrachebnyh-kadrah> (accessed 23.03.2025) (in Russian).
17. Order of the Ministry of Health of the Russian Federation dated 06/20/2013 No. 338n “On approval of the procedure for the provision of emergency, including emergency specialized, medical care”. ContourNormative. Available at: <https://normativ.kontur.ru/document?moduleId=1&documentId=367761> (accessed 23.03.2025) (in Russian).
18. Decree of the Government of the Russian Federation No. 2568 dated December 31, 2022 “On additional state social support for medical workers of medical organizations that are part of the State and municipal healthcare systems and participate in the basic compulsory medical insurance program or territorial compulsory medical insurance programs”. ContourNormative. Available at: <https://normativ.kontur.ru/document?moduleId=1&documentId=475871> (accessed 23.03.2025) (in Russian).
19. Decree of the Government of the Russian Federation dated 03/20/2024 No. 343 “On Amendments to Certain Acts of the Government of the Russian Federation”. ContourNormative. Available at: <https://normativ.kontur.ru/document?moduleId=1&documentId=467701> (accessed 23.03.2025) (in Russian).
20. Doguzova V. Earnings of Russian doctors lagged behind the bar of the May decrees. Medvestnik. Available at: <https://medvestnik.ru/content/news/Zarabotok-rossiiskih-vrachei-otstal-ot-planki-maiskih-ukazov.html> (accessed 26.03.2025) (in Russian).
21. Beskaravainaya T. In the Communist Party of the Russian Federation asked Mishustin about ambulance reform. Medvestnik. Available at: <https://medvestnik.ru/content/news/KPRF-poprosila-Mishustina-o-reforme-skoroi-pomoshi.html> (accessed 27.03.2025) (in Russian).
22. The State Duma called the “issue price” for increasing payments to “short-term helpers”. Medvestnik. Available at: <https://medvestnik.ru/content/news/V-Gosdume-nazvali-cenu-voprosa-dlya-povysheniya-vyplat-skoropomoshnikam.html> (accessed 18.03.2025) (in Russian).
23. Shamardina L. “This is not an increase in payment, but in processing”: experts about the situation in the ambulance. Medvestnik. Available at: <https://medvestnik.ru/content/news/Eto-ne-povyshenie-oplaty-a-pererabotki-eksperty-pro-situaciu-na-skoroi-pomoshi.html> (accessed 27.03.2025) (in Russian).
24. Shamardina L. The Ministry of Health announced a 10-30% increase in salaries for ambulance workers. Available at: <https://medvestnik.ru/content/news/Minzdrav-zayavil-o-roste-zarplat-u-medrabotnikov-skoroi-pomoshi-na-10-30.html> (accessed 27.03.2025) (in Russian).

Филимонова И. В.¹, Федченко А. А.¹, Борисова Л. И.²

ИССЛЕДОВАНИЕ РОЛИ И ВЛИЯНИЯ ЕЖЕМЕСЯЧНЫХ ДЕНЕЖНЫХ ВЫПЛАТ НА СОЦИАЛЬНУЮ ЗАЩИЩЕННОСТЬ ИНВАЛИДОВ

¹ФГБОУ ВО «Финансовый университет при Правительстве Российской Федерации», 125167, г. Москва, Россия;

²Межгосударственное образовательное учреждение высшего образования «Российско-Таджикский (Славянский) университет», 734025, г. Душанбе, Республика Таджикистан

Предметом исследования выступают ежемесячные денежные выплаты инвалидам, устанавливаемые и выплачиваемые территориальным органом Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации.

Целью работы является выявление значимости ежемесячных денежных выплат инвалидам и разработка рекомендаций по повышению доходов инвалидов за счет системы предлагаемых мер.

Актуальность исследования обусловлена необходимостью повышения социальной защищенности инвалидов в современных условиях.

Научная новизна состоит в разработке авторского подхода к решению проблемы повышения социальной защищенности инвалидов на основе обобщения и систематизации российского и зарубежного опыта, а также использования результатов проведенного среди инвалидов социологического исследования.

В исследовании использовались методы научной абстракции и системного подхода, анализ законодательной базы и научных публикаций российских и зарубежных авторов по данной теме, а также экономико-статистический анализ и социологические исследования. Результаты исследования показали необходимость разработки мер, включающих создание условий для дистанционной работы инвалидов в трудоспособном возрасте, совершенствование порядка их трудоустройства на малых и средних предприятиях, повышение эффективности системы профессионального образования граждан с ограниченными возможностями, имеющих разные виды заболеваний; ежеквартальной индексации ежемесячных денежных выплат инвалидам для компенсации повышения уровня инфляции; пересмотр стоимости набора социальных услуг в натуральной форме (лекарственные препараты для медицинского применения по рецептам, медицинские изделия по рецептам, специализированные продукты лечебного питания для детей-инвалидов; путевки на санаторно-курортное лечение для профилактики основных заболеваний; бесплатный проезд на пригородном железнодорожном транспорте, а также на междугородном транспорте к месту лечения и обратно).

Сделан вывод о необходимости применения комплексного подхода при разработке мер, направленных на повышение социальной защищенности инвалидов, учитывающих современный российский и зарубежный опыт, и предполагающих корректировку законодательной базы.

Ключевые слова: ежемесячные денежные выплаты; набор социальных услуг; социальное обеспечение инвалидов.

Для цитирования: Филимонова И. В., Федченко А. А., Борисова Л. И. Исследование роли и влияния ежемесячных денежных выплат на социальную защищенность инвалидов. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2025;33(4):671–679. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2025-33-4-671-679>

Для корреспонденции: Филимонова Инна Витальевна, канд. экон. наук, доцент кафедры психологии и развития человеческого капитала ФГБОУ ВО «Финансовый университет при Правительстве Российской Федерации», e-mail: IVFilimonova@fa.ru

Filimonova I. V.¹, Fedchenko A. A.¹, Borisova L. I.²

THE STUDY OF ROLE AND INFLUENCE OF MONTHLY CASH PAYMENTS ON SOCIAL SECURITY OF THE DISABLED

¹The Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The Financial University under the Government of the Russian Federation”, 125167, Moscow, Russia;

²The Interstate Educational Institution of Higher Education “Russian-Tajik (Slavonic) University”, 734025, Dushanbe, the Republic of Tajikistan

The article examines monthly cash payments to the disabled that are established and disbursed by territorial body of the Pension and Social Insurance Fund of the Russian Federation. The purpose of the study is to identify significance of these payments and to develop recommendations to increase income of the disabled at the expense of system of proposed measures. The actuality of the study is conditioned by necessity of improving social security of the disabled in modern conditions.

To resolve mentioned problem, original approach was applied, based on generalization and systematization of both Russian and foreign experiences and on application of results of sociological survey of the disabled. The methods of scientific abstraction, systemic approach, analysis of legislative base and publications, economic statistical analysis and sociological survey were applied.

The results demonstrated necessity to develop such measures as organization of conditions for remote work of the disabled of able-bodied age, improvement of employment procedures in small and medium-sized enterprises, enhancing efficiency of vocational training of the disabled with various diseases, quarterly indexation of monthly cash payments to compensate inflation level, revision of cost of social services in natural form (medications, specialized products of diet therapy for disabled children, sanatorium treatment to prevent main diseases, free travel on commuter trains). The conclusion is derived about necessity of applying comprehensive approach in enhancing social security of the disabled considering both modern Russian and foreign experience and surmising adjustment of legislative base.

Keywords: monthly cash payment; social services; social security; the disabled; legislation.

For citation: Filimonova I. V., Fedchenko A. A., Borisova L. I. The study of role and influence of monthly cash payments on social security of the disabled. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2025;33(4):671–679 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2025-33-4-671-679>

For correspondence: Filimonova I. V., candidate of economical sciences, associate professor of the Chair of Psychology and Human Capital Development of the Federal State Budget Educational Institution of Higher Education "The Financial University under the Government of the Russian Federation". e-mail: IVFilimonova@fa.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

Introduction

In accordance with Article 1 of the Federal Law No. 181-FZ dated November 24, 1995 (as amended on May 29, 2024) "On Social Protection of Disabled Persons in the Russian Federation" (with amendments and additions effective from September 1, 2024), the term "disabled person" is defined as "an individual who has health impairments with a persistent disorder of bodily functions caused by diseases, consequences of injuries, or defects, leading to limitations in life activities and necessitating social protection"¹.

The limitation of vital activity is considered as a complete or partial loss of an individual's ability or opportunity to perform self-care, move independently, navigate, communicate, control their behavior, learn, and engage in work activities. Depending on the degree of dysfunction of bodily functions, individuals recognized as disabled are assigned a disability group, while individuals under the age of 18 are classified as "disabled children". The recognition of an individual as disabled is carried out by a federal institution for medical and social expertise, and the procedure and conditions for recognizing an individual as disabled are established by the Government of the Russian Federation.

The second article of this law reveals the essence of social protection for disabled individuals as a system of guaranteed economic, legal measures, and social support measures provided by the state, ensuring conditions for disabled individuals to overcome or compensate for limitations in vital activity and aimed at creating equal opportunities for them to participate in public life alongside other citizens.

According to Article 27 of the law in question, the material support for disabled individuals includes monetary payments based on various grounds (pensions, allowances, insurance payments for health impairment risks, compensation payments for harm caused to health, and other payments), as well as compensations in cases established by the legislation of the Russian Federation.

Social and household services for disabled individuals, in accordance with Article 28, are provided in a manner and on the grounds determined by the authorities of the subjects of the Russian Federation with the participation of public organizations for disabled individuals, as well as by bodies and organizations author-

ized in accordance with the regulatory legal acts of the Russian Federation to address issues related to the organization and provision of support and assistance to disabled individuals. Article 28.1 provides for a monthly cash payment to disabled individuals in the amount and procedure established by this article:

For disabled individuals of Group I — 2,162 rubles;
for disabled individuals of Group II and children with disabilities — 1,544 rubles;
for disabled individuals of Group III — 1,236 rubles.

Moreover, if a citizen is simultaneously entitled to a monthly cash payment under this Federal Law and under another federal law or other regulatory legal act, regardless of the basis on which it is established (except in cases where the monthly cash payment is established in accordance with the Law of the Russian Federation "On Social Protection of Citizens Exposed to Radiation Due to the Chernobyl Nuclear Power Plant Disaster" (as amended by the Law of the Russian Federation dated June 18, 1992, No. 3061-1) or the Federal Law dated January 10, 2002, No. 2-FZ "On Social Guarantees for Citizens Exposed to Radiation Due to Nuclear Tests at the Semipalatinsk Test Site"), they will receive one monthly cash payment either under this Federal Law or under another federal law or other regulatory legal act at the citizen's choice.

The amount of the monthly cash payment is subject to indexing once a year from February 1 of the current year based on the consumer price index for the previous year. The monthly cash payment is established and paid by the territorial body of the Pension and Social Insurance Fund of the Russian Federation.

Part of the amount of the monthly cash payment may be allocated for funding social services provided to the disabled individual. The regulatory and legal framework for providing state social assistance to individuals with disabilities has interested many authors, as it serves as a tool for improving their material well-being [1–3]. The essence and main types of social support for individuals with disabilities in the Russian Federation, along with the regulatory framework governing these relations and the amounts of benefits provided on various grounds, are examined by Russian scholars [4]. In particular, the forms, amounts and procedures for providing this assistance are analyzed, as well as the bodies authorized to provide such social assistance, including to disabled people from childhood and disabled children [5]. Thus, the review and analysis of the legal regulation of social security for disabled people in the Russian Federation, the definition of the subject, subjects, goals, elements and sources of legal regulation allowed us to formulate a conclusion regarding the completeness of the regulatory regulation of relations on social security for

¹ Federal Law No. 181-FZ dated November 24, 1995 (as amended on May 29, 2024) "On Social Protection of Disabled Persons in the Russian Federation" (with amendments and additions effective from September 1, 2024). Available at: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_8559/811cf203f0728b302646e28f490eedc3d3d20cd0/ (accessed 10.11.2024).

disabled people in the Russian Federation, which we fully share, considering it necessary to adjust the legislative and legal framework [6]. In addition, based on the results of a sociological study of the problems of implementing the social and labor rights of disabled people, their social protection in the field of labor and employment, difficulties in implementing individual social and labor guarantees for disabled people were identified: quotas for jobs, creation of special jobs, creation of appropriate working conditions [7]. The presence in the social structure of society of a significant number of people with signs of limitation of life activity determines the importance of the problem, since the inalienable right of any person, including a disabled person, is the right to free and accessible social security. Therefore, we share the position of the authors, who prove the need to consider the problem of social security for disabled people, which is one of the priority areas of the state social policy and propose ways to solve this problem [8]. We consider it important to focus the attention of a number of authors on the characteristics of the process of transition from the existing system of social protection of disabled people in the country to a policy of eliminating barriers and obstacles that hinder their full and effective participation in the life of society on an equal basis with other people [2]. The problem of social protection and social security of disabled people, conditions created for people with disabilities in our and other countries; features of healthcare financing in Russia and abroad are considered by us both based on Russian and foreign sources [9, 10].

Social security plays a key role in improving the situation of people with disabilities and their integration into society. Social benefits and payments help individuals with disabilities meet basic needs such as housing, food, and medical services, which is especially important for those who cannot work or have limited employment opportunities.

The crucial role of healthcare and social service provision by the state is emphasized by research from foreign colleagues, convincingly demonstrating how the social organization of care for children with disabilities undervalues the caregiving work performed by mothers and exposes children with disabilities to the risk of receiving inadequate and unequal services [11]. In foreign countries, as in Russia, the issue of insufficient pension income to pay for care and support services for elderly people with disabilities is also relevant [12, 13], therefore, receiving social security benefits for persons with disabilities is a recognized need, and their inadequacy limits their access to resources and opportunities for a full life in society [14].

In foreign countries, just like in Russia, measures of social support for the rehabilitation of individuals with disabilities vary depending on the country and its social policy. In Scandinavian countries (Sweden, Norway, Denmark), there is a comprehensive social protection system that includes access to medical services, rehabilitation programs, and psychosocial support. People with disabilities can receive funding for housing and transportation adaptations, as well as employment services.

In Germany, individuals with disabilities have access to specialized rehabilitation institutions that provide medical and social services. There are programs for integrating people with disabilities into society, including vocational training and employment support.

In the United States, various programs such as Medicaid and Medicare provide medical assistance to individuals with disabilities, along with employment and vocational rehabilitation programs like Vocational Rehabilitation Services. In Australia, the National Disability Insurance Scheme (NDIS) provides funding for services and support for people with disabilities. The program includes rehabilitation, assistance with daily living, and employment support. Japan offers various forms of social support for individuals with disabilities, including medical rehabilitation and employment programs. The government also finances housing and transportation adaptations for people with disabilities.

The experience of the United Kingdom is particularly interesting as an example of a socially oriented approach to citizens with disabilities. Individuals with disabilities in the UK have access to various social benefits, such as Personal Independence Payment (PIP), Attendance Allowance (AA), which helps cover additional expenses for those requiring care, and Universal Credit (UC), which assists with living costs. There is also a benefit for caregivers (Carer's Allowance).

The amount of Personal Independence Payment (PIP) is tax-free and does not depend on income or savings. It is based on how difficult it is for the individual to perform daily activities ("daily living" tasks) and mobility tasks. In 2024, the weekly payment amount for "daily living" tasks is £72.65 at the lower rate and £108.55 at the higher rate. The weekly amount for the lower mobility rate is £28.70 and £75.75 at the higher rate. Therefore, over a month (4 weeks), a person with a disability in the UK can receive a minimum of £1,277.20 (£72.65 x 4 + £28.70 x 4) and a maximum of £2,039.80 (£108.55 x 4 + £75.75 x 4).

The Attendance Allowance (AA) is paid at two different rates: £72.65 or £108.55 per week for personal support if both of the following conditions are met: the individual has a disability, mental disorder, or illness, and the person has reached retirement age or is older².

Universal Credit (UC) is a payment that helps with living costs, and the basic standard rate of Universal Credit for the 2024/2025 year for adults over 25 is now £393.45 per month for singles and £617.60 per month for couples³.

Particular attention should be drawn to the Carer's Allowance, which amounts to £81.90 per week (or £327 per month, corresponding to the minimum wage rate of £9.50 per hour), provided that the person is caring for a disabled individual for at least 35 hours a week, and the

² Attendance Allowance. GOV.UK. Available at: <https://www.gov.uk/attendance-allowance> (accessed 10.11.2024).

³ Universal Credit Rates 2024 .What You're Eligible For. Lott. Available at: <https://lottie.org/fees-funding/universal-credit-rates/> (accessed 10.11.2024).

disabled person is already receiving certain benefits, such as PIP and AA ⁴.

A significant difference from the Russian equivalent lies not only in the amount of the payment (10,000 rubles per month for caring for children with disabilities or individuals with childhood disabilities of Group I, which does not correspond to the minimum wage of 19,242 rubles per month in Russia in 2024, and even more so to the 1,200 rubles paid monthly until the end of 2024 to unemployed able-bodied citizens caring for elderly people and individuals with disabilities. Starting from January 1, 2025, this system will change, and pensions for citizens with Group I disabilities or those who have reached the age of 80 will automatically increase by 1,200 rubles), but also in the fundamental principle that a person caring for an individual with disabilities has the right and opportunity to work, rather than living on the social pension of the disabled person, as often happens in Russian reality.

Materials and Methods

The theoretical foundation of the research is based on regulatory legal documents governing social security, works by domestic authors examining the results and trends in the development of social security [1–10], as well as foreign authors who have investigated various aspects of the socio-economic status of people with disabilities [11–14].

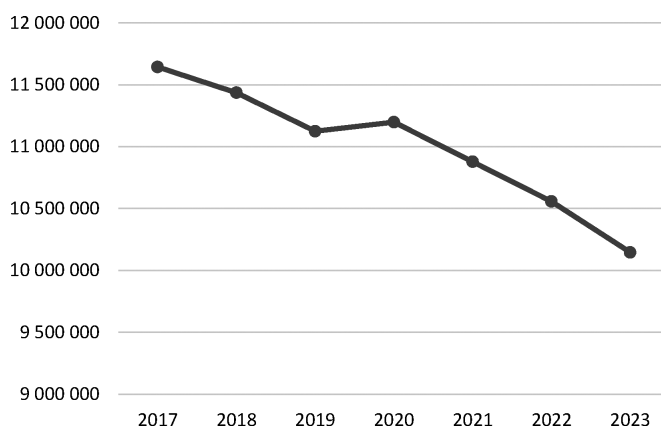
The practical part of the research relies on statistical data from Rosstat, as well as the results of an online survey conducted by the authors using Google Forms ⁵, involving one hundred and fifty respondents categorized as “disabled” and residing in Russia. During the study, the author employed methods of systemic and comparative analysis.

Results

According to data from Rosstat, the total number of people with disabilities (excluding children with disabilities) in Russia has decreased by 13% since 2017 (an average of 1–2% per year), and as of December 31, 2023, it amounted to 10,285,405 individuals (see Fig. 1).

Overall, the dynamics of the number of people with disabilities by groups mirror the general picture across Russia. The largest cohort consists of individuals in Group I. In 2023, the number of Group I disabled individuals decreased by 17% compared to 2017, from 1,496,246 people in 2017 to 1,277,029 people in 2023. The number of Group II disabled individuals decreased by 23% in 2023 compared to 2017.

However, the number of Group III disabled individuals decreased only slightly during this period: from 4,412,783 people in 2017 to 4,397,549 in 2023. The deviation was 1%. It is important to note that Group III disability refers to individuals with moderate health impair-



Dynamics of the number of disabled people of groups I–III in the Russian Federation 2017–2023, people. Source: compiled by the authors based on Rosstat data

Number of disabled people by disability group in the subjects of the Russian Federation. Rosstat. Available at: https://rosstat.gov.ru/storage/mediabank/pi_1.3.xlsx (accessed 9.12.2024).

ments that moderately affect their ability to work; thus, a person in Group III is someone who can integrate well into society, be capable of working, and not be a burden on their family or the state.

The material situation of disabled individuals in the regions depends on the conditions and opportunities of the pension system, as the main source of income for disabled individuals consists of disability pensions. Overall, forecasting the level of material support for disabled individuals receiving both insurance and social pensions is determined by the conditions of the existing pension provision system.

According to our calculations based on data from Rosstat ⁶, the number of disabled individuals receiving a pension and classified as low-income (with income below the poverty line in their region) varied between 1.3% and 1.6% of the total low-income population from 2013 to 2019, and since 2020 it has remained at 1.4%. It is also important to consider the following: according to Rosstat ⁷, the average amount of pensions awarded to disabled individuals in 2023 is 18,839 rubles, while the average monthly cash payments (EDV including NSU) amount to only 2,393 rubles ⁸. The poverty line presented by Rosstat in the second quarter of 2023 was 14,184 rubles ⁹. (In the first quarter of 2024, Rosstat clarified that the poverty line is considered to be an income of 15,096 rubles ¹⁰.) At first glance, this means that the av-

⁶ Statistical indicators: Distribution of low-income population by main groups. Rosstat. Available at: <https://rosstat.gov.ru/storage/mediabank/tab%2024.xlsx> (accessed 10.11.2024).

⁷ Statistical indicators: average size of assigned pensions for disabled persons. Rosstat. Available at: https://rosstat.gov.ru/storage/mediabank/pi_3.1.docx (accessed 11.11.2024).

⁸ Statistical indicators: Average monthly cash payments per person. Rosstat. Available at: https://rosstat.gov.ru/storage/mediabank/pi_3.2.doc (accessed 11.11.2024).

⁹ Statistical indicators: Data on the number of population with incomes below the poverty line, Q2 2023. Rosstat. Available at: <https://rosstat.gov.ru/folder/313/document/216796> (accessed 11.11.2024).

¹⁰ Rosstat presents data on the number of people with cash incomes below the poverty line in the first quarter of 2024. Rosstat. Available at: <https://rosstat.gov.ru/folder/313/document/238606> (accessed 9.12.2024).

⁴ Carers Allowance. GOV.UK. Available at: <https://www.gov.uk/carers-allowance/eligibility> (accessed December 20, 2024).

⁵ A study of the opinions of citizens with disabilities on monthly cash payments. Questionnaire. Available at: <https://forms.gle/YaoyJBnhXdYE44vDA>

erage monthly income of a disabled individual, which amounts to 21,232 rubles (18,839 + 2,393), exceeds the specified poverty line by 50%. However, “according to a survey conducted by the All-Russian Organization of Parents of Disabled Children among families raising disabled children and individuals over 18 years old,” two-thirds of mothers in such families do not work due to caring for a person with a disability (68%), and another 6% are retired. Among the two main sources of family income are the child disability pension (95%) and/or the father's salary (61%)”¹¹. Based on the provided data, we can conclude that the average income of a disabled individual at 21,232 rubles in a household of two people, where, for example, one person is a child with a disability and the other provides care for the disabled person or child, receiving 10,000 rubles as a care allowance, the income per person will amount to 15,616 rubles. The number of two-person households that include a disabled individual constitutes 27% of the total number of families with disabilities [15]. Therefore, it can be concluded that currently, nearly 2 million households with first-group disabled individuals (which accounts for 18% of all first-group disabled individuals) who require constant care live with incomes at the poverty line. To improve this situation, it is essential to recognize that caring for a disabled person is work that should be compensated at a level not lower than the regional minimum wage. Additionally, a personalized approach is necessary when determining the need for social support for families of two or more people that include a disabled individual to prevent the existence of people living on the brink of poverty who already face difficulties in ensuring their livelihoods.

Certain categories of pensioners receive One-time cash payments (EDV), specifically: war veterans, first, second, and third group disabled individuals, among others¹². EDV is assigned and paid by the territorial bodies of the Social Fund of the Russian Federation. If a beneficiary is eligible for EDV based on multiple grounds, they will receive EDV based on one ground that provides a larger amount or according to the beneficiary's choice.

Moreover, these categories of citizens are entitled to a Set of social benefits (NSU), which includes: purchasing medications and medical devices, treatment, and recreation¹³. If desired by the beneficiary, NSU can be replaced with a single cash payment (EDV).

To understand the adequacy of the EDV amounts concerning the needs they are intended for disabled individuals, we conducted a survey using questionnaire in Google Forms. The survey involved 151 disabled individuals, over 80% of whom live in urban areas within the Central Federal District and 20% in rural areas.

Among the respondents, 69% were men and 31% were women; 72.5% were aged between 18 and 45 years, 21.6% were aged between 46 and 55 years, and only 6% were older than 65 years. Notably, 96.1% of respondents are first-group disabled individuals, indicating that their physical capabilities are such that they cannot care for themselves and require full support and assistance. Additionally, 31% of respondents have higher education, while 55% have secondary vocational education; however, only 23.5% of those surveyed are employed, primarily remotely, which means they have an additional source of income besides pensions and EDV.

According to Federal Law No. 122-FZ dated August 22, 2004 (as amended on November 21, 2022) “On Amendments to Legislative Acts of the Russian Federation,” the Law on Social Protection No. 181-FZ was supplemented in part 2 by Article 28.1, which establishes the right for disabled individuals and children with disabilities to receive a monthly cash payment in the amount and manner established by this article. In 2023, the EDV amounts to: for first-group disabled individuals — 4,957.95 rubles; for second-group disabled individuals — 3,540.76 rubles; for third-group disabled individuals — 2,834.40 rubles; for children with disabilities — 3,540.76 rubles. Starting from February 1, 2024, EDV will be indexed by 7.4%. The size of the indexation is determined based on the inflation rate for 2023.

The monthly cash payment is established and paid by the territorial body of the Pension and Social Insurance Fund of the Russian Federation. Part of the monthly cash payment may be allocated for financing the provision of social services to the disabled individual in accordance with Federal Law No. 178-FZ dated July 17, 1999 “On State Social Assistance”¹⁴.

Upon establishing EDV, a citizen automatically acquires the right to receive a set of social services (NSU) in kind, which includes:

- medications for medical use prescribed by doctors, medical devices prescribed by doctors, specialized dietary products for children with disabilities;
- vouchers for sanatorium-resort treatment for the prevention of major diseases;
- free travel on suburban rail transport, as well as on intercity transport to and from the place of treatment. In this case, the citizen can choose to receive social services in kind or their monetary equivalent.

100% of respondents in our study consider the amount of the one-time cash payment (EDV) to be insufficient. 39% of those surveyed spend the entire amount of EDV on purchasing medications, 25.5% spend the entire amount and add their own funds to buy medications that exceed the EDV amount by 1–2 times, while 29.4% of respondents spend the entire EDV amount on medical devices.

¹¹ Statistical indicators: Disability in the regions of Russia. Tochno.st. Available at: <https://static.tochno.st/files/analytical/05c3fdafc32769a66ab02c5623fb7481.pdf> (accessed 11/11/2024).

¹² EDV 2024. Consultant. Available at: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_278745/687008c49624d050dfe64f26d3414a7feaf237c6/ (accessed 11/11/2024).

¹³ NSU 2024. Consultant. Available at: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_159180/ (accessed 11/11/2024).

¹⁴ Federal Law of 17.07.1999 No. 178-FZ “On State Social Assistance”. Available at: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_23735/ (accessed 09.12.2024).

Starting from February 1, 2024, the monetary equivalent of the NSU amounts to 1,578.50 rubles per month, including the provision of necessary medications — 1,215.80 rubles, sanatorium-resort treatment — 188.08 rubles, and free travel on suburban rail transport and intercity transport to and from the place of treatment — 174.62 rubles.

After studying the opinions of respondents on each item from the set of social services, the authors reached the following conclusions. Disabled individuals often require expensive medications. The state provides free medications; however, only 23.5% of respondents use the provided free medications and only 3% of them consider the set of provided free medications sufficient to maintain their physical condition. Therefore, 77% of respondents refuse to receive free medications and have to purchase medications themselves, with 33% of them stating that they completely lack funds to buy the necessary medications. According to established rules, disabled individuals who refuse to receive free medications in 2024 can receive a monthly amount compensating for the refusal of medications for 1,215.80 rubles; 88.2% of respondents claim that this amount is insufficient for purchasing the necessary medications.

Regarding vouchers for sanatorium-resort treatment, 41% of respondents exercise their right to provided treatment; however, only 28% of them do so annually, while the remaining 13% utilize their right to sanatorium-resort treatment not every year. 11% of all respondents require sanatorium-resort treatment more than once a year. 100% of respondents consider the amount of 188.08 rubles compensating for the refusal of sanatorium-resort treatment to be insufficient.

35% of respondents do not purchase vouchers for treatment due to lack of funds. 65% of respondents purchase vouchers for sanatorium-resort treatment themselves. The minimum amount for a voucher, excluding travel costs, is 45,000 rubles. 54% of those who buy a voucher for treatment (but not annually) spend over 100,000 rubles on its purchase, excluding travel costs. It is evident that the compensation amount for refusing sanatorium-resort treatment cannot be even remotely equivalent to the amounts spent by disabled individuals on treatment at sanatoria.

Regarding travel to and from the place of treatment, we find the following picture. 35% of all respondents utilize the opportunity provided by the state. However, 100% of those surveyed consider the monthly amount compensating for the refusal of this right (174.62 rubles) to be insufficient.

Thus, we can summarize the survey results, which convincingly demonstrated the inadequacy of EDV funds and the included NSU to meet the needs of disabled individuals for medications, sanatorium-resort treatment, and travel to rehabilitation places and back.

Discussion

It is proposed by the authors to increase the income of disabled individuals through:

- Creating conditions for remote work for disabled individuals of working age, improving the em-

ployment process for them in small and medium enterprises, and enhancing the effectiveness of vocational education systems for citizens with disabilities who have various types of illnesses.

- Quarterly indexing of the one-time cash payment (EDV) for disabled individuals to compensate for rising inflation levels, in order to avoid a loss of purchasing power.
- Revising the cost of the social services package (NSU) included in the EDV.

Let's consider the areas for utilizing these mechanisms.

a) Providing daily assistance or reimbursement for expenses related to caring for a disabled person at home (for group I disabled individuals and children with disabilities who require constant care).

The issue of reimbursing the cost of labor for caring for a disabled person is acute, as if this labor is taken on by a family member of the disabled individual, it is unpaid, which violates Article 37 of the Constitution of the Russian Federation, which states that all labor must be compensated without any discrimination. A person caring for a disabled individual often cannot work fully, and the household of the disabled person is forced to live on the brink of poverty, as the disability pension barely meets the needs of a household that requires constant care for the disabled individual. The solution to this situation lies in compensating caregivers at a level not lower than the minimum wage in the region or providing social worker services (daily) at state expense, so that family members of the disabled individual can work and independently meet their household needs.

Currently, a family member's labor caring for an adult disabled person is compensated at 1,200 rubles per month, provided that the caregiver is not employed, which leads to a decrease in the standard of living for families with disabled individuals who need assistance. The allowance for caring for children with disabilities and individuals with childhood disabilities amounts to 10,000 rubles per month and is only available to unemployed parents and guardians who are of working age¹⁵. This creates a situation where it is impossible to live decently on the funds allocated by the state to a parent or guardian of a child with disabilities, as this amount is below the subsistence minimum, and one cannot officially be employed without losing the allowance.

The medical and social examination provided by Federal Law No. 181-FZ "On Social Protection of Disabled Individuals in the Russian Federation" dated November 24, 1995, which individually assesses the condition of the disabled individual, can also provide its conclusion regarding the number of hours and types of services needed to assist a specific disabled person. Subsequently, the Social Services Organization Center (COSO) provides a social worker free of charge to the disabled individual. If this labor is undertaken by a fam-

¹⁵ Payments for care of disabled citizens, disabled children and disabled persons from childhood of group I. Social Fund of Russia. Available at: https://sfr.gov.ru/grazhdanam/invalidam/soc_vip_inv/viplati_po_u_hody/ (accessed 09.12.2024).

ily member, it should be compensated by the state based on the minimum wage (either federal or regional). Such a measure would significantly optimize expenses related to meeting the basic needs of households with disabled individuals.

b) Compensation for taxi travel expenses for citizens who are unable to use public transportation (wheelchair users).

c) Quarterly indexing of EDV for disabled individuals to timely compensate for rising inflation levels. Indexing benefits based on changes in prices, wages, or their combination is crucial for low-income individuals, including those with disabilities. Such practices are currently widespread in OECD countries, which has improved income protection for retirees against inflation¹⁶. In Russia, indexing of EDV for disabled individuals currently occurs once a year on February 1st, with the indexing coefficient determined based on inflation levels from the previous year. This means that starting from the month following indexing, the amount of EDV lags behind the current inflation level. It is necessary to conduct quarterly indexing of EDV, taking into account the projected inflation level set by the Central Bank of Russia.

d) It is necessary to revise the cost of the social services package (NSU) included in the one-time cash payment (EDV) upwards. The amounts allocated for the NSU do not correspond even to the minimum market prices for the specified services, and their cost should be increased. An individual approach is required for the quarterly determination of the costs of necessary medications, medical devices, and therapeutic nutrition products provided to disabled individuals, based on the prescriptions from doctors for specific individuals and in accordance with their market value.

As of February 1, 2024, the monetary equivalent of the NSU is 1,578.50 rubles per month, which includes the provision of necessary medications — 1,215.80 rubles, sanatorium-resort treatment — 188.08 rubles, and free travel on suburban rail transport and intercity transport to and from the place of treatment — 174.62 rubles.

- **Provision of medications, medical devices, and therapeutic nutrition products (1,215.80 rubles).** The cost of medications, medical devices, and therapeutic nutrition products provided to disabled individuals should be calculated quarterly (taking inflation into account) and individually, based on prescriptions from doctors for specific individuals and their market value.
- **Sanatorium-resort treatment.** Annually, the Ministry of Labor and Social Protection of the Russian Federation approves the cost of one day of stay for citizens with disabilities in a sanatorium; in 2023, this amount is 1,635.2 rubles¹⁷. By law, the duration of sanatorium-resort treatment within the social services package provided to citizens

in a sanatorium organization is 18 days for adults, 21 days for children with disabilities, and from 24 to 42 days for individuals with spinal cord and brain injuries. Thus, the amount allocated for sanatorium-resort treatment for a disabled individual should be no less than 29,433.6 rubles ($1,635.2 \times 18 = 29,433.6$) per year, while the 2,101.44 rubles per year ($175.12 \times 12 = 2,101.44$) specified in the NSU cannot serve as an equivalent compensation amount as it does currently.

- **Travel to and from the place of treatment.** The cost of travel once a year on intercity transport to the place of treatment and back, based on current NSU tariffs, amounts to: $162.59 \times 12 = 1,951.08$ rubles, which corresponds to a train ticket in a compartment car from Moscow to Yaroslavl (300 km) one way. It is proposed to double this amount so that it is at least 4,000 rubles per year to account for the cost of a return ticket based on average rail transport fares.

Thus, the amount allocated in the NSU for sanatorium-resort treatment for a disabled individual per year should be no less than 29,433.6 rubles. The travel cost in the NSU once a year on intercity transport to and from the place of treatment should be at least 4,000 rubles for the year 2024 and should be indexed to the inflation rate quarterly.

Conclusion

Economic development in the context of labor shortages is only possible through the active utilization of all available reserves, one of which is the activation of the labor participation of individuals with disabilities [16]. However, addressing this issue is directly linked to the social protection of this population group, as only in this case can we expect a positive outcome from involving individuals with disabilities in the labor sphere while ensuring their social well-being.

The problem of social protection for individuals with disabilities, through the study of the role and impact of monthly cash payments, is being addressed by many countries, as reflected in this research. As a result, a number of analogies have been identified in the legislative frameworks currently implemented concerning the social protection of individuals with disabilities, as well as in the tools used to address the identified issues.

The characteristics of both Russian and foreign practices regarding unified cash payments, along with economic-statistical and sociological methods, and expert

¹⁶ How inflation challenges Pensions. Available at: <https://www.oecd.org/pensions/How-inflation-challenges-pensions.pdf> (accessed 09.12.2024).

¹⁷ On providing vouchers to a sanatorium for disabled people — experts from “Oblastnaya”. OBLASTNAYA. Available at: <https://www.ogirk.ru/2023/03/01/o-predostavlenii-putevok-v-sanatorij-invalid-am-jeksperty-oblastnoj/#:~:text=%E2%80%9393%20%D0%95%D0%B6%D0%B5%D0%B3%D0%BE%D0%B4%D0%BD%D0%BE%20%D0%BC%D0%B8%D0%BD%D0%B8%D1%81%D1%82%D0%B5%D1%80%D1%81%D1%82%D0%B2%D0%BE%20%D1%82%D1%80%D1%83%D0%B4%D0%B0%20%D0%B8%20%D1%81%D0%BE%D1%86%D0%B8%D0%B0%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D0%BE%D0%B9,%D0%B8%201%2C2%20%D1%81%D0%BE%D0%BE%D1%82%D0%B2%D0%B5%D1%82%D1%81%D1%82%D0%B2%D0%B5%D0%BD%D0%BD%D0%BE> (accessed 09.12.2024).

evaluations used in this study, have confirmed the hypothesis that enhancing the social protection of individuals with disabilities is achieved by altering the level and structure of unified cash payments.

Thus, within the Russian social security system, significant positive results have been achieved over the years of implementing regional projects such as “Accessible Environment” and others. However, there are still relevant issues within the social security system, the main ones presenting certain challenges and requiring a systematic approach to management and the implementation of effective practices for creating infrastructure and maintaining the income of individuals with disabilities

ЛИТЕРАТУРА

1. Лукинова С. А. Проблема социальной значимости оказания помощи лицам с ограниченными возможностями. *Аллея науки*. 2023;12(87):473—6.
2. Басов Н. Ф. Социальное обеспечение, защита и поддержка лиц с ограниченными возможностями в России: советский период и современность. *Вестник Православного Свято-Тихоновского гуманитарного университета. Серия 4: Педагогика. Психология*. 2010;4(19):56—69.
3. Головкин А. О., Гулдаева М. М., Каирова Ф. А. Финансовое обеспечение социальной защиты (ветеранов, инвалидов) в Российской Федерации. В сб.: Молодежь и наука: актуальные проблемы социально-экономического развития регионов России: Материалы VIII Всероссийской научно-практической конференции, посвященной 90-летию Владикавказского филиала Финансового университета при Правительстве Российской Федерации. Владикавказ: ИПЦ ИП Цопанова А. Ю.; 2020. С. 55—9.
4. Сулякова О. Н. Организационно-правовые основы социального обеспечения инвалидов в Российской Федерации. *Калужский экономический вестник*. 2023;(2):13—8.
5. Зимбровский А. И. Меры социального обеспечения и социальной защиты семей, воспитывающих ребенка-инвалида. *Крымский академический вестник*. 2020;13:56—61.
6. Редикутьцева Е. Н., Ковнерева Е. В. Особенности правового регулирования социального обеспечения инвалидов в Российской Федерации. В сб.: Студент. Наука. Регион: Сборник материалов II региональной антиконференции-конференции, Киров, 10 ноября 2023 г. Киров: Межрегиональный центр инновационных технологий в образовании; 2023. С. 10—4. doi: 10.24412/cl-37131-2023-1-10-14
7. Неведьева Е. И., Седых О. Г. Социальная защита инвалидов в сфере труда и занятости: социологический аспект. *Трудовые и социальные отношения*. 2018;29(3):52—62.
8. Гулаев Ю. В. Проблемы социальной защищенности инвалидов в Российской Федерации и пути их решения. В сб.: IV Международный форум цивилистов: сборник научных статей международной научно-практической конференции, Ростов-на-Дону, 23 апреля 2021 г. Ростов-на-Дону: ИП Беспаяннов Сергей Владимирович; 2021. С. 648—51.
9. Плешивцева Д. Н. Социальная защищенность инвалидов: российский и зарубежный опыт. В сб.: Экономика и управление: актуальные проблемы и тенденции развития: Материалы IV межвузовской студенческой научно-практической конференции, Тамбов, 27 марта 2019 г. Отв. ред. Я. Ю. Радюкова. Тамбов: Тамбовский государственный университет им. Г. Р. Державина; 2019. С. 102—12.

10. Вишневская Н. Г., Снегирева Ю. Ю., Филимонова И. В. Реализация национального проекта «Здравоохранение»: территориальные, организационные и кадровые аспекты. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2024;32(S1):555—61. doi: 10.32687/0869-866X-2024-32-s1-555-561
11. Kaja L. Ø., Eia E. S., Frøh E. A., “My child is my job now” — Care, work and careers of mothers with disabled children in the Norwegian welfare state. *Soc. Sci. Med.* 2024;355:117097. doi: 10.1016/j.socscimed.2024.117097
12. Chatterji S., Byles J., Cutler D., Seeman T., et al. Health, functioning, and disability in older adults—present status and future implications. *Lancet*. 2015;385(9967):563—75. doi: 10.1016/S0140-6736(14)61462-8
13. Lei P., Feng Z., Wu Z. The availability and affordability of long-term care for disabled older people in China: The issues related to inequalities in social security benefits. *Arch. Gerontol. Geriatr.* 2016;67:21—7. doi: 10.1016/j.archger.2016.06.018
14. O'Reilly D., Rosato M., Wright D. M., et al. Social variations in uptake of disability benefits: A census-based record linkage study. *Soc. Sci. Med.* 2021;276:113821. doi: 10.1016/j.socscimed.2021.113821
15. Хасанова Р. Р., Макаренцева А. О. Бедность инвалидов и домохозяйства с инвалидами. *Эко*. 2018;(3):44—59.
16. Федченко А. А., Филимонова И. В. Интеграция граждан с ограниченными возможностями в рынок труда. *Социально-трудовые исследования*. 2024;(3):42—51.

Поступила 11.08.2024
Принята в печать 30.10.2024

REFERENCES

1. Lukinova S. A. The Problem of Social Significance of Providing Assistance to Individuals with Disabilities. *Alley of Science*. 2023;12(87):473—6 (in Russian).
2. Basov N. F. Social Security, Protection, and Support for Individuals with Disabilities in Russia: The Soviet Period and Modernity. *Bulletin of the Orthodox St. Tikhon's University for the Humanities. Series 4: Pedagogy. Psychology*. 2010;4(19):56—69 (in Russian).
3. Golovko A. O., Guldaeva M. M., Kairova F. A. Financial Provision for Social Protection (Veterans, Individuals with Disabilities) in the Russian Federation. In: Youth and Science: Current Problems of Socio-Economic Development of Regions in Russia: Materials of the VIII All-Russian Scientific and Practical Conference Dedicated to the 90th Anniversary of the Vladikavkaz Branch of the Financial University under the Government of the Russian Federation, Vladikavkaz: IPC IP Tsopanova A. Yu.; 2020. P. 55—9 (in Russian).
4. Suslyakova O. N. Organizational and Legal Foundations of Social Security for Persons with Disabilities in the Russian Federation. *Kaluga Economic Bulletin*. 2023;(2):13—8 (in Russian).
5. Zimbrovsky A. I. Measures of Social Security and Social Protection for Families Raising a Child with a Disability. *Crimean Academic Bulletin*. 2020;13:56—61 (in Russian).
6. Redikultseva E. N., Kovnerova E. V. Specifics of Legal Regulation of Social Security for Persons with Disabilities in the Russian Federation. Student. Science. Region: Collection of Materials of the II Regional Anti-Conference, Kirov, November 10, 2023. Kirov: Interregional Center for Innovative Technologies in Education; 2023. P. 10—4. doi: 10.24412/cl-37131-2023-1-10-14 (in Russian).
7. Nefedieva E. I., Sedykh O. G. Social protection of disabled people in the sphere of labor and employment: sociological aspect. *Labor and Social Relations*. 2018;29(3):52—62 (in Russian).
8. Gulaev Yu. V. Problems of social security of disabled people in the Russian Federation and ways to solve them. In: IV International Forum of Civilists: collection of scientific articles of the international scientific and practical conference, Rostov-on-Don, April 23, 2021.

Здоровье и общество

- Rostov-on-Don: Individual entrepreneur Bepamyatnov Sergey Vladimirovich; 2021. P. 648–51 (in Russian).
9. Pleshivtseva, D. N. Social Security of Disabled Persons: Russian and Foreign Experience. In: Economics and Management: Current Issues and Development Trends: Proceedings of the IV Interuniversity Student Scientific and Practical Conference, Tambov, March 27, 2019. Editor-in-Chief Ya. Yu. Radyukova. Tambov: Tambov State University named after G. R. Derzhavin; 2019. P. 102–12 (in Russian).
 10. Vishnevskaya N. G., Snegireva Yu. Yu., Filimonova I. V. Implementation of the National Project “Healthcare”: territorial, organizational and personnel aspects. *Problems of social hygiene, health care and history of medicine*. 2024;32(S1):555–61. doi: 10.32687/0869-866X-2024-32-s1-555-561 (in Russian).
 11. Kaja L. Ø., Eia E. S., Früh E. A., “My child is my job now” — Care, work and careers of mothers with disabled children in the Norwegian welfare state. *Soc. Sci. Med.* 2024;355:117097. doi: 10.1016/j.socscimed.2024.117097
 12. Chatterji S., Byles J., Cutler D., Seeman T., et al. Health, functioning, and disability in older adults — present status and future implications. *Lancet*. 2015;385(9967):563–75. doi: 10.1016/S0140-6736(14)61462-8
 13. Lei P, Feng Z., Wu Z. The availability and affordability of long-term care for disabled older people in China: The issues related to inequalities in social security benefits. *Arch. Gerontol. Geriatr.* 2016;67:21–7. doi: 10.1016/j.archger.2016.06.018
 14. O'Reilly D., Rosato M., Wright D. M., et al. Social variations in uptake of disability benefits: A census-based record linkage study. *Soc. Sci. Med.* 2021;276:113821. doi: 10.1016/j.socscimed.2021.113821
 15. Khasanova R. R., Makarentseva A. O. Poverty of disabled people and households with disabled people. *Eco.* 2018;(3):44–59 (in Russian).
 16. Fedchenko A. A., Filimonova I. V. Integration of citizens with disabilities into the labor market. *Social and Labor Research*. 2024;(3):42–51 (in Russian).

Рязанцев С. В.^{1,2}, Рязанцев Н. С.², Храмова М. Н.²**К ВОПРОСУ О ДЕНЕЖНЫХ ПЕРЕВОДАХ ВЫХОДЦЕВ ИЗ ЦЕНТРАЛЬНОЙ АЗИИ В РОССИЮ В ПЕРИОД COVID-19
ПОД ПРИЗМОЙ НЕОКЛАССИЧЕСКОЙ ТЕОРИИ МИГРАЦИИ**¹Институт народонаселения и социальных исследований, Университет Махидол, 73170, Салай, Таиланд;²Институт демографических исследований Федерального научно-исследовательского социологического центра РАН, 119333, г. Москва, Россия

Коронавирус оказал решающее влияние на условия труда и жизни трудовых мигрантов в миграционном коридоре между государствами Центральной Азии и Российской Федерацией, который остается основным направлением трудовой миграции во всем макрорегионе. Согласно представлениям классических теорий миграции, миграционные потоки должны определяться в первую очередь вполне понятным монетарным фактором — различиями в возможностях и оплате труда — между рынками труда развивающихся стран-доноров и развитых принимающих стран. И сформировавшийся дисбаланс, выражающийся именно в возможности трудовых мигрантов отправлять повторные денежные переводы родственникам на родину, между очень разными постсоветскими государствами — один из таких случаев. Однако, несмотря на резко возросшую уязвимость в сфере финансов и занятости, а также полную неопределенность относительно ближайшего будущего, среди трудовых мигрантов во время пика в апреле первой, но самой разрушительной волны распространения в России новой эпидемии COVID-19 и, скорее всего, последующего отсутствия привлекательности иммиграции как таковой, мигранты все же продолжали выбирать дальнейшую работу и жизнь там. Таким образом, все это ставит под сомнение концепцию, согласно которой важнейшим аргументом в пользу трудовой миграции является именно потенциальная возможность заработать больше денег за рубежом, поскольку некоторые другие аспекты и/или их комбинации также играют не меньшую роль.

Ключевые слова: экономическая уязвимость; денежные переводы; Центральная Азия; Россия; трудовые мигранты; трудовая миграция; неоклассическая теория миграции.

Для цитирования: Рязанцев С. В., Рязанцев Н. С., Храмова М. Н. К вопросу о денежных переводах выходцев из Центральной Азии в Россию в период COVID-19 под призмой неоклассической теории миграции. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2025;33(4):680—686. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2025-33-4-680-686>

Для корреспонденции: Рязанцев Никита Сергеевич, младший научный сотрудник Отдела георурбанистики и странственной демографии Института демографических исследований Федерального научно-исследовательского социологического центра РАН, e-mail: nikipaulistano@gmail.com

Ryazantsev S. V.^{1,2}, Ryazantsev N. S.², Khranova M. N.²**ON THE ISSUE OF REMITTANCES BY EXPATRIATES FROM CENTRAL ASIA TO RUSSIA DURING
COVID-19 PANDEMIC UNDER THE PRISM OF MIGRATION NEOCLASSICAL THEORY**¹The Institute for Population and Social Research, Mahidol University, 73170, Salaya, Thailand;²The Institute of Demographic Studies of the Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The Federal Scientific Research Sociological Center” of the Russian Academy of Sciences, 119333, Moscow, Russia

The coronavirus crucially impacted working and living conditions of labor migrant workers within migration corridor between Central Asian states and the Russia Federation. It remains prior destination for labor migration in this entire macro-region. According to concepts of classic migration theories, migration flows are to be primarily determined by quite clear monetary factor — differences in working opportunities and wages — between labor markets of developing countries as donor and developed countries as receiver. The formed imbalance manifesting exactly in possibility for labor migrants to send repeated remittances to relatives back home, between very diverse post-Soviet states is one of these cases. However, despite crucially increased vulnerability in sphere of finances and employment, as well as complete uncertainty concerning nearest future, among labor migrants during peak in April of the first one, but the most damaging wave of propagation of new COVID-19 epidemic in Russia and highly likely following lack of attractiveness in immigration as such, migrants did continue to opt for further work and life there. Therefore, all this calls into question concept that most important argument in favor of labor migration is very potential possibility to earn more money abroad because other aspects and/or their combination also play no less role.

Key words: economic vulnerabilities; remittance; Central Asia; Russia; migrant worker; labor migration; neoclassical migration theory.

For citation: Ryazantsev S. V., Ryazantsev N. S., Khranova M. N. On the issue of remittances by expatriates from Central Asia to Russia during COVID-19 pandemic under the prism of migration neoclassical theory. *Problemy socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2025;33(4):680—686 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2025-33-4-680-686>

For correspondence: Ryazantsev S. V., the Junior Researcher of the Department of Geo-Urbanistics and Spatial Demography of the Institute of Demographic Studies of the Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The Federal Scientific Research Sociological Center” of the Russian Academy of Sciences. e-mail: nikipaulistano@gmail.com

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support.

Received 12.08.2024

Accepted 30.10.2024

Introduction

Labor migration in the migration corridor, once emerged and still ongoing between Central Asian coun-

tries and Russia, has been traditionally having a quite crucial social, economic, and demographic importance for all sending and hosting national economies, labor

markets, and societies of this entire post-Soviet macro-region. Year by year, these states continue to stay the main donors of labor migrants to Russia, and by the begging of COVID-19, among ≈ 4.17 million regular and ≈ 2.5 million irregular labor migrants, on the territory of Russia in total, $\approx 76\%$ of these foreigners could turn out to be only the representatives of the countries of Central Asia [1, 2].

Concerning Russia, labor migration from Central Asian states has an enormous economic importance [3], as all international labor migrants produce about 8% of national GDP, while the workers from the initial Central Asian countries contribute over 65% of this economic effect in total [2]. Moreover, migrant workers from abroad allow to reduce the labor shortage in Russia, stimulate the development of some sectors and industries of the local economy [2], etc. In March, 2020, $>514,000$ of labor migrants in Russia were the natives of Uzbekistan, $>276,000$ of Tajikistan, $>93,000$ of Kyrgyzstan, $>29,000$ of Kazakhstan, and finally $\approx 1,500$ of Turkmenistan [2], while most of these labor migrants were mainly considered as low-paid blue-collar workers, therefore, engaged in construction site, sales, manufacturing, agriculture works, and food service [2].

The situation is much more serious for the least developed countries (LDCs) of Central Asia. Traditionally, any work in Russia for labor migrants from Central Asia is a great or even the only opportunity to at least partly avoid poverty and improve living conditions for them and their relatives, namely via better employment and remittances [3]. In a year before the pandemic, for example, over 27% of national GDP of Kyrgyzstan and about 28% Tajikistan was based on all international remittance inflows to the countries, making these numbers one of the highest globally [4]. Not surprisingly, very often even small or irregular money transfers from abroad might be the only source of income for the whole local households of Middle Asian countries [3].

In this sense, labor migration between Central Asian LDCs and developed Russia is a good example for trying to apply the neoclassical theory of migration. Emigration from emerging regions to emerged ones has a clearly expressed economic nature, covered by low skill migration flows with earnings as the main motivation [5–7]. The theory declares, one of the reflections of financial benefits of emigration to new labor market is expectation of higher income (with a possibility of sending remittances as one of its manifestations) [6]. This happens against the backdrop of significant wage differentials and job opportunities. However, high financial dependence can be dangerous during international crises, including COVID-19. Thus, testing the strength of the theoretical basis.

Once pandemia occurred, Russia had to restrict the entry of foreign citizens into the state through banning regular avia connection during March 18 to May 1, 2020 [8], while all Central Asian republics were imposing the same measures [3]. As a result, regional mobility was declined sharply and just by early April 2020 had virtually disappeared at the momentum. Labour markets formed new shapes. In these new formed conditions

within Russia, so-called the first wave of the COVID-19 pandemia, lasted between March-June 2020 with the peak in April — despite the fact that the peak numbers of infected people due to the coronavirus had not yet been passed at that time — coupled with the strictest interstate anti-COVID measures in general and the lockdown in particular, did manage to become the most damaging for the Russian economy and society, especially for very vulnerable foreigners among it, who were fully depended on their opportunity to work in the hosting country and could not adopt new conditions immediately and rationally.

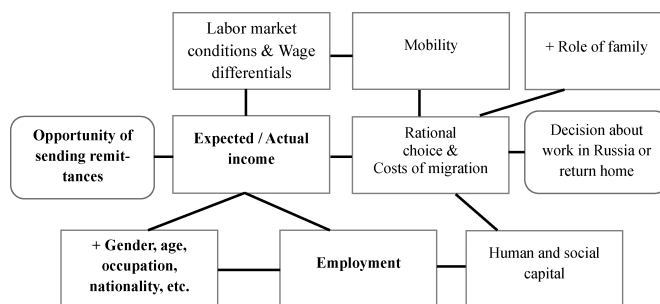
The paper is aimed at examining the behavior of labor migrants from Central Asian countries during the peak of the first wave of the COVID-19 pandemic and its correlation or discrepancy with the neoclassical theory of migration.

Theoretical framework

On micro level, the neoclassical theory of theory is based on individual economic principles and views migration as a rational choice of actors aimed at maximizing income (cost-benefit calculation) [6, 7]. On macrolevel, the main factor driving migration is wage differences, formed by supply and demand for labour, between pushing and pulling regions [5].

During COVID-19, labor migrants received new unexpected inputs for deciding whether their migration to Russia was still profitable rather staying in the country of origin. In Russia, migrants had to decide whether they should settle longer, accepting general uncertainty and higher risk. Nowadays, for example, one of the final manifestation of all these points for labor migrants is to have opportunities to send remittances back home [6].

The conceptual framework down below virtually illustrates extended constructs of epy neoclassical theory of migration in the applied context of labor migration from Central Asia to Russia during the first wave of the COVID-19 pandemic.



Basically, conducted research framework reflects how various structural, economic, and individual factors interact to influence two critical behavioral outcomes (in red borders), i.e., the ability to send remittances and the decision to stay in Russia or return home.

Occurred pandemia had a strong impact on the national economy of Russia and its society, especially in the most vulnerable groups, e.g., low-skilled workers, engages in informal sector [9]. Bankrupted enterprises, strict restrictions on movements, and general instability

resulted in job losses, lower wages, and a whole list of other following after crucial problems became only additional issues for ordinary foreigners, pushed to stay locked abroad in a new social and economic atmosphere. Moreover, most labor migrants are especially used to arriving for work in Russia in spring [9], and the introduction of self-isolation and the suspension of international connection came as a major shock for them [9]. This sudden economic downturn exacerbated social, economic, and financial vulnerabilities of labor migrants, disrupted prospects and expected before potential benefits of work abroad, which namely appeared in difficulties at finding sources for sending then common amounts of earned money as remittances back home.

Materials and Methods

Based on the research framework, there are four theory construct (highlighted in **bold**) used in the research. Beyond the decision of further stay in Russia and based on it opportunity of sending remittances (which represents the final result of work of labor migrants, i.e., deals with the construct of the rational choice), it is employment status (in particular, changes during COVID-19), and actual income. Also, it is also necessary to input additional variables (with + sign and in **bold**) not mentioned in the initial theory, but representing socio-demographic portrait of the entire actors of the theory.

This research is based on primarily and secondary data of the survey “The Impact of the COVID-19 Pandemic on Migrants and Remittances in Central Asia” [3]. The usage of data was possible only within the framework of that particular scientific study, as well as the consent was obtained from the copyright holders.

The survey took place in April 13–23, 2020, while a participation in the survey was completely on a free and voluntary basis. Due to the imposed lockdowns, the survey was fully held remotely, using the API solution from Google Forms on the official web site of FCTAS RAS. The sample of the sociological survey was based on a snowball method and namely distributed through the groups in then the most popular social media networks (VK, Facebook¹, and WhatsApp⁴) [3], which are engaged in aiding for foreign labor migrants in Russia. Moreover, to avoid possible problems between respondents and the local police authorities, namely due to possible problems with their legal status in the country, the entire array of processed raw information was anonymized, therefore, it does not require any consent for

¹ In 2020, the products of the recently known Meta company were still legal in Russia.

the distribution of the generalized results, and this approach refers to any secondary one.

After processing the survey data with crosschecking questions, 671 strings (respondents) were included in the final sample.

Among 12 presented variables in the survey, for our entire analysis, only 4 undependable variables from the dataset are required. It is additional to theoretical constructs, which deal with socio-demographic portrait of the sample. Among them are *gender*, *age*, *education*, and *citizenship*, representing the same name questions to the representatives, which were used to construct the logit model. Another undependable variable required for the modeling represents the employment change of the respondents (*employment_change*), i.e., whether they lost job during COVID-19 or not. However, this particular construct should be considered as a theoretical construct.

Another theoretical constricts applicable for the chosen theoretical framework is *income_change* (the way how income changes due to COVID-19, i.e., if it decreases or increased) and *return_possibility* (if labor migrants wanted and even tried to leave Russia after the pandemics occurred).

And one dependent variable, which makes calculations of the possibility of sending remittances (*remittances_possibility*) possible.

Regarding the assessment of *remittances_possibility*, a logit model was chosen. The analysis was performed in R, using the *glm* package for the logit model, while the code would be available upon the request, as we found that the logit model is preferable to the probit model because the independent variables, apart from the age variable, are measured on a nominal scale, and their distribution is obviously different from normal.

The model specification should be considered as the following:

$$remittances_possibility = F(Z), Z_i = \beta_0 + \sum_{j=1}^k \beta_j X_{ji} + \varepsilon_{ij}, j = 1, \dots, 8, i = 1, \dots, n$$
$$F(Z) = \frac{1}{1 + e^{-Z}}$$

Findings

According to Table 1, the risk of losing a job and, as a consequence, income, is typical for both groups of respondents, with and without professional education. Many labor migrants in Russia did not work in their specialty, or worked below the level of professional competencies.

Table 2 indicates that the representatives of both genders have statistically equal chances of losing jobs.

Table 1

Correlation between level of education and change in employment status

	Lost job or been put on unpaid leave	Worked at the same place or has been sent on paid leave	Total
High school education or did not finish school	n=99	n=64	n=163 (24%)
Secondary vocational education and higher	n=312	n=196	n=508 (76%)
Total	n=411 (61%)	n=260 (39%)	n=671 (100%)

Table 2

Correlation between gender and changes in employment status

	Lost job or been put on unpaid leave	Worked at the same place or has been sent on paid leave	Total
Females	n=158	n=106	n=264 (39%)
Males	n=253	n=154	n=407 (61%)
Total	n=411 (61%)	n=260 (39%)	n=671 (100%)

Result for *income_change* in Table 3 show, 17% of labor migrants did not experience changes in income, or it even increased. For 26%, income decreased (despite maintaining previous positions). This is due to self-isolation and sending some employees on paid leave, employers, as a rule, only retain basic salaries, while additional payments may not be paid.

Table 4 illustrates for *return_possibility* that 66% of migrants did not plan to leave Russia, regardless of the availability of work, of which 55% had lost their jobs but do not want to leave.

These values indicate, rather, the strategies of migrants who link their future with Russia. Partly, migrants simply couldn't return to homelands (with close state air routes) at the momentum. And only some migrants realized, returning to homelands would not help solve labor and financial problems. In crisis, when the demand for labor decreases and households choose a strategy aimed at saving financial resources (purchasing power of households falls), migrants are unlikely to be able to find work in home countries, therefore, staying in Russia was often preferable. In the event of even a partial lifting of restrictive measures, they have a chance to return to their previous job or find a new.

80% of migrants who lost jobs would not be able to transfer money to their home country by May, 2020. This suggests that the overwhelming majority of migrants did not have savings and almost their entire monthly income goes to current consumption and helping relatives in their country of origin. <10% of respondents who lost their jobs would not be able to transfer at least part of the usual amount.

Despite the fact that 40% worked at previous place of work or were on paid leave, 66% of them weren't able to send remittances. This is due to a drop in income and the need to revise the spending structure. Uncertainty about the exit from restrictive measures forces migrants with income to look towards saving money for current

Table 3

Correlation between employment status and changes of income

	Income declined	Income had remained unchanged or increased	Total
Lost job or been put on unpaid leave	n=394	n=17	n=411 (61%)
Worked at the same place or has been sent on paid leave	n=163	n=97	n=260 (39%)
Total	n=557 (83%)	n=114 (17%)	n=671 (100%)

Table 4

Correlation between employment status and possibility of returning to the country of origin

	Wanted to leave Russia, but it did not manage to do it	Did not want to leave Russia	Total
Lost job or been put on unpaid leave	n=169	n=242	n=411 (61%)
Worked at the same place or has been sent on paid leave	n=62	n=198	n=260 (39%)
Total	n=231 (34%)	n=440 (66%)	n=671 (100%)

needs (until June 15, 2020, migrants got the right to work without labor permits) [2, 3].

Based on Table 6, the proportion of correctly predicted cases is 80.7%. Pseudo-R-squared=0.12. Logarithm of likelihood = -279.47. X² (with 8 degrees of freedom) = 76.3, p-value=0.00. BIC=617.28. In other words, the statistics indicate a high quality of the model and the presence of statistically significant variables in it. High z-statistics was obtained for *age*, *education*, *citizenship_1*, and *employment_change*.

The (–) sign in *gender* indicates, males are more likely to seek opportunities to send money back home (with all other things being equal). Obviously, as men who are labor migrants, in their home countries usually have families with relatives, who need financial support.

The (–) sign in *education* indicates that migrants with a higher level of education have a higher chance of making money transfers, i.e., the risk of being unable to transfer is reduced. This is explained by the fact that among migrants with a high level of education, a greater proportion of those who, as a result of restrictive measures in the economy, have not lost their jobs and, as a re-

Table 5

Correlation between employment status and possibility of sending remittances

	Did not have opportunity to send remittances	Had possibility to transfer at least part of common amount	Total
Lost job or been put on unpaid leave	n=371	n=40	n=411 (61%)
Worked at the same place or has been sent on paid leave	n=171	n=89	n=260 (39%)
Total	n=542 (80%)	n=129 (20%)	n=671 (100%)

Table 6

Results of model estimation using the maximum likelihood method

	Coefficient	Standard error	z-statistic
Constant	(+)0,841329	(+)0,570292	(+)1,4753
Gender	(–)0,331973	(+)0,225675	(–)1,4710
Age	(–)0,0037417	(+)0,0115636	(–)0,3236
Education	(–)0,441167	(+)0,266624	(–)1,6546
citizenship ₁	(+)0,862866	(+)0,29501	(+)2,9249
citizenship ₂	(+)0,221165	(+)0,363447	(+)0,6085
citizenship ₃	(+)0,263274	(+)0,395017	(+)0,6665
citizenship ₄	(–)0,600591	(+)0,926446	(–)0,6483
employment_change	(+)1,53909	(+)0,220342	(+)6,9850

sult, have reserves to help their relatives in the country of origin. In other words, the representatives with higher skills were engaged in sectors and occupations which were more suitable for the conditions of crisis and remote work.

Employment_change by the (+) sign in the model and the high value of the z-statistic shows a completely expected effect. Losing a job or being on unpaid leave significantly increases risks of not being able to send remittances.

A (+) sign and a high z-statistic value in *citizenship₁* indicate that for labor migrants from this entire country, the probability of not sending remittances is significantly higher in comparison to others, i.e., Tajiks turned out to be the most vulnerable in terms of income loss. Among responded to this question $n=239$ Tajik migrants, before COVID-19, 75% were engaged in construction ($n=100$, 42%), cafes ($n=53$, 22%), and trade ($n=31$, 13%). Only a small number of lost job Tajik migrants were employed in other services, education, and manufacturing.

Discussions

The pandemic crisis has created unique conditions for analyzing migration behavior in a situation of sharp changes in economic parameters, which allows us to re-evaluate the sustainability of traditional theoretical constructs.

In Russian, at the peak of the first wave of COVID-19, most labor migrants had been left without any work or even opportunity to return to the country of origin, literally turning them stuck between state borders in very bad social and economic conditions and new vulnerabilities. Unfortunately, very often, this left foreigners without any means of subsistence, sources of income, and even basic possibility to pay for accommodation and daily food, let alone the ability to send remittances to the relatives, for which money were needed no less, and sometimes even more. These shifts, caused by the new reality with the coronavirus infection, had to crucially reduce the general labor and economic attractiveness of temporary migration to Russia among Central Asian labor migrants, making them focus on the states, which offered better labor conditions. and, accordingly, calling into question the neoclassical theory of migration, which aims to explain labor migration as a search for a new place of life and work with better prospects of potential income in comparison to the country of emigration, calling into question the neoclassical theory of migration, which aims to explain labor migration as a search for a new place of life and work with better prospects of potential income in comparison to the country of emigration [3].

In fact, Central Asian labor migrants come to Russia as differences in wage between jurisdictions is the main incentive, and, even during the crisis, despite the rise in unemployment in Russia, even low-paid work in Russia remained more profitable than employment, limited, or even a total unemployment (especially among the youth) in the countries of origin or instant migration anywhere without preparation. This is very clearly from

the surveys of returning migrants, as three out of five Central Asians returnees turned unemployed if they return (especially in Kyrgyzstan and Tajikistan) [10, 3], and especially among working age groups [10, 3].

In other words, during the first months of COVID-19, many migrants remained in Russia in the hope of the following economic recovery rather than immediately returning to their home countries, which confirms the theoretical hypothesis that migration is a long-term economic investment, what says the theory [3]. Additionally, a potential returning home [even if labor migrants could do this quite complicated cross border movement] imposed new expenses on return tickets, breaking rental contracts for housing or rental taxi cars, refunding spending for the recruiting agency (or even employer), etc.

Concerning particular numbers, the survey and model showed that COVID-19 has had a significant impact on employment and income of labor migrants. 66% of them lost jobs or were furloughed, and 84% experienced a reduction in their income. Despite these shocks, 66% of migrants decided to stay in Russia, highlighting their dependence on wage differentials between Russia and their home countries, a key tenet of neoclassical theory. This behavior is consistent with the theory's emphasis on long-term economic calculations, even in the face of short-term crises. However, the high percentage of migrants who stayed despite job losses could suggest on non-monetary factors, e.g., social networks with the other representatives from the countries of origin and diasporas.

The theory suggests that labor force moves in response to market demand [5]. And under the peak of the first pandemic lockdown in Russia, the national economy did slow and demand for any labor fell sharply, especially in the informal sector, where employers were not formally bound in any way by labor obligations to foreigners, making them the most vulnerable social group in the country (in the context of the pandemic) [9]. There were massive layoffs in construction site, services, and transportation, crucially employed with labor migrants from Central Asian and especially by the representatives from Tajikistan, which turned out to be the most damaged with the occurred epidemiological situation.

However, social and labor mobility in Russia took place, as rapid development of new and quite big sectors with then a huge potential of upcoming logarithmic growth, e.g., delivery services (as literally everyone was pushed to order goods at home), managed to provide labor migrants, namely those who lost jobs or was only to come in Russia, with some work [3] or interest towards house moving into to this location. The others could opt for new or another work in the informal sector. As a result, this partly allowed many labor migrants in absolute numbers to get new job, therefore, recover at least part of their previous level of income. Again, with all the ensuing circumstances, including an opportunity to send remittances. This also demonstrates rational behavior of labor migrants which is based on their eco-

conomic calculations, looking at the current situation from a rational point of view, as the theory suggests.

At the same time, the neoclassical theory of migration suggests that migrants make decisions not only based on their own needs, but also considering the well-being of their families [6]. However, even during the lockdown, many migrants sought to cut their daily expenses abroad as much as possible to maintain the ability to send money to the homelands, at least something (even whether these sums are dramatically lower in comparison to what they used to send before the pandemic). In the context of Central Asia, family, relatives, and diaspora play a special role in making a wide range of life decisions. However, it is difficult to qualitatively evaluate this relationship.

In case when foreign workers lost job and it was impossible to send remittances to the countries of origin, most of labor migrants considered that the difficulties with work abroad highly likely would be short-term only, so with a further search for a new job and/or stabilization of the situation in Russia, they would sooner or later be able to find new sources of livelihood. This is much more reasonable for labor migrants in the long term, therefore, fits the neoclassical theory of migration in the context of maximalization of wages and higher expectations concerning expected income [6]. However, at the moment, labor migrants violated all reasonable frameworks of theory and even basic rationality, under the pressure of social obligations, looked for ways (even were taking loans) to send money transfers that the family relies on.

Also, the neoclassical migration theory assumes the complete absence of institutional and administrative barriers (e.g., closed borders, visa restrictions, systems of quotas, and other artificial limitations on movements between labor markets), positing that migration flows with a motive for work abroad have to occur under conditions of free movement of labor force between states and labor markets on a global scale, regionally, and especially within the entire country of immigration. And it not only closed international flights, but also special regional or national systems with personal QR-codes.

In the case of Russia, these permissions could be issued only by the entire employers [3], what was quite a tricky problem for the workers in the informal sector, taking into account that $\approx 50\%$ of Central Asian migrants stay in the informal sector [10], while $\approx 80\%$ of both legal and illegal labor migrants generally do not have any signed contracts with their employers [3]. In general, this administrative measure was dangerous for any migrant, as breaking the law involved high fees, problems with migration police, etc. Ultimately, this increased the risk of contracting COVID-19. However, migrants were forced to consciously take higher risks to get some income.

Conclusion

It can be claimed that the effectiveness of the neoclassical theory of migration in this context has both strengths and limitations, as it does explain the economic aspects of migration but fails to account for the social,

institutional, and political factors that played a significant role during the pandemic. In other words, the contemporary migration patterns and life are much more complex, as they used to be in the 1960–90ths, when the basics and some extended aspects the theory were established.

At the same, it was COVID-19 which became a significant external factor that changed the cost-benefit balance of migration for labor migrants and the principles of rational behavior, both in relation to Russia and in general. And the final decision and motives for migrants to move from or to Russia depend largely on their social status, level of education, the general expectation that the effects of the lockdowns, as well as social and economic problems were highly likely to be only temporary and with no other alternative options available for as an odd.

Taking into account everything mentioned above, state authorities and agencies of both sending and receiving states must pay attention to building resilient systems that can quickly respond to crisis situations, like COVID-19. Implementing these recommendations might reduce the vulnerability of labor migrants and ensure a more sustainable model of labor migration in the region, the well-being of labor migrants, their families, and national economies that depend either on receiving remittances from migrant workers abroad or directly on their employment in the host country. Particular attention should be paid to the creation of transparent mechanisms for regulating migration flows that are consistent with the principles of market economy and rational choice that underlie the neoclassical approach. These measures will strengthen economic incentives for legal migration, increase the efficiency of labor resource allocation, reduce the risks associated with migration processes, and optimize the benefits for both parties, again, including migrants themselves.

ЛИТЕРАТУРА

1. Флоринская Ю. Трудовая миграция в России на этапе закрытия границ. *Мониторинг экономической ситуации в России. Тенденции и вызовы социально-экономического развития*. 2020;7(109):14–9. Режим доступа: https://www.iep.ru/files/text/crisis_monitoring/2020_7-109_April-1.pdf (дата обращения 09.06.2025).
2. Рязанцев С. В., Вазиров З. К., Храмова М. Н., Смирнов А. В. Влияние пандемии КОВИД-19 на положение трудовых мигрантов из Центральной Азии в России. *Центральная Азия и Кавказ*. 2020;(3):64–76. Режим доступа: https://ca-c.org.ru/journal/2020/journal_rus/cac-03/06.shtml (дата обращения 09.06.2025).
3. Рязанцев С. В., Храмова М. Н. Влияние пандемии COVID-19 на мигрантов и денежные переводы в Центральной Азии. Международная организация по миграции (МОМ) — Миграционное агентство ООН, Алматы/Москва. Режим доступа: <https://kazakhstan.iom.int/sites/g/files/tmzbd11586/files/documents/docru.pdf> (дата обращения 09.06.2025).
4. Международный Банк. Приток денежных переводов к ВВП (%). Группа Всемирного банка — Банк данных. Режим доступа: <https://databank.worldbank.org/source/global-financial-development/Series/GFDD.OI.13> (дата обращения 01.02.2025).
5. Хикс Дж. Р. Теория заработной платы. Второе издание. *Палгрейв Макмиллан, Лондон*. Режим доступа: <https://link.springer.com/book/10.1007/978-1-349-00189-7> (дата обращения 09.06.2025).
6. Де Хаас Х. Миграция и развитие: теоретическая перспектива. *Международный институт миграции*. Режим доступа: <https://>

- www.migrationinstitute.org/publications/wp-09-08/@download/file (дата обращения 09.06.2025).
7. Институт Европейского университета. Неоклассическая экономика и новая экономика миграции. Почему люди мигрируют? Теории. Будущее изучение. Режим доступа: <https://www.futurelearn.com/info/courses/migration-theories/0/steps/35078> (дата обращения 09.06.2025).
 8. Распоряжение Правительства Российской Федерации от 16 марта 2020 г., № 635-р. Москва. Режим доступа: <http://static.government.ru/media/files/wwGGarWzAuGcDRw4OFHBfkInXcpD0ZPu.pdf> (дата обращения 01.02.2025).
 9. Денисенко М., Мукомель В. Трудовая миграция в России во время пандемии коронавируса. *Демографическое обозрение*. 2020;7(3):84–107. Режим доступа: <https://demreview.hse.ru/article/download/11637/12495/> (дата обращения 09.06.2025).
 10. Бруни В. Региональный обзор: Исследование социально-экономического воздействия COVID-19 на репатриантов и застрявших мигрантов в Центральной Азии и Российской Федерации. Международная организация по миграции (МОМ), Казахстан. Март 2021 г. Режим доступа: <https://publications.iom.int/system/files/pdf/Regional-Overview-Survey-on-the-Socioeconomic-Effects-of-COVID-19-RU.pdf> (дата обращения 09.06.2025).
- Поступила 12.08.2024
Принята в печать 30.10.2024
- ## REFERENCES
1. Florinskaya Yu. Labor Migration in Russia at the Stage of Border Closure. Monitoring Economic Situation in Russia. *Trends and Challenges of Socio-Economic Development*. 2020 Apr;7(109):14–9. Available at: https://www.iep.ru/files/text/crisis_monitoring/2020_7-109_April-1.pdf (accessed 09.06.2025) (in Russian).
 2. Ryazantsev S. V., Vazirov Z. K., Khramova M. N., Smirnov A. V. The Impact of the COVID-19 Pandemic on the Situation of Labor Migrants from Central Asia in Russia. *Central Asia & The Caucasus*. 2020;(3):64–76. Available at: https://ca-c.org.ru/journal/2020/journal_rus/cac-03/06.shtml (accessed 09.06.2025) (in Russian).
 3. Ryazantsev S. V., Khramova M. N. The Impact of the COVID-19 Pandemic on Migrants and Remittances in Central Asia. International Organization for Migration (IOM) — UN Migration Agency, Almaty/Moscow. Available at: <https://kazakhstan.iom.int/sites/g/files/tmzbd11586/files/documents/docru.pdf> (accessed 09.06.2025) (in Russian).
 4. World Bank. Remittance Inflows to GDP (%). World Bank Group — DataBank. Available at: <https://databank.worldbank.org/source/global-financial-development/Series/GFDD.OI.13> (accessed 01.02.2025).
 5. Hicks J. R. The Theory of Wages. Second Edition. Palgrave Macmillan, London. Available at: <https://link.springer.com/book/10.1007/978-1-349-00189-7> (accessed 09.06.2025).
 6. De Haas H. Migration and development: A theoretical perspective. International Migration Institute (IMI). Available at: <https://www.migrationinstitute.org/publications/wp-09-08/@download/file> (accessed 09.06.2025).
 7. European University Institute. Neoclassical Economics and the New Economics of Migration. Why Do People Migrate? Theories. Future Learn. Available at: <https://www.futurelearn.com/info/courses/migration-theories/0/steps/35078> (accessed 09.06.2025).
 8. The Decree of the Government of the Russian Federation. March 16, 2020. Moscow. No. 635-p. Available at: <http://static.government.ru/media/files/wwGGarWzAuGcDRw4OFHBfkInXcpD0ZPu.pdf> (accessed 01.02.2025) (in Russian).
 9. Denisenko M., Mukomel V. Labor Migration in Russia During the Coronavirus Pandemic. *The Demographic Review*. 2020;7(3):84–107. Available at: <https://demreview.hse.ru/article/download/11637/12495/> (accessed 09.06.2025) (in Russian).
 10. Bruni V. Regional Overview: Study on the Socio-Economic Impact of COVID-19 on Returnees and Stuck Migrants in Central Asia and the Russian Federation. International Organization for Migration (IOM), Kazakhstan. March, 2021. Available at: <https://publications.iom.int/system/files/pdf/Regional-Overview-Survey-on-the-Socioeconomic-Effects-of-COVID-19-RU.pdf> (accessed 09.06.2025) (in Russian).

Ботнарюк М. В., Лепехина Ю. А.

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО СОХРАНЕНИЮ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ МОРЯКОВ В ТОРГОВОМ СУДОХОДСТВЕ ПРИ РЕАЛИЗАЦИИ СТРАТЕГИИ ГЕНДЕРНОГО РАВЕНСТВА

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

В рамках проведенного исследования установлено, что сегодня в состав экипажа включаются не только мужчины, но и женщины, что в определенной степени создает психологический дискомфорт на борту судна. Значительная часть мужчин не считают профессию моряка подходящей для представительниц прекрасного пола, поэтому они не вполне готовы принимать сложившуюся ситуацию. Данный факт подтверждается результатами опроса, проведенного среди опытных моряков, а также курсантов высшего морского учебного заведения. Учитывая изложенное выше, а также существующую в настоящее время ярко выраженную тенденцию лоббирования стратегии гендерного равенства в торговом флоте, следует признать проблему сохранения психологического здоровья моряков актуальной и острой.

Обзор научной литературы по данному вопросу и результаты собственных исследований позволили авторам разработать рекомендации, в соответствии с которыми для сохранения психологического здоровья экипажа при условии включения в его состав женщин-моряков необходимо изменить подход к формированию судовой команды. Предлагается делать акцент на психологическое тестирование моряков-мужчин с целью определения возможного проявления негативного отношения к присутствию женщины на борту судна для принятия мер по формированию благоприятного психологического климата в экипаже.

Ключевые слова: торговое судоходство; психологическое здоровье; стратегия гендерного равенства; психологические тесты и тренинги; рекомендации; подход к формированию судовой команды.

Для цитирования: Ботнарюк М. В., Лепехина Ю. А. Рекомендации по сохранению психологического здоровья моряков в торговом судоходстве при реализации стратегии гендерного равенства. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2025;33(4):687—692. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2025-33-4-687-692>

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 RECOMMENDATIONS ON PRESERVATION OF MENTAL HEALTH OF SAILORS IN MERCHANT SHIPPING UNDER IMPLEMENTATION OF STRATEGY OF GENDER EQUALITY

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

The study established that nowadays in the crew are included not only men but also women, creating certain degree of psychological discomfort on shipboard. Significant part of men do not consider profession of sailor suitable for fair sex representatives. Therefore, they are not quite ready to accept current situation. This fact is confirmed by results of survey of experienced sailors and cadets of higher maritime educational institution. Considering the above mentioned and current pronounced trend of lobbying for gender equality strategy in merchant shipping, the problem of preserving psychological health of sailors is urgent and quite burning.

The review of the scientific publications on this issue and results of original studies permitted to develop recommendations postulating that in order to preserve psychological health of crew in case of inclusion of female sailors it is necessary to change approach to formation of ship's crew. It is proposed to focus on psychological testing of male sailors in order to determine possible manifestation of negative attitude towards presence of woman on shipboard in order to take measures concerning development of favorable psychological climate in crew.

Keywords: merchant shipping; psychological health; gender equality; strategy; psychological tests and training; recommendations; crew formation.

For citation: Botnaryuk M. V., Lepekhina Yu. A. The recommendations on preservation of mental health of sailors in merchant shipping under implementation of strategy of gender equality. *Problemi socialnoi gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2025;33(4):687—692 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2025-33-4-687-692>

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: marry@mail.ru

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support.

Received 03.09.2024

Accepted 03.10.2024

Введение

Работа в море считается особенно сложной из-за производственных и иных условий, которые негативно влияют на здоровье моряка. При этом отдельного внимания заслуживают вопросы психического

здоровья и психологических проблем, которые вследствие специфики профессиональной деятельности проявляются у моряков достаточно остро. Так, исследования О. Л. Теренчук и В. А. Смаришевой позволили выявить зависимость психоэмоционального состояния членов экипажа от времени

пребывания на судне [1]: в ходе проведения эксперимента определено, что после 6 мес нахождения человека в автономных условиях усиливаются ситуативная и личностная тревожность, тревожность по Айзенку, агрессия, ригидность, фрустрация, уровень гнева. Также результаты исследований в данной области показывают значимость мероприятий, нацеленных на охрану психического здоровья моряков, с учетом национального характера и психологических особенностей [2]. В этой связи интересным представляется мнение авторов, которые при разработке мер по совершенствованию профессиональной подготовки членов экипажа делают акцент на важность оценки индивидуально-психологических особенностей плавательного состава [3].

Таким образом, очевидно, что для сохранения психологического здоровья моряков необходимо уделять пристальное внимание процессу отбора и подбора кандидатов судовой команды, опираясь не только на профессиональные, но и на личностные качества, что позволит сформировать на борту судна благоприятный психологический климат.

Особо актуальным в данном случае является изучение вопроса сохранения здоровья моряков торгового флота с учетом гендерного фактора, поскольку присутствие в мужском коллективе представительниц прекрасного пола в течение длительного периода в условиях автономности (что усиливает негативное воздействие на психику человека внутренней и внешней среды) повышает вероятность возникновения и развития стрессовых ситуаций.

Материалы и методы

Учитывая незначительное число научных работ по исследуемой проблематике, авторами с целью получения дополнительной информации выполнен опрос методом глубинного интервью. Все респонденты были распределены на две категории: моряки-мужчины и моряки-женщины. В состав каждой выборки входили как опытные члены экипажа (капитаны, их помощники, члены судовой команды), так и курсанты высшего морского учебного заведения.

В ходе опроса авторами предпринята попытка определить отношение мужчин к желанию женщин овладеть мужской профессией и работать на судах торгового флота. Опыт работы в море у каждого моряка-респондента (за исключением женщин) составил не менее 10 лет, поэтому они в полной мере могут оценить все риски и опасности возникновения и развития профессиональных заболеваний, а также сделать заключение о влиянии женщины на психологический климат судового коллектива. При этом отметим, что курсанты-респонденты имеют опыт работы в море исключительно в мужском коллективе, как и большинство опрашиваемых.

Для изучения используемого в настоящее время подхода к отбору и подбору судового экипажа проведен опрос среди менеджеров круизных компаний (всего было опрошено 5 менеджеров, работающих в разных компаниях не менее 10 лет), а также

женщин-моряков ($n=2$) и девушек-практиканток ($n=2$).

С целью анализа научной литературы применяли методы деконструкции, аксиоматический и голографический.

Результаты исследования

Обзор источников литературы показал, что сегодня вопросы гендерного равенства исследуются многими учеными. Так, Н. С. Григорьева и Т. В. Чубарова считают, что гендерное равенство — это равенство женщины и мужчины в отношении прав, ресурсов и власти [4]. Они делают акцент на то, что гендер является социальной детерминантой здоровья, поэтому его надо учитывать при разработке здравоохранительной политики, организации системы здравоохранения [4]. Также существует мнение, что гендер — это социокультурная интерпретация биологического пола. Поэтому в ходе проведения исследований предлагается в первую очередь проводить анализ социальных систем и практик, использующих эти различия, в том числе социальные стереотипы, в соответствии с которыми происходит личностное развитие мужчин и женщин [5].

Стоит выделить и социокультурные барьеры, под которыми понимают стереотипы, установки и нормы, отрицающие возможность гендерного равенства в той или иной сфере [6]. В этой связи авторы солидарны с мнением З. А. Хоткиной, которая считает, что гендерные стереотипы представляют собой барьеры, препятствующие достижению гендерного равенства во всех сферах жизнедеятельности [7].

Полученные в ходе исследования результаты позволяют констатировать, что в настоящее время не существует каких-либо исключительных международных законов о приеме на работу женщин. Однако Международная морская организация (International Maritime Organization, IMO) и Международная организация труда (МОТ) решительно поощряют трудоустройство женщин-моряков в целях содействия гендерному равенству. Например, программа IMO «Женщины на море» продвигает женщин на руководящие и технические должности в судоходстве, выступая за гендерное равенство в соответствии с принципами устойчивого развития ООН. Цель (ЦУР) 5 («Гендерное равенство») [8]. В качестве основных руководящих документов в данной области выступают следующие:

- Конвенция 2006 г. о труде в морском судоходстве, согласно которой ко всем морякам, независимо от пола, должно быть справедливое обращение без какой-либо дискриминации, равный доступ к трудоустройству, справедливые условия труда и защита от притеснений [9];
- Конвенция МОТ 1958 г. о дискриминации в области труда и занятий (№ 111) запрещает дискриминацию при приеме на работу по признаку пола [10].

С целью углубленного изучения данного вопроса авторами проведен опрос среди менеджеров круизных компаний, а также женщин-моряков, согласно которому определено, что при заключении контракта используется единый подход для всех моряков, независимо от пола, который состоит в следующем.

При приеме на работу в первую очередь необходимо пройти тестирование с целью выявления профессиональных знаний, умений и навыков моряка. Причем каждый тест может включать несколько разделов по определенной тематике в соответствии с компетенциями. Помимо этого, некоторые компании оценивают лидерские качества, коммуникативные способности к работе в коллективе. После оценки результатов теста (должен превысить 70%) моряка приглашают на собеседование, которое может проходить как при личной встрече, так и в формате онлайн.

При проведении интервью работодатель проверяет соответствие квалификации и опыта претендента занимаемой должности, корпоративной культуре и ценностям компании. В ходе опроса также оценивают готовность кандидата к решению проблем, работе в команде, обучению и развитию профессиональных навыков.

Обязательным условием при заключении контракта является прохождение медицинской комиссии, в ходе которой устанавливается профессиональная пригодность каждого члена экипажа.

Таким образом, при формировании судовой команды делается акцент на определение профессиональных качеств моряка, в то время как психологические особенности потенциальных кандидатов не учитываются. Более того, при включении в командный состав экипажа женщин не проводится никаких дополнительных тестов, позволяющих своевременно определить риски возникновения конфликтных ситуаций вследствие существования гендерных стереотипов.

Изложенное выше позволяет сделать вывод, что на флоте гендерное неравенство выражается не в отсутствии равенства в правах и обязанностях (в профессиональной сфере на судне действительно все равны), а в гендерных стереотипах, препятствующих нормализации психологического климата в коллективе, что снижает работоспособность и повышает вероятность проявления стрессовых ситуаций, которые могут усугубиться простыми условиями трудовой деятельности [11–14].

Обсуждение

В соответствии с существующей практикой и основными руководящими документами, упомянутыми выше, главным принципом является равенство мужчин и женщин на флоте: равные шансы на профессиональный рост, равное вознаграждение за труд и равные условия труда и социальной защиты. Однако при формировании экипажа необходимо учитывать, что женская психология отличается от мужской. Так, женщины более эмоциональны и вы-

разительны в своих чувствах, мужчины же более склонны к решению проблем логически, без учета эмоциональной составляющей. Также женщины лучше справляются со стрессом за счет способности проявлять эмоции и общаться с другими людьми, в то время как мужчины склонны к подавлению эмоций и повышению уровня самоуверенности. Стоит подчеркнуть, что мужчины и женщины выбирают разные стратегии поведения в стрессовых ситуациях. Данное утверждение базируется на результатах исследований, представленных в работе [15], в которой авторы заключают: в женской выборке большая часть респондентов придерживаются высококонструктивных стратегий, ориентированных на асертивное поведение и высокую социально-психологическую адаптивность через поиск и принятие социальной поддержки, вступление в социальный контакт. Мужчины же показывают совершенно противоположные результаты. Так, значительная часть представителей мужской выборки выбирают низкоконструктивные стратегии поведения, характерными чертами которых являются превалирование избегания, а также асоциальных и агрессивных действий [15].

Особо стоит подчеркнуть отличие женского организма от мужского с физиологической точки зрения, что провоцирует изменения в женской психике. Установлено, что во время проблемных фаз овариально-менструального цикла (предменструальная, менструальная и овуляторная) повышается вероятность демонстрации негативных поведенческих реакций (деструктивность и дефицитарность), которые проявляются в обостренном восприятии критики, повышенной конфликтности, нервозности, раздражительности, вербальной агрессии [16].

Отличны и социальные роли, а также подход к коммуникации. Женщины, как правило, ориентированы на коммуникацию и уход за другими людьми, в то время как мужчины ассоциируются с такими качествами, как сила, решительность, уверенность в себе, поэтому ощущают себя комфортно в роли защитника. Во время коммуникации женщины выбирают стратегию эмпатии и внимательного слушателя. Они более эмоциональны и экспрессивны в общении. Мужчины предпочитают прямой и лаконичный стиль общения.

С целью более углубленного изучения выявленной проблемой ситуации авторами проведен опрос курсантов и моряков (250 мужчин и 2 женщины), в ходе которого установлено разное отношение к присутствию женщины на борту судна. Установлено, что 23 из 25 капитанов дальнего плавания отказываются принимать девушек-практиканток, мотивируя это тем, что не желают решать возможные гендерные проблемы, которые могут возникнуть во время рейса, поскольку многие члены экипажа выступают категорически против (в настоящее время в большинстве экипажей на должности повара работают именно мужчины).

Опрос респондентов-курсантов мужского пола также не выявил желания работать рядом с женщи-

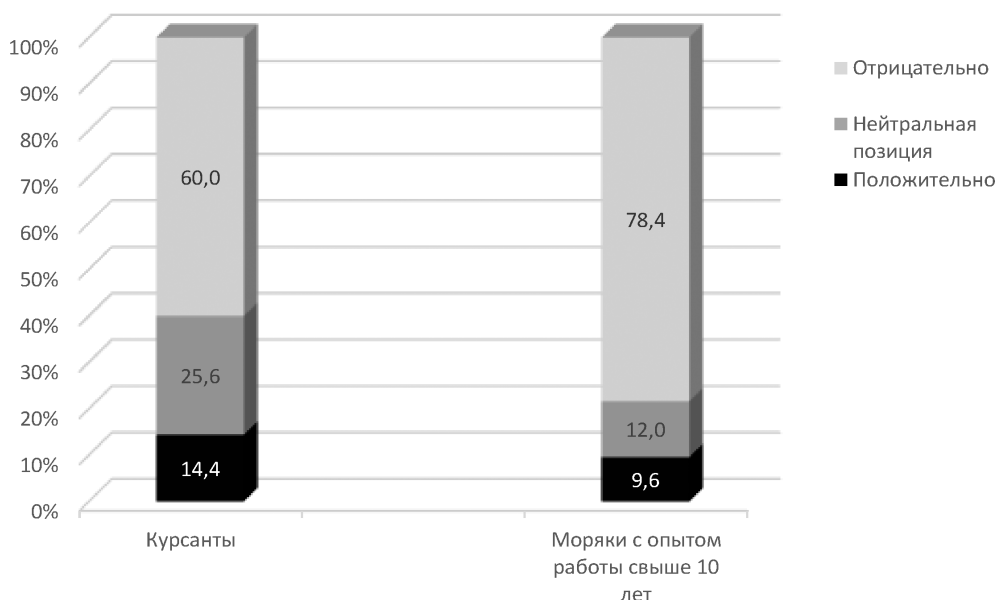


Рис. 1. Результаты опроса моряков-мужчин об их отношении к включению женщин в состав экипажа торгового судна.

ной. Из 125 опрошенных только 14,4% относятся к ситуации включения женщины в состав экипажа положительно, 25,6% заняли нейтральную позицию. Остальные курсанты отреагировали крайне отрицательно, поскольку считают работу на судне «не женским делом».

Большинство моряков, имеющих опыт работы в море более 10 лет ($n=125$), также высказали мнение о том, что данная профессия считается мужской, а женщина должна реализовывать роль жены и матери, находясь на берегу (78,4%). И только 9,6% отнеслись к женщинам на борту положительно, высказав мнение, что смешанный экипаж улучшит психологический климат в коллективе. Остальная доля моряков придерживается нейтралитета (рис. 1).

Опрос респондентов и обзор литературы по данному вопросу [17, 18] также позволили выделить ряд факторов, приводящих к ухудшению психологического состояния моряков, работающих на судах торгового флота:

- гормональные изменения;
- нахождение в замкнутом пространстве в обществе ограниченного круга людей вдали от семьи и близких на протяжении длительного времени;
- сложная и ответственная работа с высокой физической нагрузкой и концентрацией внимания в условиях непредсказуемой морской среды;

— дефицит времени на отдых и расслабление.

Таким образом, можно сделать заключение о необходимости разработки рекомендаций, нацеленных на сохранение здоровья членов судовой команды в условиях реализации стратегии устранения гендерного неравенства.

Заключение

Опираясь на полученные в ходе проведенного исследования данные, авторы настоящей статьи считают, что для сохранения психологического здоровья моряков, находящихся на борту судна в течение длительного периода,

необходимо изменить подход, согласно которому сегодня происходит формирование экипажей.

Отбор кандидатов следует проводить не только с точки зрения профессионализма. При условии включения в состав команды представительниц прекрасного пола видится объективная необходимость в детальном изучении психологических качеств каждого члена команды. В этом случае важно выявление у потенциальных членов экипажа отношения к присутствию женщины на борту, что предполагает проведение соответствующих бесед, а также тренингов, нацеленных на изменение личностного восприятия ситуации. Это актуализирует значимость работы психолога, в должностные обязанности которого должно входить следующее.

Во-первых, оценка психического состояния моряков при наборе нового персонала и при прохож-

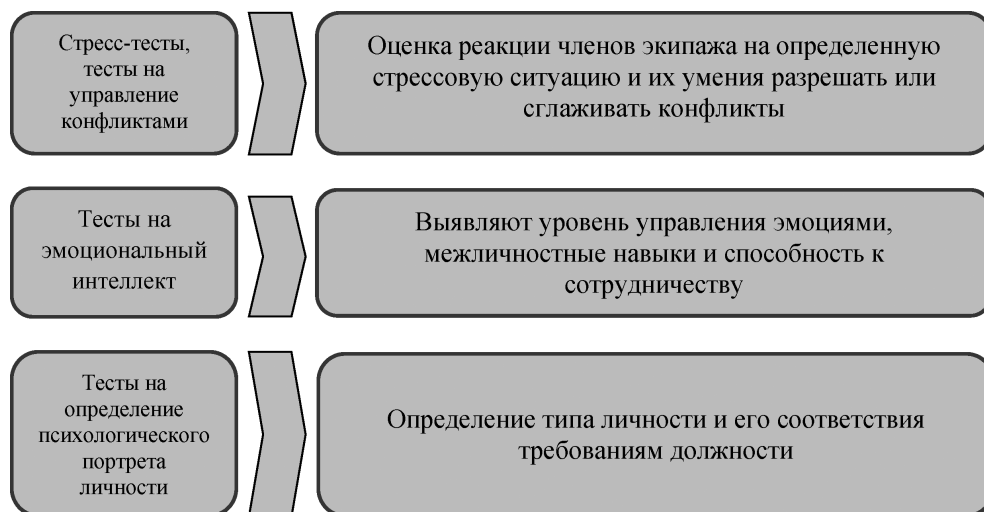


Рис. 2. Классификация тестов, используемых при найме моряков, в зависимости от занимаемой должности.

Здоровье и общество

дении медицинской комиссии: психологи могут использовать различные типы тестов при найме сотрудников на работу в зависимости от того, какие навыки и способности требуются для конкретной должности (рис. 2). Процедура тестирования поможет работодателям выбрать подходящих кандидатов при формировании экипажа и уменьшить риск ошибочного найма.

Во-вторых, консультирование и поддержка членов команды в случае конфликтов или стрессовых ситуаций. Каждый моряк, находясь на борту судна, должен быть осведомлен о номерах телефонов горячей линии и при обращении иметь возможность получить квалифицированную помощь. При этом важно обеспечить доступность психологической поддержки в любое время суток, так как во время рейса могут возникнуть ситуации, требующие немедленного вмешательства.

В-третьих, проведение психологических тренингов и семинаров по повышению эмоциональной стабильности в коллективе. Такие курсы должны проводиться как перед рейсом — с целью подготовки к возможным стрессовым ситуациям на борту судна, так и во время рейса, чтобы справиться с возникшими эмоциональными трудностями. Психологи могут использовать дискуссионные методы, с помощью которых проводится разбор и анализ различных сложных ситуаций из практики, и деловые игры с целью преодоления скованности и напряженности членов экипажа посредством моделирования ситуации, характерной для морской среды, и принятия решений в этих условиях.

Также в задачи психолога должна входить разработка программ по предотвращению стресса и управлению стрессом на борту судна. Такие программы должны быть индивидуально адаптированы под конкретные условия плавания и потребности экипажа и включать следующие элементы:

- **Оценка рисков.** При нахождении члена экипажа на борту судна необходимо проанализировать стрессоры, влияющие на него, а именно — отношения с коллегами, условия работы и др.
- **Создание поддерживающей среды.** Поскольку на борту судна отсутствует специалист по психологической поддержке, необходимо уделить особое внимание обустройству общественных зон для релаксации вне рабочих часов.
- **Организация досуга.** Проводить мероприятия по развлечению и отдыху моряков, чтобы отвлечься от повседневных проблем.
- **Мониторинг и оценка.** Эффективное управление стрессом на борту судна может включать проведение тренингов и регулярную оценку его уровня. В случае обнаружения психического расстройства у одного из членов команды капитан должен известить судоходную компанию, включая психолога, и предпринять необходимые меры для обеспечения безопасности экипажа.

Особо стоит подчеркнуть, что судоходным компаниям, которые нацелены на продвижение стратегии роста числа женщин в море, следует предъявлять к штатным психологам дополнительные требования. Психологи должны не только подбирать и проводить соответствующие тесты, беседы, тренинги, но и оказывать психологическую поддержку морякам во время рейса. Одной из ключевых задач в данном случае, по мнению авторов, является более углубленное изучение индивидуально-психологических и психических свойств личности потенциальных членов команды, что позволит своевременно выявить предпосылки возможного проявления негативного отношения к присутствию женщины на борту. Обладая такой информацией, психолог может подобрать наиболее подходящие в сложившейся ситуации тренинги, ориентированные на сплочение экипажа и создание благоприятного морально-го климата, а также дать соответствующие рекомендации капитану, опираясь на которые, он будет выстраивать и корректировать линию поведения, свою и членов команды, что создаст условия для укрепления психологического здоровья всех членов судовой команды.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Теренчук О. Л., Смаришева В. А. Психоэмоциональное состояние моряков в период дальнего плавания. *Прикладная психология и психоанализ*. 2020;(1):2.
2. Лизогубова В. В. Психологический аспект безопасности труда в производственной деятельности на пассажирских судах морского и речного транспорта. *Молодой ученый*. 2022;416(21):150—2.
3. Каретников В. В., Козик С. В., Соколова И. А. Учет индивидуально-психологических особенностей плавательного состава и влияние человеческого фактора на безопасность транспортного процесса. *Вестник Астраханского государственного технического университета. Серия: Морская техника и технология*. 2018;(1):16—23.
4. Григорьева Н. С., Чубарова Т. В. Продвижение здоровья в контексте поведенческой экономики: гендерный аспект. *Народонаселение*. 2020;23(2):112—24.
5. Радина Н. К. Какая гендерная теория нужна российской социальной психологии. *Социальная психология и общество*. 2024;15(3):21—37.
6. Калабихина И. Е. Как мы узнаем, что наступает гендерное равенство? *Женщина в российском обществе*. 2021;(2):3—16.
7. Хоткина З. А. Российским гендерным исследованиям 30 лет: ретроспектива и перспективы. *Женщина в российском обществе*. 2020;(2):26—37.
8. Программа ИМО «Женщины на море». Цель (ЦУР) 5 «Гендерное равенство». Режим доступа: <https://www.imo.org/en/MediaCentre/PressBriefings/Pages/02-womeninmaritimelogo.aspx> (дата обращения 10.12.2024).
9. Конвенция 2006 года о труде в морском судоходстве с поправками. Режим доступа: http://www.sur.ru/upload/legislation/KTMS_file_2_37_6811.pdf (дата обращения 10.12.2024).
10. Конвенция Международной Организации Труда № 111, 1958 года «О дискриминации в области труда и занятий». Режим доступа: https://lpol.lesnoi.by/wp-content/uploads/2020/06/Konventsiaya_MOT_111.pdf (дата обращения 12.12.2024).
11. Тимченко Т. Н., Боран-Кешишьян А. Л. Несвоевременная репатриация членов экипажа судна как угроза нарушения состояния психического здоровья. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2022;30(6):1306—12.
12. Ботнарюк М. В., Тимченко Т. Н. Меры сохранения психического здоровья моряков при работе на автономных надводных

- судах. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2024;32(S1):548–54.
13. Тимченко Т. Н. Меры предупреждения летальных исходов у женщин моряков. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2025;33(1):59–64.
 14. Ботнарчук М. В. Исследование проблемных аспектов сохранения здоровья женщин-моряков в торговом судоходстве. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2025;33(1):53–8.
 15. Безуглова А. А., Васильева О. С., Правдина Л. Р. Особенности социально-психологической адаптации у лиц с разными стратегиями совладающего поведения. *Российский психологический журнал*. 2017;14(4):180–204.
 16. Байковский Ю. В., Алёшичева А. В., Самойлов Н. Г., Казаков Д. А. Повышение эффективности психологического здоровья с учетом дифференцированного применения нагрузок в различные фазы овариально-менструального цикла волейболисток. *Теория и практика физической культуры*. 2019;(10):22–4.
 17. Булгакова С. В., Романчук Н. П. Участие гормонов в процессах когнитивного и социально-эмоционального старения. *Бюллетень науки и практики*. 2020;6(8):97–129.
 18. Розанов В. А. Стресс и психическое здоровье (нейробиологические аспекты). *Социальная и клиническая психиатрия*. 2013;23(1):79–86.
 5. Radina N. K. What gender theory does Russian social psychology need. *Social Psychology and Society*. 2024;15(3):21–37 (in Russian).
 6. Kalabikhina I. E. How do we know whether gender equality has arrived? *Woman in Russian Society*. 2021;(2):3–16 (in Russian).
 7. Khotkina Z. A. 30 years of Russian gender studies: retrospective and perspectives. *Woman in Russian Society*. 2020;(2):26–37 (in Russian).
 8. IMO's Women in Maritime Program. Goal (SDG) 5 "Gender equality". Available at: <https://www.imo.org/en/MediaCentre/PressBriefings/Pages/02-womeninmaritimelogo.aspx> (accessed 10.12.2024) (in Russian).
 9. The Maritime Labour Convention, 2006, as amended. Available at: http://www.sur.ru/upload/legislation/KTMS_file_2_37_6811.pdf (accessed 10.12.2024) (in Russian).
 10. International Labour Organization Convention No. 111, 1958 "On Discrimination in Employment and Occupation". Available at: https://lpol.lesnoi.by/wp-content/uploads/2020/06/Konventsiya_MOT_111.pdf (accessed 12.12.2024) (in Russian).
 11. Timchenko T. N., Boran-Keshishyan A. L. Untimely repatriation of ship crew members as a threat to psychological health. *Problems of social hygiene, public health and the history of medicine*. 2025;30(6):1306–12 (in Russian).
 12. 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).
 13. Timchenko T. N. The measures preventing lethal outcomes in female sailors. *Problems of social hygiene, public health and the history of medicine*. 2025;33(1):59–64 (in Russian).
 14. Botnariuk M. V. The study of problematic aspects of maintenance of health of female sailors in merchant shipping. *Problems of social hygiene, public health and the history of medicine*. 2025;33(1):53–8 (in Russian).
 15. Bezuglova A. A., Vasil'eva O. S., Pravdina L. R. Socio-Psychological Adaptation in Individuals with Different Coping Strategies. *Russian Psychological Journal*. 2017;14(4):180–204 (in Russian).
 16. Baykovsky Yu. V., Aleshicheva A. V., Samoylov N. G., Kazakov D. A. Volleyball players' mental health improvement trainings customized to ovarian menstrual cycle. *Theory and Practice of Physical Culture*. 2019;(10):22–4 (in Russian).
 17. 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).
 18. Rozanov V. A. Stress and mental health (neurobiological aspects). *Social and Clinical Psychiatry*. 2013;23(1):79–86 (in Russian).

Поступила 03.09.2024
Принята в печать 30.10.2024

REFERENCES

1. Terenchuk O. L., Smarysheva V. A. The psycho-emotional state of sailors during a long voyage. *Applied Psychology and Psychoanalysis*. 2020;(1):2 (in Russian).
2. Lizogubova V. V. The psychological aspect of occupational safety in the workplace on passenger ships and river transport. *Young Scientist*. 2022;21(416):150–2 (in Russian).
3. Karetnikov V. V., Kozik S. V., Sokolova I. A. Account of individual-psychological features of seafarers and influence of human factor on safety of transport process. *Vestnik of Astrakhan State Technical University. Series: Marine engineering and Technologies*. 2018;(1):16–23 (in Russian).
4. Grigorieva N. S., Chubarova T. V. Health promotion in the context of behavioral economics: gender aspects. *Population*. 2020;23(2):112–24 (in Russian).

Тимченко Т. Н.

АГРЕССИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ НА БОРТУ СУДНА КАК ФАКТОР ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПСИХОСОЦИАЛЬНЫХ РИСКОВ

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

Изучение основ агрессивных действий и поступков на рабочем месте, направленных на причинение вреда коллегам и самому себе, а также на разрушение нормального психологического климата в коллективе, является одной из значимых проблем современной медицины. С учетом специфики трудовой деятельности моряков данным проблемным аспектом озабочена и Международная организация труда. В представленной статье раскрыта этимология понятий «агрессия» и «агрессия на рабочем месте», определены основные причины проявления неконтролируемой агрессии, установлены ключевые требования международных конвенций и руководств по обеспечению условий труда моряков без страха физического и психологического насилия. На основе результатов медицинской экспертизы сформулированы практические меры по предупреждению психо-социальных рисков на борту судна.

Ключевые слова: агрессия; рабочее место; судно; члены экипажа; психические и психологические расстройства; риски; медицинская помощь; практические рекомендации.

Для цитирования: Тимченко Т. Н. Агрессивное поведение на борту судна как фактор возникновения психо-социальных рисков. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2025;33(4):693–699. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2025-33-4-693-699>

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

Timchenko T. N.

THE AGGRESSIVE BEHAVIOR ON BOARD A SHIP AS FACTOR OF ORIGIN OF PSYCHO-SOCIAL RISKS

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

The investigation of basis of aggressive actions and behavior at workplace targeted to cause harm to colleagues and to oneself, as well as destruction of team normal psychological climate is one of significant problems of modern medicine. Taking into account specifics of labor activity of sailors, by this problematic aspect also is concerned the International Labor Organization. The article reveals etymology of concepts “aggression” and “aggression at workplace”, identifies main causes of manifestation of uncontrolled aggression, establishes key requirements of international conventions and guidelines ensuring for sailors working conditions without fear of physical and psychological violence. Based on results of medical expertise, practical measures are formulated to prevent psycho-social risks on shipboard.

Keywords: aggression; workplace; ship; crew; mental and psychological disorders; risks; medical care; practical recommendations.

For citation: Timchenko T. N. The aggressive behavior on board a ship as factor of origin of psycho-social risks. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniia i istorii meditsini*. 2025;33(4):693–699 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2025-33-4-693-699>

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

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support.

Received 30.08.2024

Accepted 30.10.2024

Введение

Безопасные и здоровые условия труда не только являются одним из основных прав человека, но и сводят к минимуму напряженность и конфликты на рабочем месте, снижают текучесть кадров, повышают производительность труда. Так, домогательства и издевательства на борту судна могут иметь серьезные последствия для физического и эмоционального здоровья моряков, приводить к снижению мотивации и увеличению заболеваемости, а также угрожать сплоченности и эффективности совместной деятельности.

Учитывая тот факт, что в период срока контракта судно является для членов экипажа не только «нестандартным» рабочим местом (изоляция, размер и близость кают, необходимость оставаться на

работе в периоды отдыха, вибрационные и тепловые воздействия), но и домом, обеспечение нормального психологического климата является первостепенной задачей любого судовладельца.

Все моряки имеют право работать, не подвергаясь домогательствам и издевательствам. Однако на практике встречаются случаи агрессивного поведения отдельных членов экипажа. Данное обстоятельство обусловлено тем, что моряк может некомфортно чувствовать себя на судне, проявляя недовольство нервозностью и агрессией. Как правило, этот факт связан с жизнью моряка вне судна, но именно в замкнутом пространстве у него понижается стрессоустойчивость и наступает пик агрессии.

Целью настоящего исследования стало выявление основных причин проявления неконтролируе-

мой агрессии на рабочем месте, раскрытие понятийного аппарата в рамках психосоциальных рисков на борту судна, а также разработка практических рекомендательных мер по обеспечению работы моряков без страха психологического и физического насилия.

Материалы и методы

Объектом настоящего исследования выступили члены экипажей торговых судов, осуществляющие профессиональные функции на борту судна в рамках трудового контракта. Предметом исследования стали причинно-следственные связи проявления агрессивного поведения на рабочем месте, влияющие не только на жизнь коллег, но и на эффективность общего дела. Источниками получения необходимой информации послужили результаты научных исследований разных ученых в рамках раскрытия сущности терминов «агрессия» и «агрессия на рабочем месте», требования международных конвенций и руководств относительно необходимости обеспечения работы моряков без наступления психосоциальных рисков, данные медицинской экспертизы по установлению диагноза «маниакальная атака с психотическими симптомами», а также итоги собственных изысканий автора по вопросам возможных психических расстройств моряков и предпринимаемых мер по оказанию необходимой первой медицинской помощи.

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

- Конвенция 2006 г. о труде в морском судоходстве с поправками.
- Конвенция 190, Рекомендация 206 и сопровождающая их резолюция.
- Конвенция № 111 Международной организации труда «Относительно дискриминации в области труда и занятий».

- Всеобщая декларация прав человека.
- Руководство по искоренению домогательств, издевательств и притеснений на борту судна.

Потенциальные психические и психологические риски нарушения здоровья моряков, а также причины их возникновения определены на основе работ М. В. Ботнарюк, А. Л. Боран-Кешишьяна и Т. Н. Тимченко.

Кроме того, в ходе исследования автором были использованы такие методы научного познания, как анализ и синтез, проблемный и ситуационный подходы, контент-анализ, сравнение, глубинный опрос.

Результаты исследования

Агрессия является одним из значимых проблемных аспектов человеческой природы, а причины ее проявления выступают предметом научных дискуссий многих исследователей в течение длительного периода времени [1—6]. Тем не менее на сегодняшний день окончательного понимания сущности термина «агрессия» не достигнуто. Ряд авторов под агрессией понимают «любое поведение человека, содержащее угрозу и наносящее ущерб» [7]. Т. Б. Дмитриева и Б. В. Шостакович рассматривают агрессивное поведение человека как действия, базирующиеся на агрессивности и направленные на причинение физического, морального или иного ущерба людям или другим объектам окружающего мира, сопряженные с насилием против них [8].

По мнению других исследователей, агрессия представляет собой мотивированное враждебное и деструктивное поведение, направленное на окружающих людей, причиняющее им психологический дискомфорт или физический вред [9].

Агрессивное поведение разнообразно. Оно может быть прямым и непрямым, вербальным и физическим, проактивным и реактивным. При этом необходимо отметить, что агрессия может быть как врожденной, так и приобретенной в ходе развития



Рис. 1. Возможные психологические причины проявления неконтролируемой агрессии.

человека. По мнению автора, к основным факторам, приводящим к агрессивному поведению, можно отнести постоянное напряжение, стрессовые ситуации, бессонницу, различные заболевания, а также некомфортное окружение. Что касается неконтролируемой агрессии, то возможные психологические причины ее проявления представлены на рис. 1.

Среди физиологических причин проявления неконтролируемой агрессии можно выделить:

- нарушение гормонального баланса (избыток тестостерона у мужчин может способствовать агрессивному поведению);
- алкоголь, наркотические и психотропные вещества (изменяют работу мозга и стимулируют развитие агрессивного поведения).

Также нельзя не отметить социокультурные причины. К данной категории можно отнести неблагоприятные жилищные условия, низкие социальные навыки (неспособность эффективно общаться и разрешать конфликты) и дискриминацию.

Стоит подчеркнуть, что агрессия проявляется не только в повседневной жизни человека, но и на рабочем месте. Под агрессией на рабочем месте в рамках настоящего исследования автор понимает агрессивную форму поведения работника с целью защиты и достижения собственных целей за счет причинения ущерба коллективу и компании в целом.

Практика показывает, что в настоящее время многие руководители сталкиваются с агрессивным поведением своих сотрудников, которые не только разрушают рабочую атмосферу, но и умышленно причиняют вред своим коллегам. Так, в одной IT-организации произошла драка двух программистов, один из которых имел большой стаж работы, а другой выполнял трудовые функции менее 2 лет. Причиной агрессивного поведения на рабочем месте стала разница взглядов руководства в вопросах размера заработной платы и предоставляемых преференций. Произошедшее привело к противостоянию сотрудников [10].

Другим примером проявления агрессивного поведения на рабочем месте стали результаты исследования В. Г. Дерюшкина и соавт. В своей работе они выявили проблему реальной агрессии пациентов по отношению к практикующим врачам (с акцентом на первичном звене здравоохранения) [11].

Данный проблемный аспект не мог не затронуть и морское торговое судоходство, учитывая специфику профессиональной деятельности моряков. Так, в 2022 г. Международная организация труда (МОТ) в морском судоходстве опубликовала заявление о необходимости обеспечения работы моряков без страха психологического и физического насилия [12]. Комитет МОТ призвал судовладельцев и моряков быть проактивными в вопросах предотвращения дискриминации, физического и психического насилия на борту судна, чтобы члены экипажа могли работать в безопасных условиях.

Существует определенная нормативная база, которая должна обеспечивать безопасное рабочее ме-

Таблица 1

Положения международных конвенций и руководств о необходимости обеспечения работы моряков без страха психологического и физического насилия

Наименование конвенции или руководства	Сущность основных положений
Конвенция 2006 г. о труде в морском судоходстве с поправками	Каждый моряк имеет право на безопасное и надежное рабочее место, которое соответствует нормам безопасности
Конвенция 190 «Искоренение насилия и домогательств в сфере труда»	Каждый человек имеет право на сферу труда, свободную от насилия и домогательств, включая гендерное насилие и домогательства
Конвенция № 111 «Относительно дискриминации в области труда и занятий»	Все люди, независимо от расы, веры или пола, имеют право на осуществление своего материального благосостояния и духовного развития в условиях свободы и достоинства, экономической устойчивости и равных возможностей
Руководство по искоренению домогательств, издевательств и притеснений на борту судна	Домогательства и издеательства на борту судна могут иметь серьезные последствия для физического и эмоционального здоровья моряков, приводить к снижению мотивации и увеличению заболеваемости и могут поставить под угрозу сплоченную и эффективную совместную работу

сто для всех членов экипажей. Ключевые аспекты международных конвенций и руководств по данному вопросу представлены в табл. 1.

Конвенция 2006 г. о труде в морском судоходстве предусматривает охрану здоровья, обеспечение безопасности и предупреждение несчастных случаев в свете конкретных потребностей моряков, которые живут и работают на борту судна [13].

Конвенция 190 «Искоренение насилия и домогательств в сфере труда» определяет, что насилие и домогательства в сфере труда негативно воздействуют на психологическое состояние, физическое и сексуальное здоровье людей, на их чувство достоинства, на семейную обстановку и социальную среду. Кроме того, данный фактор отрицательно воздействует на качество государственных и частных услуг и может препятствовать лицам, особенно женщинам, вступать на рынок труда, оставаться в составе рабочей силы и профессионально развиваться [14].

Конвенция № 111 «Относительно дискриминации в области труда и занятий» раскрывает этимологию понятия «дискриминация» [15], под которой понимается нарушение прав, провозглашенных во Всеобщей декларации прав человека (все люди рождаются свободными и равными в своем достоинстве и правах, а также должны поступать в отношении друг друга в духе братства) [16].

Руководство по искоренению домогательств, издевательств и притеснений на борту судна раскрывает понятия «домогательство» и «издевательство», определяет порядок выявления и сообщения о подобных случаях, а также меры по их ликвидации [17]. В соответствии с данным нормативным документом этимология вышеупомянутых определений и их примеры продемонстрированы на рис. 2.

Кроме того, политика любой судоходной компании по вопросам искоренения домогательств и из-

Домогательство — это форма дискриминации, следствием которой является нарушение достоинства лица и создание запугивающей, враждебной, унижающей или оскорбительной среды.

- инсинуации, насмешки, непристойные шутки или замечания;
- комментарии о внешнем виде или характере человека, вызывающие дискомфорт;
- нежелательное вербальное или физическое внимание;
- нежелательные сексуальные заигрывания;
- распространение злонамеренных слухов и оскорблений и др.

Издевательство — это форма домогательств, которая включает враждебное или мстительное поведение, приводящее к чувству угрозы или запугивания лица, на которое они направлены.

- принижение или высмеивание человека;
- внезапные вспышки ярости или проявления гнева против отдельного человека или группы;
- постановка низменных или унижительных задач;
- угрозы или неподобающие комментарии в отношении перспектив карьерного роста;
- кибер-издевательства и др.

Рис. 2. Понятия домогательства и издевательства на борту судна.

девательств на борту судна должна предусматривать [17]:

- назначение ответственного лица;
- создание условий труда, уважающих достоинство и благополучие всех моряков;
- приведение примеров типов поведения, которые могут быть классифицированы как оскорбления и издевательства;
- предоставление контактной информации, позволяющей морякам сообщать об инцидентах.

Несмотря на предпринимаемые меры, многие члены экипажей терпят психологическое и физическое воздействие до конца срока действия трудового контракта или перевода на другое судно и сталкиваются с агрессивным поведением коллег [18—20]. В этой связи разработка практических рекомендаций по устранению психосоциальных рисков на рабочем месте является актуальной.

Обсуждение

Рассмотрим реальный медицинский случай (острое психотическое расстройство), произошедший на борту судна с моряком рядового состава 2002 года рождения. Опрос представителей судовладельца, страхового клуба, морского агента, а также отдельных членов экипажа позволил составить хронологию происшедших событий на борту судна в период с 02.01.2025 по 04.02.2025:

- 02.01.2025 в 17:15 в ходе учений по технике безопасности с экипажем моряк вел себя неадекватно, был груб, отвечал нецензурными выражениями на приказы помощников капитана, игнорируя их.
- 03.01.2025 в 23:20 при подготовке судна к заходу зарубежный порт (Турция) моряк вышел на мостик в напряженном, эмоционально перевозбужденном, неуравновешенном состоянии. В это время на мостике находился капитан судна. После короткого взаимного разговора моряк самостоятельно переключил управление судном на ручное, а также установил ход судна на полной скорости. Незамедли-

тельно управление судном было возвращено капитаном. Все просьбы покинуть мостик моряком были отклонены. Позже он активировал кнопку аварийного пожаротушения и выключил переключатели на главном распределительном щите.

- 03.01.2025 в 23:40 капитан судна объявил по громкой связи всему экипажу о необходимости прибыть на мостик.
- 03.01.2025 в 23:45 в присутствии всех членов экипажа было принято решение ограничить возможность передвижения по судну моряка и изолировать его в таможенной кладовой в целях предупреждения возникновения ситуации, опасной как для жизни членов экипажа, так и для захода судна в зарубежный порт.
- 04.01.2025 в 00:05 моряк был заперт в таможенной кладовой судна. Для обеспечения необходимых условий пребывания в таможенную кладовую принесли матрасы, одеяло и часть одежды члена экипажа. В этих действиях заключалось оказание необходимой первой медицинской помощи на борту судна (изоляция) с учетом происходящих событий [21].
- 04.01.2025 с 00:05 до 03:00 моряк предпринимал неоднократные попытки выломать дверь, а также ходил в таможенной кладовой без одежды. В период с 03:00 до 08:00 изолированный моряк спал на матрасах в таможенной кладовой.
- 04.01.2025 с 08:00 до 10:35 моряк продолжил неоднократные попытки выломать дверь таможенной кладовой, кричал и оскорблял окружающих.
- 04.01.2025 в 10:35 капитан судна оформил запрос о необходимости оказания неотложной медицинской помощи.
- 04.01.2025 в 12:38 прибыла бригада скорой помощи. После того как два врача осмотрели моряка, они попросили вызвать полицию, поскольку не смогли сделать укол агрессивному члену экипажа.

- 04.01.2025 с 13:05 до 13:20 приехала полиция, в присутствии которой врач скорой помощи получил возможность сделать укол.
- 04.01.2025 в 13:25 моряк зашел в машину скорой помощи под контролем врача и полиции. Однако в 13:32 он разрушил пластиковые фиксаторы рук и попытался выбежать из машины скорой помощи.
- 04.01.2025 в 13:45 при содействии грузчиков, врачей и членов экипажа судна моряк был привязан к носилкам машины скорой помощи, после чего транспортное средство отбыло от причала.

После осмотра пациента в зарубежной службе неотложной помощи был поставлен диагноз «маниакальная атака с психотическими признаками». При этом было зафиксировано, что алкоголь и наркотики членом экипажа не употреблялись. По результатам осмотра была признана целесообразной 21-дневная госпитализация пациента для дальнейшего обследования и лечения. Кроме того, было принято решение о необходимости госпитализации в закрытой палате без возможного общения пациента с внешним миром.

За период госпитализации были проведены 30 сеансов глубокой транскраниальной магнитной стимуляции (ТМС), генотипирование, медикаментозная терапия и индивидуальное психотерапевтическое лечение. Медикаментозная терапия заключалась в следующем:

- Зипрекса 20 мг/сут;
- Нордодол 20 мг/сут;
- Ноотропил 1600 мг/сут.

В ранних исследованиях автора было установлено, что в случае необходимости оказания медицинской помощи члену экипажа, выполняющему профессиональные обязанности на борту судна, расходы возлагаются на судовладельца (страховой случай) [22]. В рассматриваемой медицинском случае затраты судовладельца составили более 46 тыс. долларов США:

- экстренная госпитализация — 641,12 доллара США;
- услуги машины скорой помощи — 403,61 доллара США;
- расходы на лечение в больнице 21-дневное — 41 708,92 доллара США;
- медицинская помощь — 3880,89 доллара США.

Необходимо отметить, что агрессивный член экипажа судна приступил к выполнению своих профессиональных обязанностей в декабре 2024 г. и до наступления острого психотического расстройства находился на борту судна не более одного месяца. Кроме того, до начала рейса он прошел необходимое медицинское обследование, подтвердившее его профессиональную пригодность к плаванию, а также представил результаты оценки его производительности труда капитаном судна за прошедший период времени (табл. 2).

Таблица 2

Оценка производительности труда моряка в предыдущих рейсах
(Crew Appraisal Form)

Наименование показателя производительности труда	Оценка
Уровень профессиональных знаний и навыков	Удовлетворительно
Отношение к работе и надежность	Хорошо
Инициативность	Удовлетворительно
Поведение и подчинение приказам	Хорошо
Трезвость	Хорошо
Знание английского языка	Удовлетворительно
Проявление интереса к обучению и развитию навыков	Удовлетворительно
Умение работать в команде	Хорошо
Знание экологических требований	Хорошо
Знание требований по безопасности мореплавания	Хорошо
Социализация	Хорошо
Готовность к работе в стрессовых ситуациях	Хорошо
Готовность к работе в смешанном экипаже	Хорошо

Положительные оценки производительности труда моряка по таким показателям, как социализация, подчинение приказам, умение работать в команде и готовность к стрессовым ситуациям, не коррелируют с симптомами маниакального психоза, проявившимися у него через несколько месяцев. Данное заболевание характеризуется нарушением восприятия окружающей действительности, в том числе неправильным представлением о своей личности. У человека проявляются бредовые мысли и галлюцинации, теряется связь с реальностью, а поведение становится неадекватным, что не заметить невозможно.

Заключение

Исследование позволяет сделать вывод о том, что агрессия представляет собой сложную разрушающую эмоцию, пагубно влияющую не только на человека, проявляющего ее, но и на окружающих людей. Определить склонность человека к агрессии может только врач-психиатр, применяя такие методы, как опрос и наблюдение за поведением пациента (видеозапись) или специальное психодиагностическое тестирование.

При этом лечение агрессивного поведения представляет собой длительный процесс. Выбор методов будет зависеть от результатов диагностики и множественных причин, спровоцировавших подобное отклонение.

Для достижения целевых ориентиров международных конвенций и руководств о необходимости обеспечения работы моряков без страха психологического и физического насилия, а также решения выявленного в работе проблемного вопроса (агрессивное поведение на рабочем месте) автором предлагаются следующие практические рекомендации:

- Введение требования о прохождении обязательного психометрического тестирования в компании судовладельца при отборе потенциальных кандидатов для работы на судах торгового мореплавания. Применение данной методики позволит оценить не только профессиональные способности человека, но и его пси-

хологические характеристики (мотивы, склонности, ценности, уровень акцентуации).

- Добавление в Правила проведения предрейсовых медкомиссий моряков обязательного требования о прохождении психодиагностического тестирования у врача-психиатра. Такая клиническая мера поможет оценить уровень агрессивности и враждебности члена экипажа, а также диагностировать возможные психические отклонения.
- Введение персональной ответственности капитана судна за необъективную оценку производительности труда моряка в рейсе.

По мнению автора, комплексное внедрение предложенных рекомендательных мер будет способствовать предупреждению приема на работу моряков, не соответствующих нормам международного и национального законодательства в рамках торгового судоходства; снижению рисков проявления неконтролируемой агрессии на рабочем месте, минимизации случаев психического расстройства членов экипажей судов и суицида в море, а также уменьшению количества выплат по страховым случаям.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Васильев В. А. Молекулярная психогенетика: исследование девиантного агрессивного поведения человека. *Генетика*. 2011;47(9):1157—68.
2. Озерова А. В., Ларина А. А. Трансформация агрессивного поведения в современном обществе. *Электронный научно-практический журнал «Синергия»*. 2018;(2):36—41.
3. Драгович А. Ю., Боринская С. А. Генетическая и геномная основа агрессивного поведения человека. *Генетика*. 2019;55(12):1381—96.
4. Самигулин Т. Р., Смирнов И. З., Лаушкина А. А. Определение маркеров агрессивного поведения человека на основе анализа аудио и текстового каналов. *Научный результат. Информационные технологии*. 2022;7(2):55—7.
5. Шатыр Ю. А., Мулик А. Б., Трандина А. Е., Бунтовская А. С., Глушаков Р. И. Биоинформационный поиск генетических маркеров системного проявления склонности человека к агрессивному, суицидальному и аддиктивному поведению. *Морская медицина*. 2024;10(2):33—44.
6. Сухарева Н. Ф., Тимошенко А. П. Агрессивное поведение людей зрелого возраста с разной стрессоустойчивостью. *Векторы психолого-педагогических исследований*. 2024;(3):35—41.
7. Шагако Д. С. Агрессия и насилие в контексте социальных взаимодействий. *Вестник Адыгейского государственного университета. Серия 1: Регионоведение: философия, история, социология, юриспруденция, политология, культурология*. 2010;(1):134—41.
8. Дмитриева Т. Б. Агрессия и психическое здоровье. Под ред. Т. Б. Дмитриевой, Б. В. Шостаковича. СПб.: Юрид. центр Пресс; 2002. 464 с.
9. Виды агрессии и способы их выявления. Режим доступа: <https://5prism.ru/articles/psihologiya/vidy-agressii/> (дата обращения 23.12.2024).
10. Агрессия на рабочем месте. Режим доступа: <https://forwind.ru/agressiya-na-rabochem-meste> (дата обращения 23.12.2024).
11. Дерюшкин В. Г., Гацура О. А., Гацура С. В. Феномен агрессии пациента, по мнению практикующего врача. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2021;29(5):1332—7.
12. Моряки должны жить без страха психологического и физического насилия. Режим доступа: http://www.xn--1lafcf.xn--plai/ru/news/lent/2022-08-09/morjaki-dolzhy-zhit-bez-strakha-psikhologicheskogo-i-fizicheskogo-nasilija__21505/ (дата обращения 25.12.2024).
13. Конвенция 2006 года о труде в морском судоходстве с поправками. Режим доступа: https://www.ilo.org/sites/default/files/wcmsp5/groups/public/@ed_norm/@normes/documents/normativeinstrument/wcms_560901.pdf (дата обращения 23.12.2024).
14. Искоренение насилия и домогательств в сфере труда: Конвенция 190, Рекомендация 206 и сопровождающая их резолюция. Режим доступа: <https://base.garant.ru/402887785/> (дата обращения 23.12.2024).
15. Конвенция № 111 Международной организации труда «Отношение дискриминации в области труда и занятий» (принята в г. Женеве 25.06.1958 на 42-й сессии Генеральной конференции МОТ). Режим доступа: <https://www.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc&base=LAW&n=120760&dst=100003#EohsIcUHzeZuSIHC> (дата обращения 23.12.2024).
16. Всеобщая декларация прав человека (принята Генеральной Ассамблеей ООН 10.12.1948). Режим доступа: <https://www.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc&rnd=13QQg&base=LAW&n=120805#X0SNLcUouNQr7K71> (дата обращения 24.12.2024).
17. Руководство по искоренению домогательств, издевательств и притеснений на борту судна. Режим доступа: <https://rmtcons.com/media/2019/03/rukovodstvo-po-iskoreneniju-domogatelstv-2.pdf> (дата обращения 27.12.2024).
18. 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.
19. Ботнарюк М. В., Тимченко Т. Н. Меры сохранения психического здоровья моряков при работе на автономных надводных судах. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2024;32(S1):548—54.
20. Ботнарюк М. В. Исследование проблемных аспектов сохранения здоровья женщин-моряков в торговом судоходстве. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2025;33(1):53—8.
21. 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.
22. Тимченко Т. Н., Боран-Кешишьян А. Л. Современные аспекты медицинского страхования здоровья и жизни членов экипажей судов. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2022;30(3):428—33.

Поступила 30.08.2024
Принята в печать 30.10.2024

REFERENCES

1. Vasiliev V. A. Molecular psychogenetics: a study of deviant aggressive behavior in humans. *Genetics*. 2011;47(9):1157—68 (in Russian).
2. Ozerova A. V., Larina A. A. Transformation of aggressive behavior in modern society. *Electronic scientific and practical journal "Synergy"*. 2018;(2):36—41 (in Russian).
3. Dragovich A. Yu., Borinskaya S. A. Genetic and genomic basis of aggressive behavior in humans. *Genetics*. 2019;55(12):1381—96 (in Russian).
4. Samigulin T. R., Smirnov I. Z., Laushkina A. A. Determination of markers of aggressive behavior in humans based on the analysis of audio and text channels. *Scientific result. Information Technologies*. 2022;7(2):55—7 (in Russian).
5. Shatyr Yu. A., Mulik A. B., Trandina A. E., Buntovskaya A. S., Glushakov R. I. Bioinformational Search for Genetic Markers of Systemic Manifestation of Human Tendency to Aggressive, Suicidal, and Addictive Behavior. *Marine Medicine*. 2024;10(2):33—44 (in Russian).
6. Sukhareva N. F., Timoshenko A. P. Aggressive Behavior of Mature People with Different Stress Resistance. *Vectors of Psychological and Pedagogical Research*. 2024;(3):35—41 (in Russian).
7. Shagako D. S. Aggression and Violence in the Context of Social Interactions. *Bulletin of Adyge State University. Series 1: Regional Studies: Philosophy, History, Sociology, Jurisprudence, Political Science, Cultural Studies*. 2010;(1):134—41 (in Russian).
8. Dmitrieva T. B. Aggression and Mental Health. Ed. by T. B. Dmitrieva, B. V. Shostakovich. St. Petersburg: Legal Center Press; 2002. 464 p. (in Russian).

Здоровье и общество

9. Types of Aggression and Methods for Identifying Them. Available at: <https://5prism.ru/articles/psihologiya/vidy-agressii/> (accessed 23.12.2024) (in Russian).
10. Aggression in the Workplace. Available at: <https://forwind.ru/agressiya-na-rabochem-meste> (accessed 23.12.2024).
11. Deryushkin V. G., Gatsura O. A., Gatsura S. V. The phenomenon of patient aggression, according to a practicing physician. *Problems of social hygiene, health care and history of medicine*. 2021;29(5):1332–7 (in Russian).
12. Seafarers must live without fear of psychological and physical violence. Available at: http://www.xn—11afcf.xn—p1ai/ru/news/lent/2022-08-09/morjaki_dolzny_zhit_bez_strakha_psikhologicheskogo_i_fizicheskogo_nasilija__21505/ (accessed 25.12.2024) (in Russian).
13. Maritime Labour Convention, 2006, as amended. Available at: https://www.ilo.org/sites/default/files/wcmsp5/groups/public/@ed_norm/@normes/documents/normativeinstrument/wcms_560901.pdf (accessed 23.12.2024) (in Russian).
14. Elimination of violence and harassment in the world of work: Convention 190, Recommendation 206 and the accompanying resolution. Available at: <https://base.garant.ru/402887785/> (accessed 23.12.2024) (in Russian).
15. Convention No. 111 of the International Labour Organization “Concerning Discrimination (Employment and Occupation)” (adopted in Geneva on 25.06.1958 at the 42nd session of the ILO General Conference). Available at: <https://www.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc&base=LAW&n=120760&dst=100003#Eo-hsIcUHZeZuSIHC> (accessed 23.12.2024) (in Russian).
16. Universal Declaration of Human Rights (adopted by the UN General Assembly on 10.12.1948). Available at: <https://www.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc&rnd=l3QQg&base=LAW&n=120805#X0SNLcU-ouNQr7K71> (accessed 24.12.2024) (in Russian).
17. Guidelines for the Elimination of Harassment, Bullying and Bullying on Board Ships. Available at: <https://rmtcons.com/media/2019/03/rukovodstvo-po-iskoreneniju-domogatelstv-2.pdf> (accessed 27.12.2024) (in Russian).
18. Timchenko T. N., Boran-Keshishyan A. L. Untimely repatriation of ship crew members as a threat to psychological health. *Problems of social hygiene, health care and history of medicine*. 2022;30(6):1306–12 (in Russian).
19. Botnaryuk M. V., Timchenko T. N. Measures to maintain the mental health of seafarers working on autonomous surface vessels. *Problems of social hygiene, health care and history of medicine*. 2024;32(S1):548–54 (in Russian).
20. Botnaryuk M. V. A study of problematic aspects of maintaining the health of women seafarers in merchant shipping. *Problems of social hygiene, health care and the history of medicine*. 2025;33(1):53–8 (in Russian).
21. Timchenko T. N. Inadequate first medical aid on board a sea-going vessel as a risk factor for poor health of crew members. *Problems of social hygiene, health care and the history of medicine*. 2024;32(S1):659–63 (in Russian).
22. Timchenko T. N., Boran-Keshishyan A. L. Modern aspects of medical insurance of health and life of ship crew members. *Problems of social hygiene, health care and the history of medicine*. 2022;30(3):428–33 (in Russian).

Каменева Т. Н., Разов П. В.

РОЛЬ МУНИЦИПАЛЬНЫХ СЛУЖАЩИХ В ФОРМИРОВАНИИ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩЕЙ СРЕДЫ

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

Статья основана на результатах исследования, посвященного привлекательности муниципальной службы. Цель исследования заключалась в изучении роли муниципальных служащих в формировании здоровьесберегающей среды, трансляции здорового образа жизни и выяснении отношения к собственному здоровью. Объект исследования — приверженность муниципальных служащих практикам здорового образа жизни. В исследовании приняли участие 275 представителей муниципальной службы. Инструментарий исследования предполагал несколько блоков: вопросы, касающиеся личных практик здоровьесберегающего поведения, участия в культурно-массовых, спортивных мероприятиях, понимания роли амбассадоров здорового образа жизни, оценки мер, реализуемых муниципальным образованием в отношении укрепления общественного здоровья. В ходе исследования установлено, что муниципальные служащие, несмотря на высокие перегрузки, стараются придерживаться здорового образа жизни, быть примером для населения и способствовать распространению идеологии здорового образа жизни. Реализуемые муниципалитетами мероприятия требуют участия со стороны бизнеса, некоммерческих организаций, более широкого освещения в средствах массовой информации. Формирование здоровьесберегающей среды должно быть основано на межведомственном взаимодействии.

К л ю ч е в ы е с л о в а : здоровье; социальное здоровье; муниципальные служащие; здоровьесберегающая среда.

Для цитирования: Каменева Т. Н., Разов П. В. Роль муниципальных служащих в формировании здоровьесберегающей среды. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2025;33(4):700–705. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2025-33-4-700-705>

Для корреспонденции: Каменева Татьяна Николаевна, д-р социол. наук, доцент, профессор кафедры социологии факультета социальных наук и массовых коммуникаций; главный научный сотрудник Института гуманитарных технологий и социального инжиниринга ФГОБУ ВО «Финансовый университет при Правительстве РФ», e-mail: kalibri0304@yandex.ru

Kameneva T. N., Razov P. V.

THE ROLE OF MUNICIPAL EMPLOYEES IN FORMATION OF HEALTH PRESERVING ENVIRONMENT

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

The article considers results of studying attractiveness the municipal service. The purpose of the study was to investigate role of municipal employees in formation of health preserving environment, transmission of healthy lifestyle and ascertain attitudes to one's own health. The object of the study was commitment of municipal employees to healthy lifestyle practices. The study sampling included 275 representatives of municipal service. The research toolkit included several blocks: questions related to personal practices of preserving behavior; participation in cultural and sport events; understanding role of ambassadors of healthy lifestyle; evaluation of measures implemented by municipality education regarding public health promotion. It is established that municipal employees, despite high workload, try to adhere to healthy lifestyle, to be an example for population and to promote propagation of healthy lifestyle ideology. The measures implemented by municipalities require participation of business and non-profit organizations representatives. The wider mass media coverage is also needed. The formation of health-preserving environment is to be based on inter-departmental co-operation.

Key words: health; social health; municipal employees; health-preserving environment.

For citation: Kameneva T. N., Razov P. V. The role of municipal employees in formation of health preserving environment. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2025;33(4):700–705 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2025-33-4-700-705>

For correspondence: Kameneva T. N., doctor of sociological sciences, associate professor, professor of the Chair of Sociology of the Faculty of Social Sciences and Mass Communications of the Federal State Educational Budgetary Institution of Higher Education "Financial University under the Government of the Russian Federation". e-mail: kalibri0304@yandex.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 07.09.2024
Accepted 30.10.2024

Введение

Здоровье населения — важнейший фактор качества жизни и главный ресурс социально-экономического развития страны. Национальными целями развития Российской Федерации на период до 2030 г. и на перспективу до 2036 г. являются сохранение населения, укрепление здоровья и повышение благополучия людей, поддержка семьи, реализация потенциала каждого человека, развитие его

талантов, воспитание патриотичной и социально ответственной личности, комфортная и безопасная среда для жизни и экологическое благополучие. Реализация поставленных целей находится в тесной взаимосвязи с вопросами укрепления общественно-го здоровья.

Безусловно, в сфере общественного здоровья сегодня одними усилиями медицинских работников не обойтись, значение муниципалитетов в укреплении общественного здоровья достаточно велико.

Здоровье и общество

Более того, эффективность решения задачи создания здоровьесберегающих пространств, способствующих укреплению общественного здоровья, требует скоординированных действий всех заинтересованных сторон, в том числе муниципальных образований, медицинских организаций, органов социальной защиты, производственных предприятий и бизнес-сообществ, некоммерческих организаций, средств массовой информации. Важной повесткой деятельности муниципалитетов выступает вовлечение населения в формирование и продвижение идеологии здорового города. Однако деятельность в сфере укрепления общественного здоровья предполагает комплексный подход к достижению конкретных и измеримых улучшений показателей качества жизни, здоровья, продолжительности здоровых лет полноценной жизни населения путем создания инфраструктуры общественного здоровья.

Межведомственное взаимодействие на муниципальном уровне обеспечивается вовлечением городских управ в координацию и реализацию локально действующих программ и проектов по укреплению общественного здоровья. Такой подход ориентирован на учет местных особенностей территории, инфраструктуры и проживающего населения. Как отмечает О. М. Драпкина, «влияние муниципальной инфраструктуры на формирование здоровьесберегающей среды и здоровье населения велико. Накопленный на сегодняшний день опыт взаимодействия органов муниципального самоуправления с представителями здравоохранения на местах, обмен опытом по укреплению здоровья населения между регионами, необходимость четкого целеуказания для специалистов на местах, разработка соответствующих методических рекомендаций, развитие централизованной системы управления системой укрепления здоровья позволяют не только внедрять лучшие практики, но и расширить работу в данном направлении» [1].

Необходимо учитывать и роль в формировании пространств общественного здоровья и здоровьесберегающего поведения самих муниципальных служащих. Их личный пример, приверженность здоровому образу жизни (ЗОЖ) способствуют популяризации практик здоровьесберегающего поведения населения.

Цель исследования — изучение роли муниципальных служащих как амбассадоров ЗОЖ в формировании здоровьесберегающей среды.

Материалы и методы

Объектом исследования стала приверженность муниципальных служащих практике ЗОЖ. В качестве методов исследования были использованы анализ официальных страниц и профилей в социальных сетях, публикация в каналах информации, мессенджерах, опрос муниципальных служащих ($n=275$). Участникам опроса было предложено ответить на вопросы, касающиеся их личных практик здоровьесберегающего поведения, участия в спортивных мероприятиях, понимания их роли как ам-

бассадоров ЗОЖ, а также оценить меры, реализуемые муниципальным образованием в отношении укрепления общественного здоровья.

Формирование системы общественного здоровья выступает важной задачей, реализация которой возможна, во-первых, путем распространения практик здоровьесберегающего поведения среди населения и популяризации ЗОЖ, во-вторых, созданием инфраструктуры общественного здоровья. Причем решение их невозможно без активного участия государства и соответствующей государственной политики. На муниципальные образования в этом отношении возлагается ответственная задача: муниципальные служащие ближе всего находятся к населению, помогают в решении насущных задач, обеспечивают достойное качество жизни и в определенной мере должны быть примером для населения, в том числе в образе жизни.

Реализация муниципальной политики здоровьесбережения в большой степени зависит от приоритетов государственной и региональной политики, но именно она учитывает всю совокупность местных особенностей. В настоящее время исследователями все чаще поднимаются вопросы, связанные с осмыслением роли муниципальных служащих в формировании пространства общественного здоровья и трансляции ЗОЖ в массы населения на личном примере. Так, в работах Т. В. Гутик и И. А. Гареевой исследуется «роль органов местного самоуправления в сохранении и укреплении здоровья, оценивается эффективность деятельности» [2]. Авторы отмечают, что результативность деятельности муниципальных служащих зависит и от того, каким образом распространяются «специально ориентированные знания, умения и навыки, необходимые для профилактики и минимизации возможного воздействия факторов риска возникновения определенной патологии в сфере здоровья. Особое внимание должно уделяться разработке и внедрению мероприятий по повышению грамотности в сфере здоровьесбережения, работе с молодежью (школьниками, студентами, работающими), так как именно для этой демографической группы характерен переход к альтернативным негативным стратегиям поведения в сфере сохранения и укрепления здоровья» [2].

Акцент на системном подходе, применении методов стратегического планирования в организации муниципальной службы здоровья ставится в работе [3]. Авторы презентуют уникальный опыт городского округа Ступино по формированию «здоровьесберегающей среды, предлагают конструктивные организационные и управленческие подходы, опыт вовлечения населения и межведомственного взаимодействия в рамках популяризации общественного здоровья, который при соответствующих условиях может быть распространен и на другие муниципальные образования» [3].

Системный анализ мер, направленных на улучшение состояния здоровья и формирование ЗОЖ у государственных служащих, представлен Р. К. Албае-

вым [4], автор отмечает, что специфика деятельности государственных служащих отражается на состоянии их здоровья. Полученные автором социологические данные показывают, каким образом «контингент сотрудников аппарата государственного управления справляется с превышением длительности рабочего времени. Улучшение уровня здоровья государственных служащих может быть достигнуто за счет деятельности по двум взаимосвязанным основным направлениям:

- 1) повышение качества медицинского обслуживания государственных и муниципальных служащих;

- 2) использование системного подхода к улучшению состояния здоровья и формирования ЗОЖ. Современная система медицинской помощи нуждается в разработке и внедрении стандартов образа жизни, направленных на улучшение состояния здоровья государственных служащих» [4].

По мнению З. Х. Мифтахетдиновой, специалист в области муниципального управления должен знать, какой должна быть политика муниципальной власти в той или иной сфере муниципальной деятельности, какие ресурсы необходимы для этого и откуда их взять, а самое главное — как создать систему эффективного управления всеми социально-экономическими процессами на муниципальном уровне для того, чтобы заранее предусмотреть траекторию развития муниципального образования и обеспечить для населения высокое качество жизни. Разработанный З. Х. Мифтахетдиновой подход к компетентности муниципальных служащих подтверждает необходимость знаний и в сфере здоровьесбережения, как неотъемлемой составляющей качества жизни [5].

Управление качеством жизни городского населения предполагает развитие пространств общественного здоровья. Исследования, проведенные О. С. Мишиной, доказывают важность внедрения новых подходов к социальному здоровью горожан. Как отмечает автор, «потребность управления социальным здоровьем жителей на местном уровне обуславливает необходимость построения системы управления социальным здоровьем и наличия теоретической модели социального здоровья для конкретного муниципального образования. В ходе изучения социального здоровья жителей муниципальных образований города Москвы и качества работы органов государственной власти и органов местного самоуправления проявились противоречия в мерах социальной политики, проводимой федеральными, региональными и местными властями, было установлено значительное влияние на социальное здоровье населения агрессивного социального климата» [6]. Применение системного подхода к управлению социальным здоровьем позволит повысить эффективность социальной политики в сфере здоровьесбережения населения. По мнению О. С. Мишиной, «необходима проработка программно-целевого метода путем использования проектного подхода, новые технологии по управлению социальным здо-

ровьем жителей должны стать неотъемлемой частью работы органов власти» [6].

Ответственное отношение к своему здоровью, в частности прохождение медицинских осмотров как неотъемлемой составляющей здоровьесберегающего поведения муниципальных служащих, а также ограничения для профессиональной деятельности определены и закреплены в нормативно-правовых актах [7, 8], согласно которым муниципальные служащие в обязательном поименном порядке должны проходить медицинские осмотры и диспансеризацию, все случаи, связанные с невозможностью их прохождения, в специальном порядке согласуются с работодателем. Нормативно-правовые документы определяют сроки и условия прохождения медицинских осмотров, ответственность медицинских работников за постановку диагноза и определение соответствующей группы здоровья. Следует отметить, что после прохождения медицинского осмотра устанавливается соответствующая группа здоровья (всего таких групп 5), определяются возможности дальнейшей профессиональной деятельности, ограничения по службе. В случае необходимости назначается дальнейшее обследование, выносятся рекомендации по лечению выявленных заболеваний. Состояние здоровья, профессиональная пригодность муниципальных служащих находятся под пристальным контролем медицинских работников.

Таким образом, как показывает проведенный анализ, на государственных и муниципальных служащих возлагается ответственная задача по повышению качества жизни населения, созданию здоровьесберегающих пространств, решение данной задачи не будет полным без активной личной жизненной позиции, предполагающей поддержание ими собственного здоровья.

Результаты исследования

Рассмотрение проблем, связанных со здоровьесбережением, невозможно без акцентирования внимания на общественном здоровье. Муниципальные служащие в профессиональной деятельности и личным примером выступают драйверами продвижения ЗОЖ и формирования инфраструктуры здоровья. Понимание смысла социального здоровья, являющегося индикатором благополучия и качества жизни населения, в среде представителей муниципальной власти связывалось прежде всего с благополучием жителей, невысоким уровнем преступности, отсутствием травмирующих ситуаций и благоприятным психологическим климатом. Однако в меньшей степени муниципальные служащие соотносили социальное здоровье с нравственным здоровьем, невысоким уровнем заболеваемости и вовлеченности в ЗОЖ (см. таблицу). Подобное отделение социального здоровья от нравственного, показателей заболеваемости и вовлеченности в ЗОЖ, а также степени оснащенности медицинских учреждений в определенной степени сужает его понимание и может приводить к искажениям направлений

Здоровье и общество

профессиональной деятельности в части здоровьесбережения населения.

В качестве ежедневных практик поддержания собственного здоровья участники исследования указывали занятия спортом, контроль массы тела, рациональное питание.

Подавляющее большинство муниципальных служащих регулярно проходят профилактические медицинские осмотры (зачастую это обусловлено требованиями к служебной детальности). Отказались от вредных привычек за последний год 10% и пытаются соблюдать режим труда и отдыха 8,7% респондентов. Среди мужчин больше было тех, кто регулярно занимался спортом. В зависимости от возраста преобладающее большинство приверженцев активных видов спорта находились в возрастных границах 35—45 лет. Полученные данные подтверждаются исследованиями О. А. Волковой, М. Г. Кудрявцева, П. И. Ананченковой [9, 10].

Мнения о том, что образ жизни муниципального служащего находится под пристальным вниманием со стороны жителей, придерживались 53%, а 84% согласились с позицией, что способы поддержания здоровья государственных и муниципальных служащих могут быть или же являются примером для окружающих. Примечательно, что 82% служащих девизом своей жизни выбрали «в здоровом теле — здоровый дух». Все без исключения респонденты на регулярной основе принимали участие в спортивных мероприятиях, организуемых муниципалитетом, причем 26% опрошенных вовлекали в них членов своей семьи, друзей.

В сохранении здоровья населения свою роль видели 56% муниципальных служащих, а мнения о том, что государственные и муниципальные служащие ответственны не только за собственное здоровье, но и за здоровье других, придерживались 52,6%.

Однако 81% участников опроса согласились с утверждением, что «человек должен во всем полагаться на себя, не дожидаясь помощи ни от кого».

В отношении медицинского обслуживания подавляющее большинство информантов считали, что оно «должно быть всеобщим и бесплатным» (88,3%) или «частично бесплатным» (10,7%).

Распределение вариантов ответов на вопрос: «Что означает для Вас социальное здоровье, общественное здоровье?»	
Вариант ответа	Доля опрошенных, %
Благополучие жителей	60,1
Невысокий уровень преступлений, правонарушений, девиаций в городе (муниципальном образовании)	66,5
Хорошее психологическое состояние, отсутствие травмирующих ситуаций для жителей	55,1
Нравственное здоровье населения	13,9
Невысокий уровень заболеваемости	10,3
Вовлеченность населения в ЗОЖ	10
Оснащенность медицинскими и медико-профилактическими учреждениями	6,5

Примечание. Сумма по столбцу превышает 100,0%, так как на вопрос анкеты респонденты могли выбрать более одного ответа.

В целом, оценивая уровень системы здравоохранения, респонденты хотели бы его улучшения, но все же 84,9% высказали мнение, что «развитие здравоохранения в городе соответствует современным потребностям».

По мнению большинства участников опросов, на эффективность их работы влияет состояние здоровья. Однако почти 1/3 полагали, что научились справляться с недомоганиями и окружающим их людям, коллегам это не заметно.

В состоянии своего здоровья респондентов тревожили проблемы, связанные с хроническими заболеваниями (89%), недомогания вследствие перегрузок (73%), болезненные ощущения различной этиологии (31%), в том числе и последствия травм (29%). В целом, характеризуя субъективную оценку состояния здоровья муниципальных служащих, следует отметить их тревожность; так, 71% в принципе опасались за свое здоровье.

В зависимости от разделяемых ценностей в большей степени были склонны вести ЗОЖ те, кто стремился к борьбе за справедливость и видел смысл продолжения своей жизни в детях. Респонденты, четко понимавшие свою роль как трансляторов практик ЗОЖ, ценили любовь, возможность самореализации. Служащие, считавшие важной составляющей своей деятельности популяризацию ЗОЖ, в большей степени разделяли ценности спокойной жизни.

В качестве эффективных мероприятий по продвижению ЗОЖ респонденты отметили традиционные для муниципалитетов информационно-коммуникационные кампании по вопросам ЗОЖ. Но их недостаток в настоящее время — это отсутствие учета интересов всех категорий проживающего населения. Участники опроса позитивно оценили и результаты программных мероприятий, проводимых для старшего поколения, в рамках активного долголетия. Большое внимание следует уделять различного рода семейным программам, а также программам, направленным на подрастающее поколение. Развитие цифровых технологий позволяет сегодня реализовывать виртуальные здоровьесберегающие проекты для различных возрастных групп. Много внимания, по мнению участников исследования, уделяется и информированию населения. На сайтах муниципальных образований размещается полная информация о реализуемых спортивных мероприятиях. Респонденты отметили, что в ряде муниципальных образований в течение 2024 г. были проведены многочисленные акции, популяризирующие ЗОЖ. Так, в качестве примеров были приведены мероприятия, приуроченные к Международному дню здоровья, Всемирному дню без табака, всемирным дням сердца, физкультурника, молодежи.

Однако популяризация ЗОЖ не должна оставаться лишь задачей муниципалитетов, она требует межведомственного подхода. Участники исследования высказали пожелание о привлечении к такого рода мероприятиям бизнес-сообщества, некоммер-

ческих организаций, а также, по их мнению, средства массовой информации недостаточно освещают реализуемые в муниципальных образованиях проекты здоровьесбережения.

Заключение

В среде муниципальных служащих сформировано осознание их роли как амбассадоров и драйверов ЗОЖ. Как показывает анализ результатов социологического исследования, муниципальные служащие заботятся о своем здоровье, проходят медицинские осмотры, стремятся к ЗОЖ, а также понимают ответственность за вверенное население, в том числе в вопросах здоровьесбережения. В ходе исследования установлена зависимость между разделяемыми респондентами ценностями и пониманием ими своей роли в формировании здоровьесберегающей среды: ЗОЖ связан с ценностями справедливости, рождения и воспитания детей, самореализация и любовь — с осознанием себя как примера для окружающих, а желание благополучной, спокойной жизни коррелирует с пропагандой ЗОЖ среди населения. Однако для муниципальных служащих характерно размытое и противоречивое представление о социальном здоровье, далеко не всегда включающее неотъемлемую составляющую, связанную с медицинской.

Для успешной политики в сфере общественного здоровья необходим комплексный системный подход. Так, результаты исследования показали недостаточную включенность в мероприятия, реализуемые муниципалитетами со стороны бизнеса, некоммерческих организаций, средств массовой информации. Необходимо, чтобы в основу региональной и муниципальных программ, нацеленных на формирование здоровьесберегающей среды, закладывались единые подходы и принципы. Нормативные документы, разработанные в соответствии с федеральными, должны учитывать и местную, социокультурную, географическую специфику. В каждом муниципальном образовании необходима специальная рабочая группа по вопросам охраны и укрепления общественного здоровья, профилактики заболеваний и формирования ЗОЖ, состоящая из компетентных специалистов.

Важную роль в выявлении проблем здоровьесбережения играют мониторинговые социологические опросы населения и экспертного сообщества. Они будут способствовать большей результативности мероприятий в сфере укрепления общественного здоровья.

Полученные результаты исследования среди муниципальных служащих обладают определенной долей субъективизма с учетом специфики деятельности служащих, склонности к одобряемым желаемым ответам и требуют дальнейших работ.

Статья подготовлена по результатам исследований, выполненных за счет бюджетных средств по государственному заданию Финансового университета при Правительстве РФ.

Исследование не имело спонсорской поддержки.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Драпкина О. М. Роль муниципалитетов в укреплении здоровья населения обсудили на Профильной комиссии по здравоохранению и демографии ВАРМСУ. ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России. 01.09.2022. Режим доступа: <https://gnicpm.ru/articles/omdrapkina-news/rol-municipalitetov-v-ukreplenii-zdorovya-naseleniya-obsudili-na-profilnoj-komissii-po-zdravoohraneniyu-i-demografii-varmsu.html>
2. Гутик Т. В., Гареева И. А. Социальный эффект деятельности муниципальных органов власти в сфере сохранения и укрепления здоровья населения (на примере города Хабаровска). *Теория и практика общественного развития*. 2020;(2). Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/sotsialnyy-effekt-deyatelnosti-munitsipalnyh-organov-vlasti-v-sfere-sohraneniya-i-ukrepleniya-zdorovya-naseleniya-na-primere-goroda> (дата обращения 17.03.2025).
3. Чуднов В. П., Ошурков С. В., Никитина Е. В., Горбачев А. В., Ротов В. М. Проблемы управления формирования здоровьесберегающей среды в муниципальном образовании и пути их решения (на примере городского округа Ступино). *МНИЖ*. 2023;138(12). Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/problemny-upravleniya-formirovaniya-zdorovieberegayushey-sredy-v-munitsipalnom-obrazovanii-i-puti-ih-resheniya-na-primere> (дата обращения 17.03.2025).
4. Албаев Р. К. Улучшение состояния здоровья и формирование здорового образа жизни у государственных служащих. *Молодой ученый*. 2023;465(18):193—5. Режим доступа: <https://moluch.ru/archive/465/102028/> (дата обращения 17.03.2025).
5. Мифтахетдинова З. Х. Профессиональная компетентность муниципальных служащих и качество жизни населения: их взаимосвязь и взаимозависимость. *Вестник Казанского технологического университета*. 2014;(20). Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/professionalnaya-kompetentnost-munitsipalnyh-sluzhaschih-i-kachestvo-zhizni-naseleniya-ih-vzaimosvyaz-i-vzaimozavisimost> (дата обращения 18.03.2025).
6. Мишина О. С. Социальное здоровье жителей муниципальных образований: совершенствование системы управления: на материалах внутригородских муниципальных образований города Москвы: Автореф. дис. ... канд. социол. наук 22.00.08. М.: 2011. 25 с.
7. «Об утверждении Порядка прохождения диспансеризации государственнымными гражданами служащими Российской Федерации и муниципальными служащими, перечня заболеваний, препятствующих поступлению на государственную гражданскую службу Российской Федерации и муниципальную службу или ее прохождению, а также формы заключения медицинского учреждения» (Зарегистрировано в Минюсте РФ 29.12.2009 № 15878). Режим доступа: https://www.consultant.ru/law/podborki/ezhegodnyj_medosmotr_municipalnyh_sluzhaschih/
8. Федеральный закон от 02.03.2007 № 25-ФЗ (ред. от 30.09.2024) «О муниципальной службе в Российской Федерации.» Режим доступа: https://www.consultant.ru/law/podborki/ezhegodnyj_medosmotr_municipalnyh_sluzhaschih/
9. Волкова О. А., Кудрявцев М. Г., Ананченко П. И. Потенциал общественных организаций по созданию условий для здорового старения в целях устойчивого демографического развития российских регионов. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2024;32(4):785—90. doi: 10.32687/0869-866X-2024-32-4-785-790. EDN TVYCRG
10. Ананченко П. И. Механизмы социального регулирования трудового долголетия: теоретико-методологический аспект. *Теория и практика общественного развития*. 2025;2(202):24—9. doi: 10.24158/tpor.2025.2.2. EDN LNKZMV

Поступила 07.09.2024

Принята в печать 30.10.2024

REFERENCES

1. Drapkina O. M. The role of municipalities in promoting public health was discussed at the Relevant Commission on Healthcare and Demography of the VARMSU. Federal State Budgetary Institution "NMITS TPM" of the Ministry of Health of Russia. 01.09.2022. Available at: <https://gnicpm.ru/articles/omdrapkina-news/rol-municipalitetov-v-ukreplenii-zdorovya-naseleniya-obsudili-na-profilnoj-komissii-po-zdravoohraneniyu-i-demografii-varmsu.html> (in Russian).
2. Gutik T. V., Gareeva I. A. The social effect of the activities of municipal authorities in the field of preserving and promoting public

Здоровье и общество

- health (on the example of the city of Khabarovsk). Theory and Practice of Social Development. 2020;(2). Available at: <https://cyberleninka.ru/article/n/sotsialnyy-effekt-deyatelnosti-munitsipalnyh-organov-vlasti-v-sfere-sohraneniya-i-ukrepleniya-zdorovya-naseleniya-na-primere-goroda> (accessed 17.03.2025) (in Russian).
3. Chudnov V. P., Oshurkov S. V., Nikitina E. V., Gorbachev A. V., Rotov V. M. Problems of managing the formation of a health-saving environment in a municipal entity and ways to solve them (using the example of Stupino urban district). MNIZh. 2023;138(12). Available at: <https://cyberleninka.ru/article/n/problemy-upravleniya-formirovaniya-zdoroviesberegayushey-sredy-v-munitsipal-nom-obrazovanii-i-puti-ih-resheniya-na-primere> (accessed 17.03.2025) (in Russian).
 4. Albaev R. K. Improving the state of health and forming a healthy lifestyle among civil servants. *Young Scientist*. 2023;465(18):193–5. Available at: <https://moluch.ru/archive/465/102028/> (accessed 17.03.2025) (in Russian).
 5. Miftakhetdinova Z. H. Professional competence of municipal employees and the quality of life of the population: their interrelation and interdependence. *Bulletin of Kazan Technological University*. 2014;(20). Available at: <https://cyberleninka.ru/article/n/professionalnaya-kompetentnost-munitsipalnyh-sluzhaschih-i-kachestvo-zhizni-naseleniya-ih-vzaimosvyaz-i-vzaimozavisimost> (accessed 18.03.2025) (in Russian).
 6. Mishina O. S. Social health of residents of municipalities: improving the management system: based on the materials of inner-city municipalities of Moscow : abstract of the dissertation of the Candidate of Sociological Sciences: 22.00.08. [Place of defense: Moscow State University of Instrumentation and Informatics]. Moscow; 2011. 25 p. (in Russian).
 7. “On approval of the Procedure for medical examinations by state civil servants of the Russian Federation and municipal employees, the list of diseases that prevent admission to the State civil service of the Russian Federation and municipal service or its passage, as well as the form of conclusion of a medical institution” (Registered with the Ministry of Justice of the Russian Federation on December 29, 2009 No. 15878). Available at: https://www.consultant.ru/law/podborki/ezhegodnyj_medosmotr_munitsipalnyh_sluzhaschih/ (in Russian).
 8. Federal Law No. 25-FZ of 02.03.2007 (as amended on 30.09.2024) “On Municipal Service in the Russian Federation”. Available at: https://www.consultant.ru/law/podborki/ezhegodnyj_medosmotr_munitsipalnyh_sluzhaschih/ (in Russian).
 9. Volkova O. A., Kudryavtsev M. G., Ananchenkova P. I. The potential of public organizations to create conditions for healthy aging for the sustainable demographic development of Russian regions. *Problems of social hygiene, healthcare and the history of medicine*. 2024;32(4):785–90. doi: 10.32687/0869-866X-2024-32-4-785-790. EDN TVYCRG (in Russian).
 10. Ananchenkova P. I. Mechanisms of social regulation of labor longevity: a theoretical and methodological aspect. *Theory and Practice of Social Development*. 2025;2(202):24–9. doi: 10.24158/tipor.2025.2.2. EDN LNKZMV (in Russian).

Образование и кадры

© ТОНКОНОГ В. В., 2025

УДК 614.2

Тонконог В. В.

АНАЛИЗ СОВРЕМЕННЫХ ПРОБЛЕМ И ВЫЗОВОВ РОССИЙСКОГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ: РЕЗУЛЬТАТЫ СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО ОПРОСА

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

Представлен анализ факторов, влияющих на качество подготовки студентов медицинских вузов, основанный на результатах социологического опроса, в котором приняли участие 200 респондентов, включая студентов старших курсов и выпускников с минимальным опытом работы. Основное внимание уделено восприятию образовательного процесса как со стороны студентов, так и со стороны молодежи, только приступившей к профессиональной деятельности. Результаты анкетирования выявили высокий уровень удовлетворенности студентов качеством теоретической подготовки, однако нашли подтверждение и мнения о наличии проблем, связанных с недостаточной практической подготовкой и устаревшими учебными материалами. Интервью с выпускниками подтвердили важность поддержки со стороны преподавателей, однако выявили потребности в более индивидуализированном подходе к обучению. Резюмируется, что необходимы координированные усилия учебных заведений и органов здравоохранения для создания более гибкой образовательной среды. Итоговые рекомендации позволяют выделить ключевые направления для работы, включая модернизацию учебных программ, акцент на практическое обучение и улучшение взаимодействия между вузами и лечебными учреждениями. Исследование подчеркивает необходимость комплексного подхода к реформированию медицинского образования, который будет способствовать качеству оказания медицинских услуг и расширению возможностей для студентов медицинских вузов.

Ключевые слова: медицинское образование; качество подготовки; студенты; выпускники, социологический опрос; анкетирование, практическое обучение; теоретическая подготовка; удовлетворенность; клиническая практика; рекомендации.

Для цитирования: Тонконог В. В. Анализ современных проблем и вызовов российского медицинского образования: результаты социологического опроса. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2025;33(4):706—713. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2025-33-4-706-713>

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

Tonkonog V. V.

THE ANALYSIS OF MODERN PROBLEMS AND CHALLENGES OF RUSSIAN MEDICAL EDUCATION: THE SOCIOLOGICAL SURVEY RESULTS

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

The article presents analysis of factors affecting training quality of medical university students, based on results of sociological survey. The sampling consisted of 200 respondents, including undergraduates and graduates with minimal work experience. The main focus is made on perception of educational process by both students and the youth just started their professional career. The survey results revealed high level of student satisfaction with quality of the theoretical training. However, also were confirmed opinions that there were problems associated with insufficient practical training and outdated educational materials. The interviews with graduates confirmed importance of faculty support, but revealed needs in more individualized approach to learning. The coordinated efforts are needed by both educational institutions and health care authorities to create more flexible educational environment. The proposed recommendations permit to identify key directions of work, including modernization of curricula and emphasis on practical training and improving interaction between universities and medical institutions. The study emphasize necessity of comprehensive approach to reformation of medical education that will contribute to quality of medical services and to expanding of opportunities for students of medical university.

Keywords: medical education; quality; training; students; graduate; sociological survey; practical training; theoretical training; satisfaction; clinical practice; recommendations.

For citation: Tonkonog V. V. The analysis of modern problems and challenges of Russian medical education: the sociological survey results. *Problemy socialnoi gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2025;33(4):706–713 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2025-33-4-706-713>

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

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support.

Received 09.09.2024

Accepted 30.10.2024

Введение

Вопросы медицинского образования — одни из наиболее актуальных и обсуждаемых в России и за ее пределами. Современные реалии требуют от системы медицинского образования гибкости, высоких стандартов качества и способности адаптироваться к быстро меняющимся условиям в сфере здравоохранения [1], что связано с рядом факторов, которые влияют на подготовку медицинских кадров и качество медицинских услуг.

Во-первых, важно отметить, что население сталкивается с новыми вызовами в области здоровья: увеличением числа хронических заболеваний, старением населения и глобальными эпидемиями [2]. Эти вызовы требуют от медицинских специалистов глубоких знаний и навыков, что подчеркивает необходимость актуализации учебных планов, которые должны включать новейшие достижения науки и технологий, а также инновационные подходы к диагностике и лечению.

Во-вторых, цифровизация здравоохранения открывает новые горизонты для медицинского образования [3]. Телемедицина, искусственный интеллект и большие данные становятся важными инструментами в практике врачевания [4, 5]. Данное обстоятельство требует от будущих врачей не только знаний в области медицины, но и понимания технологий, способных улучшить качество и доступность медицинской помощи. Таким образом, важность интеграции цифровых технологий в учебные программы становится все более очевидной.

В-третьих, кадры остаются критически важной темой [6]. Нехватка квалифицированных медицинских работников, особенно в удаленных и неблагополучных регионах, ставит перед образовательными учреждениями задачу подготовки специалистов, готовых работать в условиях ограниченных ресурсов [7]. Для этого необходимо не только повышать качество обучения, но и разрабатывать стратегии привлечения молодежи в медицинскую профессию.

Следовательно, вопросы медицинского образования являются актуальными и многогранными и требуют комплексного подхода, активного взаимодействия между государственными органами, образовательными учреждениями, здравоохранением и обществом.

Целью данного исследования стали выявление и анализ факторов, влияющих на качество подготовки студентов медицинских вузов.

Материалы и методы

В данной статье для исследования факторов, влияющих на качество подготовки студентов медицинских вузов, использованы социологические методы, в частности анкетирование и интервьюирование. В рамках исследования проведен опрос, который прошли 200 респондентов. Из них 136 участников были студентами старших курсов медицинских вузов Южного федерального округа (ЮФО), а оставшиеся 64 респондента — выпускниками, трудоу-

строившимися по специальности с опытом работы не более одного года. Для обеспечения репрезентативности выборки выбор участников был основан на принципах случайного отбора, что повышает достоверность полученных результатов и снижает вероятность ошибок. Материалы исследования включали специально разработанные анкеты для студентов, состоящие из 10 вопросов, нацеленных на оценку различных аспектов образовательного процесса. Вопросы были сформулированы так, чтобы обеспечить количественные и качественные данные, среди которых использовали как закрытые, так и открытые типы вопросов. Интервью с выпускниками проводили в формате открытых вопросов, сфокусированных на нескольких основных блоках, что позволило получить глубокие и развернутые ответы, способствующие качественному анализу.

Анализ данных проведен с целью выявления основных тенденций, проблем и возможных решений на основе собранной информации. Результаты обрабатывали с использованием количественных и качественных методов анализа, что обеспечивало структурированный подход к интерпретации полученных данных.

Рассмотрены работы нескольких ключевых авторов и соответствующие нормативно-правовые документы, которые подчеркивают актуальность вопросов медицинского образования и качество подготовки специалистов в этой области. Были проанализированы публикации, посвященные адаптации учебных планов к новейшим достижениям науки и технологий в связи с современными вызовами в сфере здравоохранения; влиянию глобальных трендов на необходимость повышения квалификации медицинских кадров и уверенности в их подготовке; вызовам цифровизации в российском здравоохранении с акцентом на том, как это влияет на формирование образовательных программ для будущих специалистов; применению цифровых технологий в профессиональном образовании и необходимости интеграции новых технологий в образовательный процесс для обеспечения высокого качества подготовки специалистов.

На уровне законодательства в статье рассматривается Федеральный закон от 28.02.2025 № 28-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации», который касается медицинского и фармацевтического образования. Этот закон обозначает новые требования к образовательным учреждениям и акцентирует внимание на качестве практической подготовки, подчеркивая, что программы обучения не могут полностью зависеть от дистанционных технологий в большинстве случаев.

Эти труды и законодательные акты играют критическую роль в формировании понимания текущего состояния медицинского образования в России, ставя акцент на необходимости комплексного подхода к повышению качества подготовки специалистов в условиях современных вызовов и требований здравоохранения.

Результаты исследования

Для выявления факторов, влияющих на качество подготовки студентов медицинских вузов, был проведен социологический опрос. Число участников исследования оказалось достаточным для достижения необходимого порога, что обеспечило достоверность полученных результатов [8].

Полученные результаты способствовали выявлению ключевых тенденций, проблем и потенциальных решений в исследуемой области. Важно отметить, что вопросы могут быть адаптированы и скорректированы с учетом специфики конкретного учреждения, целевой аудитории и необходимой глубины анализа проблемы. Это позволит более точно охватить интересующие аспекты и достичь оптимальных результатов в дальнейшем исследовании.

Рассмотрим результаты опроса студентов старших курсов медицинских вузов ЮФО.

Результаты опроса по поводу качества подготовки на факультете (имеется в виду любой факультет медицинского вуза) показывают, что большинство студентов имеют положительное мнение о своей образовательной программе (рис. 1). Эти результаты указывают на необходимость внимания руководства вуза к проблемам в образовательном процессе и улучшения условий обучения.

Результаты по вопросу о предпочтительных формах обучения среди студентов старших курсов медицинского вуза демонстрируют явное преобладание практических занятий как наиболее эффективной формы образовательного процесса (рис. 2). Результаты опроса подчеркивают необходимость акцентирования внимания на практической подготовке студентов, что может стать основным направлением для улучшения образовательных программ и методов преподавания на факультете.

Результаты по вопросу удовлетворенности студентов уровнем преподавания на их курсе показывают в целом положительное восприятие образовательного процесса (рис. 3). В целом они подтверждают, что удовлетворенность уровнем преподавания на курсе преимущественно положительная, но также указывают на необходимость мониторинга и возможного улучшения образовательных практик, чтобы повысить уровень удовлетворенности среди всех студен-

тов и минимизировать количество негативных отзывов.

Результаты опроса о частоте проведения практических занятий в клинических условиях среди студентов старших курсов медицинских вузов в целом указывают на положительную динамику (рис. 4). Из 136 опрошенных 29% отметили, что у них была возможность проводить практические занятия «очень часто», что свидетельствует о высоком уровне доступа к клинической практике. В целом 66% студентов имеют регулярный доступ к практическим занятиям, что обнадеживает в отношении качества их подготовки. Однако 26% указали на возможность проведения практики «иногда», что может свидетельствовать о недостаточном уровне доступа, а 8% заявили, что занятия проводились «редко».

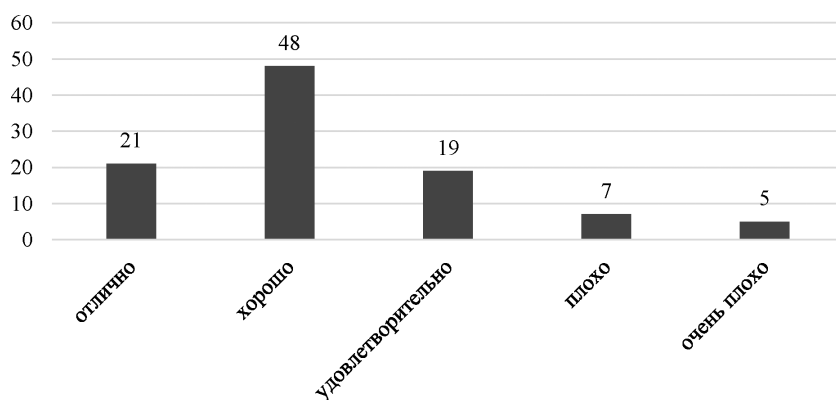


Рис. 1. Ответы студентов старших курсов на вопрос: «Как Вы оцениваете качество подготовки на вашем факультете?» (в %).

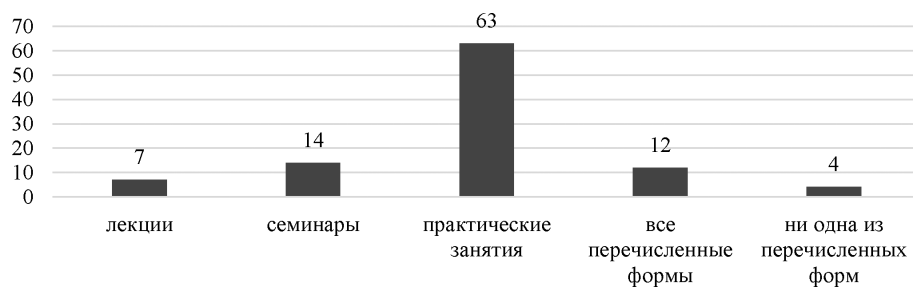


Рис. 2. Ответы респондентов (студентов старших курсов) на вопрос: «Какие формы обучения (лекции, семинары, практические занятия) Вы считаете наиболее эффективными?» (в %).

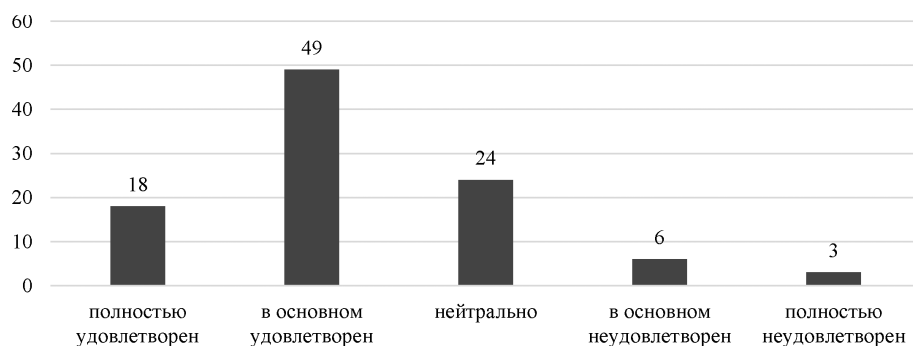


Рис. 3. Ответы студентов старших курсов на вопрос: «Удовлетворены ли Вы уровнем преподавания на Вашем курсе?» (в %).

Образование и кадры

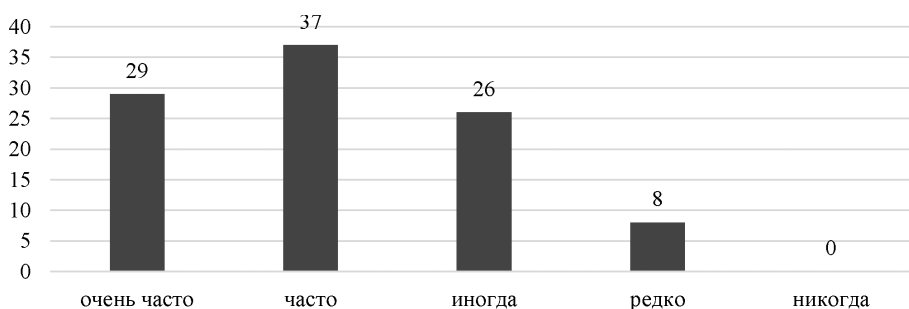


Рис. 4. Ответы студентов старших курсов на вопрос: «Как часто у Вас была возможность проводить практические занятия в клинических условиях?» (в %).

Данные результаты подчеркивают, что, хотя большинство студентов имеют хороший доступ к клиническим занятиям, остаются участники, которые испытывают трудности с практическим обучением. Необходимо более активное вовлечение студентов в клиническую практику, чтобы повысить качество подготовки будущих специалистов.

Результаты опроса о поддержке, которую студенты ощущают со стороны преподавателей во время учебного процесса, демонстрируют в целом положительное восприятие взаимодействия между студентами и педагогами (рис. 5). В целом 72% студентов удовлетворены поддержкой, указывая на положительную атмосферу в учебном заведении. Однако 23% выбрали нейтральный ответ, что может свидетельствовать о смешанных чувствах.

Результаты опроса показывают, что поддержка со стороны преподавателей в образовательном процессе в основном воспринимается положительно. Тем не менее наличие нейтральных и негативных ответов указывает на необходимость внимания к данной проблеме, возможно, через улучшение коммуникации, доступности преподавателей и укрепление системы менторства.

Вопрос о доступности современных учебных материалов и технологий в образовательном учреждении показывает разнообразие мнений студентов (рис. 6): 22% студентов полностью согласны с тем, что учебное заведение предоставляет доступ к актуальным учебным материалам и технологиям, а 41% «в основном согласны». При этом 24% выбрали нейтральный ответ, что может свидетельствовать о неопределенности, а 10% респондентов и вовсе указали, что «в основном не согласны» с качеством материалов. Результаты показывают, что доступ к современным учебным материалам и технологиям воспринимается в основном положительно, но все же существует группа студентов, недовольная качеством или доступностью этих ресурсов. Рекоменда-

ции для улучшения ситуации могут включать обновление учебных материалов и технологий, а также повышение их доступности.

Результаты опроса по оценке уровня подготовки, предоставляемого во время производственной практики, показывают в целом положительное восприятие этого важного этапа обучения студентами (рис. 7): 68% студентов оценили свою подготовку в ходе практики как «отличную»

или «хорошую», что свидетельствует о положительных аспектах организации практики. Однако 29% оценили уровень подготовки «удовлетворительно», что указывает на необходимость улучшения некоторых аспектов. Негативные оценки дали только 3% респондентов, указав уровень подготовки «плохо», и никто не оценил его как «очень плохо».

Учебным заведениям стоит обратить внимание на менее удовлетворенных студентов и рассмотреть возможность внедрения изменений, направленных на повышение качества практической подготовки.

Результаты опроса о полезности практической подготовки для будущей профессиональной деятельности студентов показывают исключительно положительное восприятие этого аспекта обучения (рис. 8): 84% студентов считают практическую подготовку «очень полезной» и «полезной», что свидетельствует о положительном влиянии практики на профессиональное развитие. Лишь 15% выбрали нейтральный ответ, что может указывать на неопределенность в отношении полезности практики. Только 1% оценили ее как «мало полезную», и никто

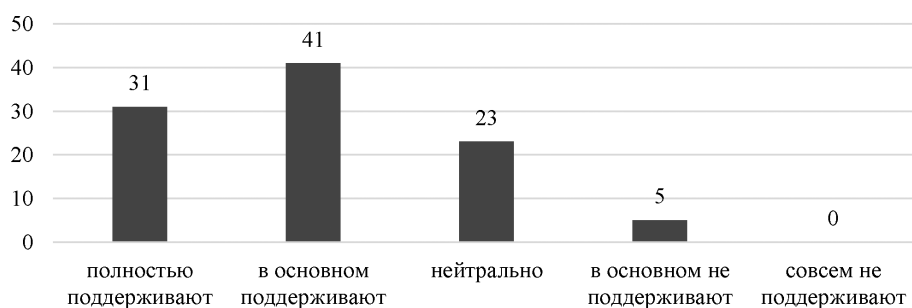


Рис. 5. Ответы студентов старших курсов на вопрос: «Ощущаете ли Вы поддержку со стороны преподавателей во время учебного процесса?» (в %).

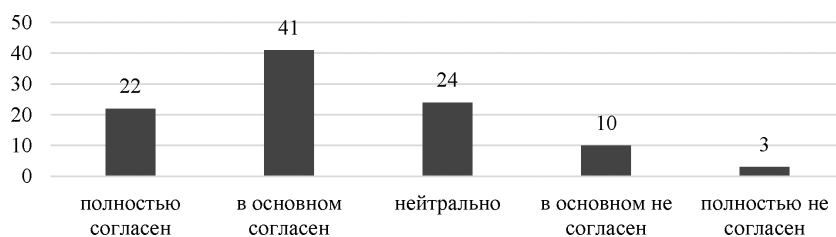


Рис. 6. Ответы студентов старших курсов на вопрос: «Считаете ли Вы, что Ваше образовательное учреждение обеспечивает доступ к современным учебным материалам и технологиям?» (в %).

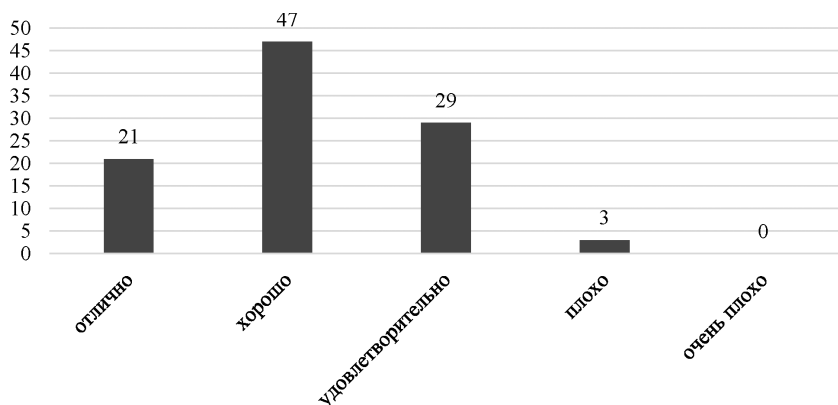


Рис. 7. Ответы студентов старших курсов на вопрос: «Как Вы оцениваете уровень подготовки, предоставляемый во время производственной практики?» (в %).

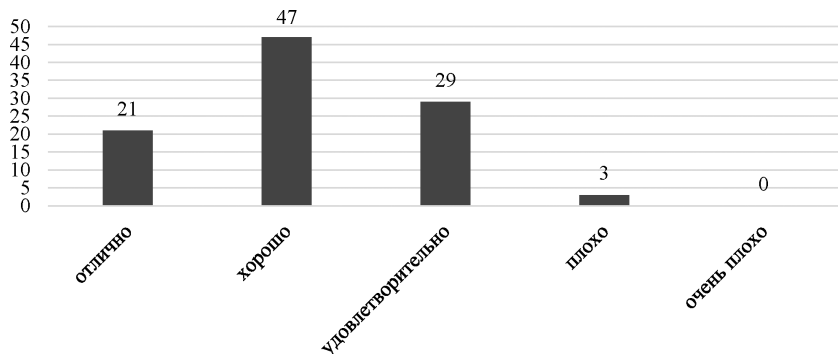


Рис. 8. Ответы студентов старших курсов на вопрос: «Насколько полезной Вы считаете практическую подготовку для Вашей будущей профессиональной деятельности?» (в %).

не считает ее «совсем бесполезной», что подчеркивает высокий уровень одобрения практической подготовки среди студентов.

Преподавателям и администрации вузов следует продолжать развивать и улучшать практическую подготовку, опираясь на этот высокий уровень одобрения.

Результаты опроса о факторах, которые, по мнению студентов, наиболее отрицательно влияют на качество их обучения, демонстрируют важные аспекты (рис. 9) и отражают наличие проблем с практическими занятиями и устаревшими материалами, составляющими, по мнению респондентов, основные препятствия на пути к качественной подготовке студентов.

Результаты опроса, посвященного определению наиболее важных аспектов подготовки для успешной адаптации к профессиональной деятельности, отражают четкие предпочтения, которые акцентируют внимание на

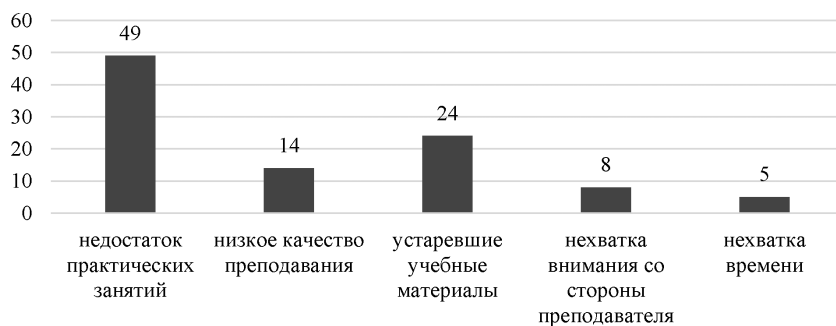


Рис. 9. Ответы студентов старших курсов на вопрос: «Какой фактор, по Вашему мнению, наиболее отрицательно влияет на качество Вашей подготовки?» (в %).

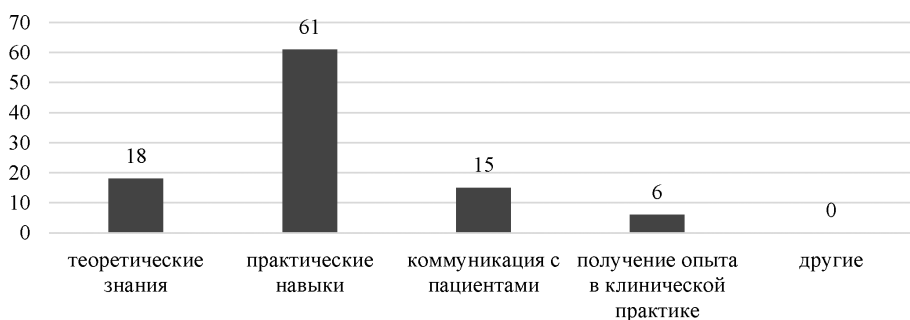


Рис. 10. Ответы студентов старших курсов на вопрос: «Какие аспекты подготовки Вы считаете наиболее важными для успешной адаптации к профессиональной деятельности?» (в %).

практике и взаимодействии с пациентами (рис. 10). Акцентируется внимание на первостепенной важности практических навыков для успешной адаптации студентов к профессиональной медицинской деятельности.

Далее рассмотрим результаты интервьюирования выпускников медицинских вузов, трудоустроившихся по специальности, с опытом работы не более года. Интервью проводили в формате открытых вопросов, что позволило получить детализированные ответы и выявить личные наблюдения респондентов. Интервью состояло из нескольких основных блоков, каждый из которых касался различных аспектов подготовки и последующей профессиональной деятельности. Вопросы охватывали следующие темы:

- Качество теоретической подготовки.
- Практические навыки и опыт на практике.
- Взаимодействие с преподавателями.
- Подготовка к реальной клинической деятельности.
- Общие рекомендации по улучшению обучения.

По блоку «Качество теоретической подготовки» 78% респондентов отме-

Образование и кадры

тили, что теоретическая база была достаточно прочной и помогла в освоении основ медицины. Многие выделяли высокий уровень преподавания основных медицинских дисциплин, но при этом 32% выпускников указали на то, что некоторые аспекты теории были устаревшими и не учитывали последних тенденций в медицине.

По блоку «Практические навыки и опыт на практике» 62% опрошенных отметили, что практические занятия были полезными и дали им уверенность в своих способностях. Респонденты указали на важность стажировок и клинической практики, где они могли применять теоретические знания. Недостаточной считают подготовку оставшиеся 38% респондентов, выражая мнение о нехватке практических занятий во время обучения, что затрудняло переход к полноценной профессиональной деятельности. Некоторые упомянули о нехватке времени для практических занятий.

По блоку «Взаимодействие с преподавателями» 71% выпускников отметили, что им была оказана значительная поддержка со стороны преподавателей, которые выступали как наставники и помогали с проблемными вопросами. Оставшиеся 29% разделились во мнениях, указывая на недостаток внимания к индивидуальным запросам и потребностям студентов, а иногда и полное их игнорирование, что не способствовало полноценному формированию профессиональных навыков.

По блоку «Подготовка к реальной клинической деятельности» 82% выпускников подтвердили, что программы, ориентированные на практическое использование знаний, оказались полезными. Они почувствовали себя более уверенными, когда столкнулись с реальными клиническими ситуациями. Лишь 18% упомянули трудности с переходом от учебы к полноценной профессиональной активности, обусловленные недостаточной подготовкой к эмоциональным и психологическим аспектам работы с пациентами.

По блоку «Общие рекомендации по улучшению обучения» мнения респондентов разделились: 29% предлагали увеличить количество практических занятий и внедрить современные технологии в образовательный процесс, 32% упомянули о необходимости уделять больше внимания подготовке к работе с пациентами. Кроме того, 42% респондентов поднимали вопрос о необходимости улучшения взаимодействия между учебными заведениями и медицинскими учреждениями для создания уникальных программ стажировок.

Результаты интервью показывают, что среди выпускников существует общая удовлетворенность качеством теоретической подготовки, но есть и значительное число тех, кто сталкивается с недостатками в практической подготовке. Поддержка преподавателей оценивается положительно, но есть потребность в индивидуализированном подходе к каждому студенту, особенно в вопросах практических навыков. Рекомендации выпускников могут служить основой для внесения изменений в образователь-

ный процесс, что повысит качество подготовки будущих медицинских специалистов.

Обсуждение

Вопросы качества медицинского образования давно являются предметом активного обсуждения на государственном уровне. Это подтверждается принятием Федерального закона № 28-ФЗ, касающегося медицинского и фармацевтического образования [9].

Введение нового законодательства открыло важный аспект в развитии и регулировании образовательной деятельности в этих сферах. Запрет на реализацию профессиональных образовательных программ с использованием электронного обучения и дистанционных образовательных технологий в большинстве случаев, за исключением ситуаций, предусмотренных федеральными государственными образовательными стандартами, подчеркивает особый акцент на качество практической подготовки будущих специалистов. Это связано с необходимостью глубокого погружения студентов в клинические практики, которые сложно компенсировать дистанционными технологиями.

Пересмотр требований к кадровому и материально-техническому обеспечению образовательных организаций является важным шагом. Установление строгих стандартов для качественной практической подготовки медицинских кадров отвечает на дефицит квалифицированных специалистов в здравоохранении. Введение условий для соответствия образовательных организаций определенным критериям упорядочивает систему и улучшает качество образовательных программ.

Заключение, предоставляемое Росздравнадзором, играя роль формальной оценки соответствия учебных заведений установленным требованиям, может стать значительным шагом в обеспечении открытости и доступности информации о качестве медицинского образования. Публикация реестра заключений делает процесс более прозрачным и доступным как для учащихся, так и для работодателей. Это может способствовать повышению доверия к медицинским образовательным учреждениям и привлечению студентов, уверенных в качестве получаемого образования.

Таким образом, регуляция, возложенная на Росздравнадзор по ведению реестра, а также полномочия, переданные Министерству здравоохранения по утверждению типовых дополнительных профессиональных программ, подчеркивают важность интеграции образовательных процессов с реальными потребностями системы здравоохранения.

По мнению автора, в долгосрочной перспективе такие реформы могут привести к значительным улучшениям в медицинской практике и системе здравоохранения в России в целом. Актуализация образовательных программ с учетом потребностей рынка труда, активное взаимодействие между образовательными учреждениями и здравоохранением, а также высокие стандарты практической подготов-

ки создадут условия для роста качества медицинских услуг и здоровья населения.

Взаимодействие между различными государственными структурами — министерствами образования, здравоохранения и научными учреждениями — является необходимым условием для достижения заметного прогресса в вопросах улучшения качества медицинского образования.

Заключение

Данное исследование, направленное на выявление факторов, влияющих на качество подготовки студентов медицинских вузов, позволило глубже понять внутренние и внешние аспекты образовательного процесса. Проведенные опросы студентов и выпускников медицинских вузов предоставили ценные данные о восприятии образовательной среды действующими студентами и молодыми специалистами с минимальным опытом работы. Результаты показали, что большинство студентов имеют положительное мнение о качестве теоретической подготовки и практических занятий.

Основные выводы исследования подтверждают необходимость акцентирования внимания на практической подготовке, которая была признана наиболее важной для успешной адаптации к профессиональной деятельности. Критические мнения о недостатке практических занятий, устаревания учебных материалов и качестве преподавания требуют оперативного реагирования со стороны администрации вузов для корректировки программ обучения и повышения доступности современных образовательных ресурсов.

Также стоит отметить важность роли преподавателей в процессе обучения. Большинство студентов ощущают поддержку со стороны своих наставников, однако некоторые респонденты высказывают мнение о необходимости более индивидуализированного подхода, что подчеркивает важность обеспечения качественной связи между студентами и преподавателями.

В контексте принимаемых на государственном уровне нормативных изменений, таких как последовательное внедрение новых требований к образовательным стандартам и аккредитации учреждений, исследование предлагает действовать в направлении интеграции этих реформ с реальными потребностями сферы здравоохранения. Это должно способствовать улучшению подготовки медиков и повышению уровня здравоохранения в стране.

Для достижения устойчивых результатов в совершенствовании медицинского образования необходимо продолжать межведомственное сотрудничество, интегрируя рекомендации данной работы в практические рекомендации для вузов, а также активно вовлекать студентов и преподавателей в процессы реформирования. Это обеспечит не только повышение качества медицинского образования, но и улучшение здоровья населения, что является конечной целью всей системы здравоохранения.

Исследование не имело спонсорской поддержки.

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Джафарова Л. А. Политика в области глобального здоровья и договор о пандемиях. *Научные известия. Серия: Социальные и гуманитарные науки*. 2023;19(1):60—5.
2. Тимошенко А. В. Основные вызовы и проблемы цифровизации в российском здравоохранении. В сб.: Роль бизнеса в трансформации общества. 2024: Сборник тезисов студентов и аспирантов по итогам XIX Международного конгресса (международной научно-практической конференции), Москва, 8—12 апреля 2024 года. М.: Московский финансово-промышленный университет «Синергия»; 2024. С. 535—9.
3. Александрова Е. В., Морозов А. Е. К вопросу о профессиональной подготовке специалистов медицинского профиля в условиях цифровизации современного образования. *Вестник Удмуртского университета. Серия Философия. Психология. Педагогика*. 2024;34(3):293—300.
4. Гурцкой Л. Д., Начкебия М. С., Тонконог В. В. Применение цифровых технологий в профессиональном образовании. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2023;31(3):453—9. doi: 10.32687/0869-866X-2023-31-3-453-459. EDN VBYKLZ
5. Болбачан О. А., Ибраимова Д. Д., Кузнецов М. Ю. Экспорт медицинского образования на мировом рынке образовательных услуг. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2024;32(S2):1068—71. doi: 10.32687/0869-866X-2024-32-s2-1068-1071. EDN FBFLIC
6. Попов И. Л., Тонконог В. В. Современные аспекты кадрового потенциала сферы здравоохранения. *Труд и социальные отношения*. 2024;35(3):51—61. doi: 10.20410/2073-7815-2024-35-3-51-61. EDN HHTPKY
7. Тонконог В. В. Применение телемедицинских технологий при оказании медицинской помощи членам экипажа на борту судна. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2023;31(6):1413—7. doi: 10.32687/0869-866X-2023-31-6-1413-1417. EDN HBULRR
8. Заболотская К. Р., Шиндряева И. В. Проблема профессиональной реализации и карьерные Ожидания студентов медицинского вуза (результаты социологического опроса). *Экономика и социум*. 2017;12(43):385—8.
9. Федеральный закон от 28.02.2025 № 28-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации». *КонсультантПлюс*. Режим доступа: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_499990/ (дата обращения 25.03.2025).

Поступила 09.09.2024

Принята в печать 30.10.2024

REFERENCES

1. Jafarova L. A. Global health policy and the pandemic Treaty. *Scientific News. Series: Social Sciences and Humanities*. 2023;19(1):60—5 (in Russian).
2. Timoshenko A. V. The main challenges and problems of digitalization in Russian healthcare. In: The role of business in the transformation of society — 2024: A collection of abstracts of students and postgraduates following the results of the XIX International Congress (International scientific and practical conference), Moscow, April 08—12, 2024. Moscow: Moscow University of Finance and Industry “Synergy”; 2024. P. 535—9 (in Russian).
3. Alexandrova E. V., Morozov A. E. On the issue of professional training of medical specialists in the context of digitalization of

Образование и кадры

- modern education. *Bulletin of the Udmurt University. The Philosophy series. Psychology. Pedagogy*. 2024;34(3):293–300 (in Russian).
4. Gurtskoy L. D., Nachkebiya M. S., Tonkonog V. V. The use of digital technologies in professional education. *Problems of social hygiene, healthcare and the history of medicine*. 2023;31(3):453–9. doi: 10.32687/0869-866X-2023-31-3-453-459. EDN VBYKLZ (in Russian).
 5. Bolbachan O. A., Ibraimova D. D., Kuznetsov M. Yu., et al. The export of medical education in the global educational services market. *Problems of social hygiene, healthcare and the history of medicine*. 2024;32(S2):1068–71. doi: 10.32687/0869-866X-2024-32-s2-1068-1071. EDN FBFLIC (in Russian).
 6. Popov I. L., Tonkonog V. V. Modern aspects of the personnel potential of the healthcare sector. *Labor and Social Relations*. 2024;35(3):51–61. doi: 10.20410/2073-7815-2024-35-3-51-61. EDN HHTPKY (in Russian).
 7. Tonkonog V. V. The use of telemedicine technologies in providing medical care to crew members on board a ship. *Problems of social hygiene, public health and the history of medicine*. 2023;31(6):1413–7. doi: 10.32687/0869-866X-2023-31-6-1413-1417. EDN HBULRR (in Russian).
 8. Zabolotskaya K. R., Shindryaeva I. V. The problem of professional realization and career expectations of medical university students (results of a sociological survey). *Economics and Society*. 2017;12(43):385–8 (in Russian).
 9. Federal Law No. 28-FZ dated 02/28/2025 “On Amendments to Certain Legislative Acts of the Russian Federation”. ConsultantPlus. Available at: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_499990/ (accessed 25.03.2025) (in Russian).

Из опыта организатора здравоохранения

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2025

УДК 614.2

Шмелев И. А., Сергеев В. В., Печегина Ю. С.

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПРИНЦИПЫ ЭЛЕКТРОННОЙ ПЛАТФОРМЫ «ЦИФРОВАЯ СИСТЕМА МОНИТОРИНГА КАЧЕСТВА»

ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России, 443099, г. Самара

В статье сформулированы предложения, направленные на совершенствование и оптимизацию работы по организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, по автоматизации управления рисками в здравоохранении, включающие клинические и административные системы, процессы и отчеты, используемые для выявления, мониторинга, оценки, смягчения и предотвращения нежелательных событий при помощи разработанной электронной платформы «Цифровая система мониторинга качества».

Ключевые слова: цифровая система мониторинга качества; автоматизация управления рисками; нежелательные события; корректирующие меры; внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности.

Для цитирования: Шмелев И. А., Сергеев В. В., Печегина Ю. С. Функциональные принципы электронной платформы «Цифровая система мониторинга качества». Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2025;33(4):714–718. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2025-33-4-714-718>

Для корреспонденции: Шмелев Игорь Анатольевич, канд. мед. наук, доцент, зав. кафедрой медицинского права и биоэтики ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России, e-mail: i.a.shmelyov@samsmu.ru

Shmelev I. A., Sergeev V. V., Pechegina Yu. S.

THE FUNCTIONAL PRINCIPLES OF ELECTRONIC PLATFORM “THE DIGITAL SYSTEM OF QUALITY MONITORING”

The Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The Samara State Medical University” of the Minzdrav of Russia, 443099, Samara, Russia

The article formulates proposals targeted to improve and to optimize organization and implementation of internal quality and safety control of medical activities, automation of risk management in health care, including clinical and administrative systems, processes and reports used to identify, to monitor, to evaluate, to mitigate and to prevent undesirable events using developed electronic platform “The Quality Monitoring Digital System”.

Keywords: quality monitoring digital system; automation; risk management; undesirable events; corrective measures; internal quality control and safety of medical activities.

For citation: Shmelev I. A., Sergeev V. V., Pechegina Yu. S. The functional principles of electronic platform “The digital system of quality monitoring”. *Problemy socialnoi gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2025;33(4):714–718 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2025-33-4-714-718>

For correspondence: Shmelev I. A., candidate of medical sciences, associate professor, the Head of the Chair of Medical Law and Bioethics of the Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The Samara State Medical University” of the Minzdrav of Russia. e-mail: i.a.shmelyov@samsmu.ru

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support.

Received 10.06.2024

Accepted 30.10.2024

Введение

Идея создания электронной платформы «Цифровая система мониторинга качества» (ЦСМК) возникла из понимания того, что здравоохранение в целом и медицинская помощь в частности, — это сложная система, эффективность и безопасность которой зависят от взаимодействия множества компонентов и подсистем социальной (люди с их психологическими и коммуникационными особенностями, управленческая и кадровая подсистемы) и технической (оборудование, информационные технологии, инфраструктура) природы. Латентность

отдельных компонентов и подсистем для конкретных работников, не контактирующих с ними непосредственно, делает неочевидной цепочку факторов, приводящих к тому или иному результату, в частности к возникновению нежелательных событий, негативно влияющих на исход лечения, состояние оборудования, или конфликту с конкретным пациентом. Такой подход обосновывает тезис, что неблагоприятные последствия для жизни и здоровья граждан при оказании медицинской помощи редко возникают из-за действий одного медицинского работника, а являются результатом серии сбоев в системе работы всей медицинской организации.

Для безопасной работы необходимо слаженное взаимодействие всех компонентов и подсистем, а их комплексная оценка должна быть обеспечена эффективной технологией внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности и управления рисками, учитывающей мировой опыт менеджмента качества, но адаптированной к российской системе здравоохранения.

Принимая во внимание стратегическое значение цифровизации в сфере охраны здоровья граждан, мы ставим целью настоящего исследования обоснование основных функциональных принципов электронной платформы «Цифровая система мониторинга качества».

Материалы и методы

Материалом исследования служили:

- нормативно-правовые акты;
- монографии и научные статьи;
- анкеты 50 руководителей медицинских организаций (главных врачей, заведующих отделениями) и 50 врачей-специалистов, содержащие следующие вопросы и варианты ответов на них.

1. Считаете ли Вы необходимым создание электронной платформы «Цифровая система мониторинга качества»?

- 1.1. Да.
- 1.2. Нет.
- 1.3. Затрудняюсь ответить.

2. Готовы ли Вы прослушать лекцию (2 академических часа) для получения знаний, необходимых для самостоятельной работы с электронной платформой «Цифровая система мониторинга качества»?

- 2.1. Да.
- 2.2. Нет.
- 2.3. Затрудняюсь ответить.

3. Укажите, пожалуйста, один функциональный принцип электронной платформы «Цифровая система мониторинга качества» медицинской деятельности, который Вы считаете самым важным.

- 3.1. Непрерывность получения информации.
- 3.2. Полнота и всесторонность базы данных.
- 3.3. Оперативное реагирование на изменения.
- 3.4. Измеряемая эффективность.
- 3.5. Согласованность с другими видами контроля.

Для статистической обработки данных анкетирования использовался критерий хи-квадрат Пирсона. Нулевая гипотеза указывала на случайный характер несовпадения между частотами ответов респондентов (группы сравнения принадлежат одной генеральной совокупности). Нулевая гипотеза отвергалась, если рассчитанное (фактическое) значение критерия Пирсона было больше критического (табличного) значения критерия.

Результаты исследования

При анализе содержания нормативно-правовых актов выделены положения, имеющие существенное значение в контексте настоящего исследования.

Так, в Указе Президента РФ от 7 мая 2018 г. № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года»¹ предусмотрена разработка Правительством Российской Федерации в числе других направлений проектов (программ) по здравоохранению, цифровой экономике (пп. «б» п. 2). Правительству РФ при разработке национального проекта в сфере здравоохранения необходимо обеспечить решение следующей задачи: создание механизмов взаимодействия медицинских организаций на основе единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения (абз. 3 пп. «б» п. 4), а при реализации совместно с органами государственной власти субъектов Российской Федерации национальной программы «Цифровая экономика Российской Федерации» обеспечить преобразование приоритетных отраслей экономики и социальной сферы, включая здравоохранение, образование, промышленность, сельское хозяйство, строительство, городское хозяйство, транспортную и энергетическую инфраструктуру, финансовые услуги, посредством внедрения цифровых технологий и платформенных решений (абз. 7 пп. «б» п. 11). Актуальность цифровизации в сфере здравоохранения сохраняет свое значение на ближайшее десятилетие. 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»² в числе национальных целей на период до 2030 г. и на перспективу до 2036 г. определил сохранение населения, укрепление здоровья и повышение благополучия людей, поддержку семьи (пп. «а» п. 1), цифровую трансформацию государственного и муниципального управления, экономики и социальной сферы (пп. «ж» п. 1). В частности, установлен следующий целевой показатель, выполнение которого характеризует достижение национальной цели «Сохранение населения, укрепление здоровья и повышение благополучия людей, поддержка семьи»: создание и запуск к 2030 г. цифровой платформы, способствующей формированию, поддержанию и сохранению здоровья человека на протяжении всей его жизни на базе принципа управления на основе данных (пп. «и» п. 2). Достижение национальной цели «Цифровая трансформация государственного и муниципального управления, экономики и социальной сферы» будет характеризоваться следующим целевым показателем и задачей: достижением к 2030 г. «цифровой зрелости» государственного и муниципального управления, ключевых отраслей экономики и соци-

¹ Указ Президента РФ от 7 мая 2018 г. № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года». Режим доступа: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71837200/?ysclid=m3v5uyiitz672542347>

² 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: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/408892634/?ysclid=m3v5t8hnm8951264902>

альной сферы, в том числе здравоохранения и образования, предполагающим автоматизацию большей части транзакций в рамках единых отраслевых цифровых платформ и модели управления на основе данных с учетом ускоренного внедрения технологий обработки больших объемов данных, машинного обучения и искусственного интеллекта (пп. «а» п. 8).

Стратегическое направление в области цифровой трансформации здравоохранения утверждено Распоряжением Правительства Российской Федерации от 17 апреля 2024 г. № 959-р³, целью его является достижение к 2030 г. высокого уровня «цифровой зрелости» участников реализации стратегического направления, ускоренный переход сектора здравоохранения Российской Федерации на новый управленческий и технологический уровни посредством перехода к «цифровым двойникам», что позволит обеспечить создание единой платформенной экосистемы на основе целостных и однородных первичных данных.

В Федеральном законе Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»⁴ ст. 90 о внутреннем контроле качества и безопасности медицинской деятельности изложена бланкетным способом, поскольку указанный контроль осуществляется органами, организациями государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения в соответствии с требованиями к его организации и проведению, утвержденными уполномоченным федеральным органом исполнительной власти. Требования к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности утверждены Приказом Минздрава России от 31 июля 2020 г. № 785н⁵ (далее — Требования).

Целесообразно кратко отметить отдельные положения Требований к организации и проведению мероприятий, осуществляемых в рамках внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности. Так, в п. 9 в числе мероприятий внутреннего контроля значится оценка качества и безопасности медицинской деятельности медицинской организации, ее структурных подразделений путем проведения плановых и целевых (внеплановых) проверок. Согласно п. 10 Требований, плановые проверки проводятся в соответствии с ежегодным планом, утверждаемым руководителем медицинской организации, не реже 1 раза в квартал. В соответствии с п. 11 Требований целевые (внепла-

новые) проверки проводятся при наличии отрицательной динамики статистических данных, характеризующих качество и безопасность медицинской деятельности, при поступлении жалоб граждан, во всех случаях летальных исходов, внутрибольничного инфицирования и осложнений, вызванных медицинским вмешательством. Проверки в зависимости от поставленных задач включают анализ случаев оказания медицинской помощи, отобранных методом случайной выборки и/или по тематически однородной совокупности случаев (п. 12 Требований). В силу п. 13 Требований проверка по тематически однородной совокупности случаев проводится в отношении определенной совокупности случаев, отобранных по тематическим признакам.

Проблемам цифровизации в сфере здравоохранения посвящено большое количество работ (монографий и научных статей). В задачи настоящего исследования не входит обзор литературы по данному вопросу, поэтому речь пойдет лишь об отдельных публикациях, значимых для настоящего исследования. Авторы монографии «Искусственный интеллект в российской медицине: системы поддержки принятия решений» П. Кузнецов и Ф. Вариченко, говоря о переходе к Шестому технологическому укладу — 4Р-медицине (4П-медицине), отмечают принципы:

- 1) предикции — прогноза состояния здоровья;
- 2) превентивности — профилактики;
- 3) персонализации — индивидуального подхода к пациенту;
- 4) партисипативности — мотивированного участия медиков и пациентов в лечебно-диагностическом процессе [1].

И. Г. Салимьянова и А. В. Дячук в статье «Инновационный контур в здравоохранении в условиях цифровой трансформации» [2] рассматривают следующие основные новые направления цифровой трансформации медицины: Интернет медицинских вещей (Internet of Medical Things, IoMT), телемедицина, Big Data, искусственный интеллект, 3D-печать, робототехника, сети 5G, механизмы блокчейн.

А. П. Ардашкин и В. В. Сергеев в статье «О цифровизации в судебной медицине» [3] указывают на выраженное понимание судебными медиками актуальности цифровой трансформации для своей профессиональной деятельности.

Результаты анкетирования 50 руководителей медицинских организаций (главных врачей, заведующих отделениями) и 50 врачей-специалистов отражены в табл. 1—3.

Таблица 1

Результаты анкетирования по первому вопросу анкеты о необходимости создания электронной платформы «Цифровая система мониторинга качества» (в %)

Вариант ответа	Руководители	Врачи
Да	84	56
Нет	4	14
Затрудняюсь ответить	12	30

³ Распоряжение Правительства Российской Федерации от 17 апреля 2024 г. № 959-р «Об утверждении стратегического направления в области цифровой трансформации здравоохранения». Режим доступа: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/408813257/?ysclid=m3vjtkce9r795427677>

⁴ Федеральный закон Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Режим доступа: <https://base.garant.ru/12191967/>

⁵ Приказ Минздрава России от 31 июля 2020 г. № 785н «Об утверждении Требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности». Режим доступа: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/74610282/?ysclid=m3v5rrtuh360218247>

Таблица 2

Результаты анкетирования по второму вопросу анкеты о готовности прослушать лекцию (2 академических часа) для получения знаний, необходимых для самостоятельной работы с электронной платформой «Цифровая система мониторинга качества» (в %)		
Вариант ответа	Руководители	Врачи
Да	90	60
Нет	6	2
Затрудняюсь ответить	4	38

Таблица 3

Результаты анкетирования по третьему вопросу анкеты об одном самом важном функциональном принципе электронной платформы «Цифровая система мониторинга качества» (в %)		
Вариант ответа	Руководители	Врачи
Непрерывность получения информации	10	26
Полнота и всесторонность базы данных	14	20
Оперативное реагирование на изменения	30	34
Измеряемая эффективность	22	6
Согласованность с другими видами контроля	24	14

При статистической обработке результатов анкетирования по этому вопросу установлено, что различие распределений частотности ответов респондентов статистически достоверно, поскольку фактический критерий Пирсона (9,12) больше критического значения (5,99). Следовательно, нулевая гипотеза о принадлежности выборок к одной генеральной опровергается.

При статистической обработке результатов анкетирования по этому вопросу установлено, что различие распределений частотности ответов руководителей и врачей статистически достоверно, поскольку фактический критерий Пирсона (15,06) больше критического значения (5,99). Следовательно, нулевая гипотеза о принадлежности выборок к одной генеральной совокупности опровергается.

При статистической обработке результатов анкетирования по этому вопросу установлено, что различие распределений частотности ответов респондентов статистически достоверно, поскольку фактический критерий Пирсона (10,09) больше критического значения (9,49). Следовательно, нулевая гипотеза о принадлежности выборок к одной генеральной совокупности опровергается.

Обсуждение

Результаты анкетирования по первому вопросу были в достаточной степени предсказуемы, поскольку организационно-распорядительная и административно-хозяйственные функции руководителей предполагают их большее внимание к организационному контуру лечебно-диагностического процесса, в частности к проведению контрольных мероприятий. Неожиданным оказался выбор 30% врачей-специалистов ответа «Затрудняюсь ответить». Это не свидетельствует о сомнении врачей в необходимости контроля качества и безопасности медицинской деятельности, так как вопрос анкеты касался только его технологического аспекта (электрон-

ная платформа), о котором специалисты, очевидно, не имели достаточной информации. Сказанное подтверждается, по нашему мнению, результатами анкетирования по второму вопросу анкеты о получении необходимых знаний для самостоятельной работы с электронной платформой, на который затруднились ответить 38% врачей-специалистов. Оптимизм внушает тот факт, что всего 2% врачей отрицали необходимость получения соответствующих знаний. Высокие показатели положительных ответов на второй вопрос анкеты свидетельствуют об осознании респондентами актуальности цифровой трансформации своей профессиональной деятельности, что совпадает с подобными результатами анкетирования других специалистов (судебных медиков).

Особого внимания заслуживают результаты анкетирования по третьему вопросу — о функциональных принципах цифровых платформенных решений.

Непрерывность получения информации. Непрерывность информационного потока составляет сущность мониторинга. В п. 10 Требований указано, что плановые проверки внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности проводятся не реже 1 раза в квартал. Означает ли это, что внутреннему контролю качества и безопасности медицинской деятельности в «межконтрольный» период не уделяется должного внимания? Очевидно, что не означает. На это указывает, в частности, возможность проведения внеплановых проверок (п. 9 Требований). Указанная внеплановость, как правило, связана с ретроспективной оценкой каких-либо серьезных неблагоприятных событий в медицинской организации. Принцип непрерывности информации, реализуемый электронной платформой, позволяет наблюдать ход лечебно-диагностического процесса в реальном масштабе времени, фиксируя любые, даже самые незначительные отклонения от заданных требований качества и безопасности медицинской деятельности.

Полнота и всесторонность базы данных. Внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности фактически должен строиться вокруг выявления рисков и управления ими. Гипотезой исследования является тезис о том, что объединение результатов всех обязательных в силу Приказа Минздрава России от 31 июля 2020 г. № 785н «Об утверждении Требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности» проверок и мониторингов в единую базу данных позволит выявить структуру факторов, способствующих возникновению нежелательных событий, оценить частоту внутрибольничных осложнений и ее динамику при изменении факторов среды или применении конкретных корректирующих мер, оптимизирует сбор и анализ данных конкретным медицинским работником и позволит сократить временные затраты. Рассчитываемые показатели позволят сфокусироваться на ключевых процессах в работе медицин-

ских организаций для снижения рисков причинения вреда жизни и здоровью граждан, следовательно, уменьшаются сроки госпитализаций, снизится смертность и возрастет удовлетворенность качеством медицинской помощи.

Оперативное реагирование на изменения. Большинство руководителей медицинских организаций и врачей-специалистов указали данный принцип как самый важный функциональный принцип цифровой платформы. Связь данного принципа с непрерывностью информационного потока является непосредственной. В то же время если непрерывность призвана сигнализировать о каких-либо отклонениях, то оперативность реагирования предполагает определенный алгоритм их коррекции.

Измеряемая эффективность. Данный принцип в качестве самого важного отмечали в основном руководители медицинских организаций. При этом только 6% врачей проявили должное внимание к данному принципу. Важность этого принципа можно проиллюстрировать его возможностью в любой момент от начала применения цифрового мониторинга измерить эффективность, выделив для сравнения всего три показателя: количество благоприятных исходов лечения, количество неблагоприятных исходов лечения, количество жалоб пациентов и их законных представителей.

Согласованность с другими видами контроля. Речь не идет о полном содержательном совпадении внутреннего контроля с другими его видами. Вместе с тем электронная платформа позволяет согласовывать предметы всех видов контроля качества и безопасности медицинской деятельности, соотнося друг с другом содержание следующих нормативно-правовых актов:

- Приказ Минздрава России от 10 мая 2017 г. № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи»⁶;
- Приказ Минздрава России от 19 марта 2021 г. № 231н «Об утверждении Порядка проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения»⁷;
- Приказ Минздрава России от 4 сентября 2024 г. № 449н «О внесении изменений в Правила обязательного медицинского страхования, утвержденные приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от

28 февраля 2019 г. № 108н, и Порядок проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения, утвержденный приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19 марта 2021 г. № 231н»⁸.

Заключение

В целях совершенствования и оптимизации работы по организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности нами разработана и внедрена электронная платформа «Цифровая система мониторинга качества», которая с минимальными трудозатратами, автоматизируя большинство процессов внутреннего контроля, предлагает не только алгоритм управления нежелательными событиями и корректирующие меры, но и способна помочь определить ответственных лиц, составить объективный отчет, сконцентрировать внимание на ключевых проблемах, решение которых позволит вывести на новый уровень качество и безопасность медицинской помощи, а значит, вырваться вперед в деле снижения смертности людей, увеличения продолжительности жизни, повышения рождаемости и выполнении других показателей достойной и качественной медицинской деятельности.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Кузнецов П., Вариченко Ф. Искусственный интеллект в российской медицине: системы поддержки принятия решений. М.: Менеджер здравоохранения; 2018. 140 с.
2. Салимьянова И. Г., Дячук А. В. Инновационный контур в здравоохранении в условиях цифровой трансформации. *Известия Санкт-Петербургского государственного экономического университета*. 2021;1(127):122—8.
3. Ардашкин А. П., Сергеев В. В. О цифровизации в судебной медицине. *Судебная медицина*. 2024;10(3):315—21.

Поступила 10.06.2024
Принята в печать 30.10.2024

REFERENCES

1. Kuznecov P., Varichenko F. Artificial intelligence in Russian medicine: decision support systems. Moscow: Menedzher zdravooxranenija; 2018. 140 p. (in Russian).
2. Salim'janova I. G., Djachuk A. V. Innovative contour in healthcare in the context of digital transformation. *Izvestija Sankt-Peterburgskogo gosudarstvennogo jekonomicheskogo universiteta*. 2021;1(127):122—8 (in Russian).
3. Ardashkin A. P., Sergeev V. V. About digitalization in forensic medicine. *Sudebnaja medicina*. 2024;10(3):315—21 (in Russian).

⁶ Приказ Минздрава России от 10 мая 2017 г. № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи». Режим доступа: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71575880/?ysclid=m3v5sjoeen962770189>

⁷ Приказ Минздрава России от 19 марта 2021 г. № 231н «Об утверждении Порядка проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения». Режим доступа: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/400661901/?ysclid=m3v5qx6kzrp60459214>

⁸ Приказ Минздрава России от 4 сентября 2024 г. № 449н «О внесении изменений в Правила обязательного медицинского страхования, утвержденные приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28 февраля 2019 г. № 108н, и Порядок проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения, утвержденный приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19 марта 2021 г. № 231н». Режим доступа: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/410386334/?ysclid=m3v5mioay1401735507>

История медицины

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2025
УДК 614.2

Затравкин С. Н.^{1,2}, Вишленкова Е. А.³, Игнатьев В. Г.¹

ИСТОРИЯ РОССИЙСКОГО ФАРМИНФОРМРЫНКА. СООБЩЕНИЕ 1: ФАРМАЦЕВТИЧЕСКАЯ ИНФОРМАЦИЯ В СССР

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

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

³Мюнхенский университет им. Людвига — Максимилиана, 80539, г. Мюнхен, Германия

В цикле статей авторы анализируют становление в России рынка фармацевтической информации. Он возник из двух источников: фрагментов советской системы циркуляции фарминформации и как следствие бизнес-проектов. Будучи «отраслевым», или «внутренним» для фармацевтического рынка, информационный сегмент со временем сформировал инфраструктуру производства, распространения, хранения и потребления своего товара. Первоначально рассматриваемый в качестве вспомогательного, он превратился в автономный рынок со своими правилами игры и ведущими игроками, ценами на услуги. В первом сообщении речь идет о советской системе снабжения фармацевтической отрасли информацией: местах ее аккумуляции и производства, информационных потоках и их проводной системе.

Ключевые слова: история медицины; история СССР; фармация; информация.

Для цитирования: Затравкин С. Н., Вишленкова Е. А., Игнатьев В. Г. История российского фарминформрынка. Сообщение 1: фармацевтическая информация в СССР. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2025;33(4):719—723. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2025-33-4-719-723>

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

Zatravkin S. N.¹, Vishlenkova E. A.², Ignatiev V. G.¹

THE HISTORY OF RUSSIAN PHARMACEUTICAL INFORMATION MARKET. REPORT I: PHARMACEUTICAL INFORMATION IN THE USSR

¹The Federal State Budget Scientific Institution The N. A. Semashko National Research Institute of Public Health of the Minobrnauka of Russia, 105064, Moscow, Russia;

²The Ludwig–Maximilian University of Munich, 80539, Munich, Germany

The authors, in series of articles, analyze becoming of pharmaceutical information market in Russia. It emerged from two sources: fragments of the Soviet system of circulation of pharmaceutical information and as consequence of business projects. The information segment, being “sectoral” or “internal” to pharmaceutical market, formed over time infrastructure of production, distribution, storage and consumption of its goods. Initially, being considered as auxiliary, it turned out into autonomous market with its own rules of the game, leading players and prices for services. In the Report matter is the Soviet system of supplying pharmaceutical industry with information: places of its accumulation and production, information flows and their conducting system.

Key words: history of medicine; the USSR; pharmacy; information.

For citation: Zatravkin S. N., Vishlenkova E. A., Ignatiev V. G. The history of Russian pharmaceutical information market. Report I: pharmaceutical information in the USSR. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2025;33(4):719–723 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2025-33-4-719-723>

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 12.08.2024
Accepted 30.10.2024

Почти одновременно с появлением в России фармацевтического рынка как пространства циркуляции лекарств внутри него зародился рынок фармацевтической информации. Речь идет о производстве и купле-продаже данных, сведений, рекламно-маркетинговых продуктов, интеллектуального труда, а также аппаратно-программных средств и технологий переработки информации.

Такого рынка в СССР не было. Как и все другие продукты, информация о лекарствах производилась

и распространялась в советском государстве внутри и по контурам пирамиды: сверху (из министерств) и из центра (Москвы) вниз (в республиканские, областные и краевые органы здравоохранения) и на периферию (к территориям и регионам). Только в отношении данных о побочном действии лекарств и о потребности в них поток информации устремлялся встречно — снизу и сбоку наверх и в центр.

Производством фармацевтической информации в Советском Союзе занимались ангажированные го-

сударством специалисты, собранные в головных НИИ и центрах. Они отбирали и переводили зарубежные издания, адаптировали их к социалистическим реалиям, создавали планы развития (футуристическую информацию). Многочисленные управляющие в этих институтах определяли дозы и качество отправляемой к потребителям информации. Она кодировалась (коды ГРНТИ) и упаковывалась в печатную (цифровые таблицы, книги, брошюры, справочники) или устную (выступления на конференциях, лекции, телепередачи) форму.

Осуществлять агрегацию и создавать генерализации из локального знания советским специалистам было не просто. Министерство здравоохранения запрашивало данные всего лишь по нескольким позициям (прежде всего о потребности в лекарствах и о побочном действии препаратов), но страна была большой и данных в Москву приходило много. Поскольку тогда расчеты делались вручную, а описания с мест поступали слабо унифицированные, то вычислить точные потребности в лекарствах по стране в целом и по отдельным регионам не удавалось. Это стало возможно только в конце 1980-х годов посредством электронно-вычислительных машин (ЭВМ) и единой системы классификации и кодирования фарминформации¹. В силу инфраструктурных дефицитов опыта работы с ЭВМ оказались эксклюзивными и распространить автоматизированное управление (АСУ) на всю страну так и не удалось. Их применение в здравоохранении и фармацевтической отрасли осталось единичным и экспериментальным (десяток информационно-вычислительных центров, созданных в 1976 г., АСУ «Горздрав» в 30 городах страны в 1980-е годы и ряд других [1]). Во многом такая ситуация объясняется низкой заинтересованностью советских лидеров здравоохранения в знании локальных ситуаций.

Но если для планово-командной системы приоритетными были управление и спускаемые из центра руководящие указания, то для развития рыночных отношений более важными оказались хорошее видение локусов и ориентирование в локальных потребностях, т. е. информация с мест. Потребность в ней нарастала на российском фармрынке с каждым годом. Фраза британского банкира Натана Майера Ротшильда и лозунг мирового бизнеса: «Кто владеет информацией, тот владеет миром» — достигла России.

Для постсоветских администраторов практический смысл этого постулата стал очевидным не сразу. В партийной системе ценились переданные друг другу слухи и выраженные в разных символических системах личные отношения, а не точное видение и корректная статистика. Для управления в социалистическом здравоохранении можно было обойтись приблизительными или и вовсе фантомными дан-

ными [2]. В начале «девяностых» эти поведенческие установки и представления сыграли с первыми рыночными игроками от имени государства — министерскими чиновниками — злую шутку. Тогда Министерство здравоохранения рьяно боролось за право определять правила игры на рынке и почти не беспокоилось о сборе информации о нем: о конкурентах, о потребителях, о математическом просчете бюджета и стоимости продуктов мировых производителей. Такая беззаботность не осталась безнаказанной.

В дальнейшем российский рынок осознал ценность информации, изменил способы ее производства и пространственную структуру ее движения. Теперь данные циркулировали горизонтально, образуя своего рода магнитные поля внутри российских локусов. А заимствованные источники информации (иностранные или унаследованные из советского прошлого) дополнились продукцией растущего производства локального знания — данными об обеспеченности, ценах, больных с определенными заболеваниями, фармкомпаниях, складах и прочем. В этом отношении рынок осуществил информационную децентрализацию России. Запросы на хорошее видение регионов и сегментов рынка побудили игроков разрабатывать уникальные технологии для сбора больших данных и для их переработки, что привело к ускоренной цифровизации и компьютеризации фармотрасли.

В ходе этой мини-революции изменились структура фармацевтической информации, ее характер и институционализация. Помимо официальной и научной появилась маркетинговая информация, что ускорило превращение фарминформации в товар. В качестве таковой она вышла из монополии бюрократического производства. Кроме государственных НИИ и аналитических лабораторий, ее стали производить коммерческие структуры, которые образовали автономную от государства информационную сеть. И довольно скоро лидеры этого информационного рынка обрели сначала экономическую, затем экспертную, а потом и политическую власть.

Организация информационного обеспечения фармацевтической отрасли, врачей и пациентов в СССР

В позднесоветское время практически вся циркулировавшая в фармацевтической сфере информация относилась к категории профессиональной. Она предназначалась для специалистов здравоохранения или фармацевтов и соответственно имела официальный² или научный³ характер. Ее распро-

¹ Описание изобретенных технологий расчета дано в диссертации: Апазов А. Д. Совершенствование управления аптечной службой в СССР в переходный период к рыночной экономике. Автореф. дис. ... канд. фарм. наук. Пятигорск; 1991.

² Информация нормативного, правового и директивного характера, распространяемая от имени государственных органов, учреждений, ведомств либо по их поручению в соответствующих документах и изданиях. Включает нормативно-правовые акты (постановления, распоряжения, приказы и т. д.), инструкции по применению лекарственных средств, государственную фармакопею, научно-техническую и нормативно-техническую документацию (НТД).

³ Научная, научно-практическая, справочная, учебная фармацевтическая информация.

История медицины

странение осуществляла государственная централизованная машина, состоявшая из всесоюзных, республиканских, областных, районных и локальных (кабинеты и отделы в крупных лечебно-профилактических учреждениях и аптеках) информационных центров. Все функции по сбору, обработке, хранению и распространению были распределены между ними, при этом существовало взаимодействие и дополнение услуг друг друга [3].

Официальная информация

Главными поставщиками официальной фармацевтической информации в СССР были союзные Министерство здравоохранения и Министерство медицинской промышленности. В составе Минздрава центрами генерации информации являлись Управление по внедрению новых лекарственных средств и медицинской техники (далее — Управление) и Главное аптечное управление (ГАПУ), а в структуре Минмедпрома — Центральное бюро научно-технической информации (ЦБНТИ).

С 1971 г. данные обо всех лекарственных средствах, разрешенных к медицинскому применению в стране, аккумулировались в Управлении. Там их упаковывали в форму реестра. Он состоял из четырех частей:

- 1) алфавитный список официальных названий разрешенных к применению препаратов с их регистрационными номерами;
- 2) паспорта этих препаратов (информация о химическом составе и фармакологических свойствах, документы о разрешении клинических испытаний и их завершении, рекомендации к применению лекарства в медицинской практике);
- 3) инструкции по применению, фармакопейные статьи, расчет объемов, рекомендуемых для производства на первые 2 года, заявки на препарат для организации промышленного выпуска, регистрационные удостоверения на лекарство и приказы министра здравоохранения СССР о разрешении его применения в медицинской практике, различные вкладыши с дополнениями и обновлениями и т. д.;
- 4) сведения об исключенных из номенклатуры устаревших лекарствах.

Каждые два года Управление переиздавало первый раздел реестра под названием «Государственный реестр лекарственных средств, разрешенных для применения в медицинской практике и к промышленному производству». Его получали все учреждения, занимавшиеся изысканием, производством и применением лекарственных средств [4]. Находившийся в ведении Управления Всесоюзный центр по организации мер предупреждения отрицательных видов действия лекарственных средств (затем — Всесоюзный центр по изучению побочного действия лекарственных средств) готовил и издавал выпуски экспресс-информации, предназначенной для врачей. Благодаря им медики узнавали о кейсах побочного (нежелательного) действия препаратов.

В ГАПУ информационную работу вело созданное в 1968 г. Всесоюзное конъюнктурно-информацион-

ное бюро. Позднее оно было преобразовано во Всесоюзное информационное бюро (1979), а затем (1988) во Всесоюзный центр научно-фармацевтической информации (ВЦНФИ). Его задачами были:

- 1) создание и ведение справочно-информационного фонда и автоматизированного банка данных по лекарственным средствам;
- 2) изучение конъюнктуры и спроса на лекарственные средства;
- 3) организационно-методическое руководство, контроль и оказание практической помощи подразделениям службы фармацевтической информации системы Минздрава СССР⁴.

Этот Центр был основным источником официальной фармацевтической информации. Он готовил и выпускал периодические издания по различным вопросам деятельности аптечной сети, обрабатывал и распространял отраслевую нормативную и правовую информацию. Среди его рассылок были так называемые Информационные письма лечебным учреждениям и аптекам с приказами и предписаниями Минздрава. Кроме того, Центр занимался распространением официальной информации о новых лекарственных препаратах. Он предоставлял копии инструкций по применению лекарств, нормативно-техническую документацию (фармакопейные и временные фармакопейные статьи, дополнения и изменения к ним), материалы справочно-информационного фонда. Кроме того, ВЦНФИ готовил фактографические справки о лекарствах (сроки годности, условия хранения, номера действующих нормативных документов). Эта информация либо приходила к врачам через экспедицию Центра, либо они могли почерпнуть ее из постоянных рубрик «Новые лекарственные препараты» в центральных медицинских журналах («Клиническая медицина», «Вопросы вирусологии», «Вопросы эндокринологии», «Кардиология» и др.) и в «Медицинской газете».

У ГАПУ и минздравов союзных республик были свои конъюнктурно-информационные отделы (отделы информации). Их сотрудники готовили и распространяли материалы о лекарственных препаратах, а также нормативные документы Минздрава СССР и соответствующей республики. При областных аптечных управлениях функционировали их собственные информационные отделы (группы), которые осуществляли ту же функцию с учетом местной специфики сети аптек и лечебных учреждений. Главным образом они доводили до врачей информацию о наличии тех или иных препаратов в аптечной сети, а в случаях их отсутствия предлагали замены. Они же координировали информационную работу аптечных учреждений. В штате каждой аптеки были сотрудники, отвечавшие за информационное сопровождение ее работы. Они были обя-

⁴ Приказ № 640 от 12.08.1988 «Об организации Всесоюзного центра научно-фармацевтической информации при Министерстве здравоохранения СССР на принципах хозрасчета и самофинансирования».

заны информировать врачей об имеющихся в наличии и поступавших в аптеку лекарственных препаратах. Делалось это в виде устных сообщений на еженедельных конференциях провизоров и врачей.

При крупных лечебно-профилактических учреждениях в СССР действовали Кабинеты фармацевтической информации (КФИ), а в крупных аптеках — «Уголки врача». В них устраивались презентации выставок лекарственных препаратов, справочной литературы, инструктивных материалов, касавшихся выписки рецептов и отпуска лекарств, документации по использованию отечественных и зарубежных препаратов, а также перечней лекарств, временно отсутствовавших в аптеках района.

У Минмедпрома СССР были собственные информационные сети. В его структуре значилось ЦБНТИ, которое занималось подготовкой, изданием и распространением информационных материалов о новых лекарственных препаратах. Эта информация предоставлялась врачам и фармацевтам либо в виде проспектов на препараты (запущенные в промышленное производство на подведомственных Минмедпрому химико-фармацевтических заводах), либо в форме тематических сборников («Новые антибактериальные препараты», «Сульфаниламидные препараты», «Психотропные препараты» и др.).

Научная информация

Научная информация в СССР была продуктом аналитиков (медицинских и фармацевтических), работавших в НИИ и на вузовских кафедрах. Кроме того, она поступала из-за границы в форме книг и журналов.

Ее отбор и циркуляция осуществлялись главным образом сетью государственных информационных центров во главе со Всесоюзным научно-исследовательским институтом медицинской и медико-технической информации (ВНИИМИ) Минздрава СССР⁵. В нее входили медицинские библиотеки, в том числе Государственная центральная научная медицинская библиотека (ГЦНМБ), республиканские отделы (центры) научной медицинской информации, отделы научной медицинской и патентной информации в головных НИИ, включая Всесоюзный НИИ фармации, в структуре которого с 1969 г. функционировал отдел научной медицинской информации. В общей сложности в 1980-е годы распространением научной медицинской и фармацевтической информации в СССР занимались более 400 структурных подразделений.

ВНИИМИ печатал на собственном производственно-издательском комбинате библиографические, обзорные, текущие информационные сборники и реферативные журналы по различным разде-

лам медицины и лекарствоведения. О наиболее важных для фармации отечественных и зарубежных статьях и книгах рассказывал XXII раздел «Медицинского реферативного журнала» («Фармация. Медицинская техника. Лабораторное дело»). Кроме этого, ВНИИМИ делал выпуски, специально посвященные описанию фармакотерапевтического действия новых лекарственных препаратов. Экспресс-информация от ВНИИМИ упаковывалась в форму брошюр («Новые лекарственные препараты»⁶ и «Побочное действие лекарственных веществ»). Институт осуществлял не только обезличенное, но и персонализированное распространение фармацевтической информации среди ведущих специалистов. Абонентам рассылались оглавления 86 зарубежных профильных журналов. Советские специалисты называли их «валютные издания» и могли заказать ксерокопии, рефераты и переводы заинтересовавших их статей.

Актуальную научную информацию в виде реферативных обзоров зарубежных изданий врачи и фармацевты получали также из издававшейся Всесоюзным институтом научной и технической информации (ВИНИТИ) АН СССР серии журналов «Новое в фармации».

Наконец, еще одним важным каналом распространения научной, научно-практической и учебной фармацевтической информации было государственное издательство «Медицина». Он было создано на заре советской власти и в позднесоветское время стало огромным производством. «Медицина» выпускала фармацевтические справочники, руководства, учебники и монографии гигантскими тиражами. Так, изданный в 1970 г. «Справочник лекарственных препаратов, рекомендованных для применения в СССР, выпускаемых отечественной промышленностью и закупаемых по импорту» под редакцией М. А. Ключева и А. Г. Сафонова вышел тиражом в 600 тыс. экземпляров. Восьмое издание всем известного в СССР фармакологического справочника (пособие по фармакотерапии для врачей) «Лекарственные средства» М. Д. Машковского взяло в 1977 г. рубеж в 400 тыс. экземпляров. В 1979 г. справочник «Лекарственные препараты, разрешенные к применению в СССР» под редакцией М. А. Ключева и Э. А. Бабаяна был выпущен тиражом в 250 тыс. экземпляров. «Справочник кардиолога по клинической фармакологии»⁷ (1980) под редакцией Е. И. Чазова вышел в свет тиражом 220 тыс. экземпляров, «Рецептурный справочник для врачей» (1970) — 100 тыс. экземпляров, «Справочник фармацевта» (1973) под редакцией А. И. Тенцовой — 50 тыс. экземпляров.

Функции государственного отраслевого издательства, готовившего справочники для практических врачей и аптечных работников, выполнял также упоминавшийся ВЦНФИ. В числе его известных и важных изданий можно назвать «Номенклатуру

⁵ Институт был создан в 1962 г. на базе отдела научной информации Института организации здравоохранения и истории медицины имени Н. А. Семашко и Отдела научной медицинской информации Института общей и коммунальной гигиены имени А. Н. Сысина. В 1988 г. ВНИИМИ стал головным учреждением созданного Производственного объединения «Союзмединформ» Минздрава СССР.

⁶ Совместно с ЦБНТИ Минмедпрома.

⁷ Первое издание вышло в 1954 г.

История медицины

лекарственных средств по укрупненным фармакотерапевтическим и химическим группам», «Лекарственные средства, применяемые в медицинской практике в СССР», «Справочник синонимов лекарственных средств».

Итак, формально в СССР была идеальная система информирования: вся страна была покрыта плотной сетью соответствующих институций, были хорошо подготовленные профессионалы по фарминформации, а почта и пресса обеспечивали передачу и трансляцию новых сведений о лекарствах медицинским специалистам. Многие из них могли бы подписаться под признанием профессора Р. И. Ягудиной: «В то время было 2000 позиций лекарственных средств, и мы их знали наизусть» [5].

В стране велись разнообразные исследования в области информации и информатики, изучались потребность в лекарствах и побочные действия медикаментов. Однако проведенный в 1990 г. анализ состояния информационной сферы открыл закулисы [1]. Изучение отчетов столичных НИИ и центров за 1985—1986 гг. убедило аналитиков в том, что советские специалисты не смогли обеспечить отрасль качественной информацией и не использовали полноценно даже имевшиеся в стране возможности. А скрининг работы информационных подразделений Главного аптечного управления показал, что они были совершенно безоружны, т. е. не обеспечены техникой, что работали вхолостую и неэффективно, сосредоточившись на вопросах наличия/отсутствия. Но еще хуже с обеспечением фарминформацией стало в СССР в годы перестройки. Переведенные тогда на хозрасчет «Фармации» повсеместно ликвидировали в своем штате специалистов по информации. После этого в стране практически остановилось изучение рациональности назначения лекарственных средств и информирование о свойствах препаратов. Будущее показало, что это был не предел худшего.

Судя по всему, советская система снабжения фармацевтической отрасли информацией сопоставима с прочими советскими ведомственными структурами: громоздкая институциональная сеть с жесткими регламентами, нацеленная больше на обеспечение управления, чем на оповещение или навигацию, при этом не гибкая и слабо обеспеченная информационной техникой.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Пашкова Н. В., Шугалева М. В. Основные направления перестройки службы фармацевтической информации. М.; 1991.
2. Затравкин С. Н., Вишленкова Е. А. «Клубы» и «гетто» советского здравоохранения. М.: ШИКО; 2022.
3. Пиняжко Р. М., Парновский Б. Л. Вопросы фармацевтической информации. М.: Медицина; 1979.
4. Миронов А. Н., Дигтярь А. В., Сакаева И. В., Кошечкин К. А. Государственный реестр лекарственных средств для медицинского применения — ретроспективный анализ, актуальное состояние и совершенствование требований (аналитический обзор законодательства). *Фармакоэкономика*. 2011;4(2):13—7.
5. Пигарёва Е. Фармацевтическая информация — для кого, для чего (ч. 1). Режим доступа: <https://mosapteki.ru/material/farmaceuticheskaya-informaciya-dlya-kogo-dlya-chego-ch-1-10827?ysclid=lyzo9f4tab743024026>

Поступила 12.08.2024
Принята в печать 30.10.2024

REFERENCES

1. Shashkova N. V., Shugaleva M. V. Main directions of restructuring of pharmaceutical information service. Moscow; 1991 (in Russian).
2. Zatravkin S. N., Vishlenkova E. A. 'Clubs' and 'ghettos' of Soviet health care. Moscow: Chicot, 2022 (in Russian).
3. Pinyazhko R. M., Parnovsky B. L. Pharmaceutical information questions. Moscow: Medicine; 1979 (in Russian).
4. Mironov A. N., Digtyar A. V., Sakaeva I. V., Koshechkin K. A. State register of medicines for medical use — retrospective analysis, current state and improvement of requirements (analytical review of legislation). *Pharmacoeconomics*. 2011;4(2):13–7 (in Russian).
5. Pigareva E. Pharmaceutical information — for whom, for what (part 1). Available at: <https://mosapteki.ru/material/farmaceuticheskaya-informaciya-dlya-kogo-dlya-chego-ch-1-10827?ysclid=lyzo9f4tab743024026> (in Russian).

© ПАШКОВ К. А., АБРАМКИНА Д. И., 2025
УДК 614.2

Пашков К. А.^{1,2}, Абрамкина Д. И.¹

ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ НАРКОМЗДРАВА ВО ГЛАВЕ С Г. А. МИТЕРЕВЫМ ПО ОБЕСПЕЧЕНИЮ УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КАДРАМИ ВО ВРЕМЯ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ 1941—1945 гг.

¹ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России, 127006, г. Москва;

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

С начала Великой Отечественной войны Наркомздрав СССР под руководством Георгия Андреевича Митерева проводил огромную работу для обеспечения разворачиваемых эвакуационных госпиталей медицинскими кадрами. Благодаря усилиям Наркомздрава к 1945 г. укомплектованность штатных должностей врачей в эвакуационных госпиталях Наркомздрава СССР составляла 75,4%, медицинских сестер — 87,4%. При этом, согласно отчетам наркома здравоохранения СССР Г. А. Митерева, к 1945 г. в системе органов здравоохранения всего работало свыше 100 тыс. врачей и 365 тыс. среднего медицинского персонала против более 140 тыс. врачей и других специалистов высшей квалификации и более 425 тыс. средних медицинских работников в 1940 г. Также было отмечено изменение врачебного состава за годы Великой Отечественной войны: доля женщин увеличилась с 62,2 до 74,4%. Около 20% врачебного состава были выпущены вузами в военные годы и не получили полноценного медицинского образования, среди врачей-специалистов преобладали пожилые люди. Несмотря на все усилия Наркомздрава во главе с Г. А. Митеревым, общее количество медицинских работников к концу войны заметно уменьшилось — это цена, которую советские медики заплатили за победу.

Ключевые слова: Наркомздрав; Г. А. Митерев; Великая Отечественная война; эвакуационные госпитали; медицинские кадры.

Для цитирования: Пашков К. А., Абрамкина Д. И. Деятельность Наркомздрава во главе с Г. А. Митеревым по обеспечению учреждений здравоохранения кадрами во время Великой Отечественной войны 1941—1945 гг. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2025;33(4):724—726. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2025-33-4-724-726>

Для корреспонденции: Абрамкина Дарья Игоревна, ассистент кафедры пропедевтики хирургической стоматологии, стоматолог хирург, ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России, e-mail: dasha81.07@mail.ru

Pashkov K. A.^{1,2}, Abramkina D. I.¹

THE ACTIVITY OF THE NARKOMZDRAV OF THE USSR HEADED BY G. A. MITEREV ON SUPPORTING HEALTH CARE INSTITUTIONS WITH PERSONNEL DURING THE GREAT PATRIOTIC WAR OF 1941–1945

¹The Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The Russian University of Medicine” of the Minzdrav of Russia, 127006, Moscow, Russia;

²The Federal State Budget Scientific Institution “The N. A. Semashko National Research Institute of Public Health” of the Minobrnauka of Russia, 105064, Moscow, Russia

From the beginning of the Great Patriotic War, the People's Commissariat of Health Care of the USSR (the Narkomzdrav of the USSR) headed by Georgy Andreyevich Miterov implemented an immense work to support with medical personnel deploying evacuation hospitals. By 1945, due to efforts of the Narkomzdrav of the USSR, in evacuation hospitals of the Narkomzdrav of the USSR staffing of established posts of physicians made up to 75.4% and nurses — 87.4%. At that, according to reports of G. A. Miterov, the USSR Health Care People's Commissar, by 1945 in health care administrations worked more than 100 000 physicians and 365 000 nurses against more than 140 000 physicians and other specialists of higher qualification and more than 425 000 nurses in 1940. During the Great Patriotic War changes in medical staff occurred: the percentage of women increased from 62.2% to 74.4%. About 20% of medical staff were graduated from universities during war years and received no full-fledged medical education. The elderly people prevailed among specialists. Despite all the efforts of the Narkomzdrav of the USSR headed by G. A. Miterov, the total number of medical personnel noticeably decreased by the end of the war. This was price that Soviet physicians paid for the victory.

Key words: the Narkomzdrav of the USSR; G. A. Miterov; the Great Patriotic War; evacuation hospitals; medical personnel.

For citation: Pashkov K. A., Abramkina D. I. The activity of the Narkomzdrav of the USSR headed by G. A. Miterov on supporting health care institutions with personnel during the Great Patriotic War of 1941–1945. *Problemi socialnoi gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2025;33(4):724–726 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2025-33-4-724-726>

For correspondence: Abramkina D. I., the Stomatologist Surgeon, the Assistant Lecturer of the Chair of Propaedeutics of Surgical Stomatology of the Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The Russian University of Medicine” of the Minzdrav of Russia. e-mail: dasha81.07@mail.ru

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support.

Received 18.08.2024

Accepted 30.10.2024

Для лечения раненых и больных военнoслужаших в годы Великой Отечественной войны Наркомздрав развернул 2990 эвакуационных госпиталей на 1 340 400 коек [1], причем 76% из них — за первые 6 мес войны¹ [2]. Все эти лечебные учреждения следовало обеспечить штатами, к оказанию ме-

дицинской помощи раненым необходимо было привлечь квалифицированных специалистов, в первую очередь травматологов и хирургов, том числе

¹ Государственный архив Российской Федерации (ГА РФ). Ф. Р-9609. Оп. 1. Ед. хр. 57. Лл. 194—226.

История медицины

челюстно-лицевых, но также и терапевтов, неврологов, рентгенологов, опытных медсестер и др.

Согласно отчету наркома здравоохранения Г. А. Митерева, в 1940 г. в системе Наркомздрава СССР работало более 140 тыс. врачей и других специалистов высшей квалификации, свыше 425 тыс. средних медицинских работников, 800 тыс. младших медицинских работников и обслуживающего персонала [3]. В 1941 г. советское здравоохранение должно было получить 19 тыс. выпускников медицинских вузов, в том числе 13,5 тыс. врачей-лечебников, около 3 тыс. педиатров, до 1 тыс. санитарных врачей, 1,5 тыс. стоматологов [2]. Однако к началу войны в стране насчитывалось лишь 12 560 хирургов [4], и, поскольку многие из них были призваны в действующую армию, важнейшей задачей Наркомздрава стало правильное распределение и рациональное использование в тылу оперирующих врачей непризывного возраста [5].

Приказом Наркомздрава СССР от 1 октября 1941 г. наркомздравы союзных республик обязали переместить на работу по специальности хирургов, работавших помощниками начальников госпиталей, заменив их врачами других специальностей, обеспечить равномерное распределение хирургов по эвакуационным госпиталям, использовать профессоров, доцентов, ассистентов хирургических кафедр не только как консультантов, но и для оперативной помощи наиболее сложным пациентам [6].

Медицинским институтам и средним медицинским школам пришлось наладить ускоренный выпуск врачей и медсестер. По данным Наркомздрава СССР, в 1941 и 1942 гг. средними медицинскими школами было выпущено 86,7 тыс., курсами сестер обществ Красного Креста и Красного Полумесяца — 202,2 тыс. человек. Всего к 1943 г. выпущено 289 тыс. средних медицинских работников, что позволило обеспечить потребность Красной Армии и эвакуационных госпиталей в среднем медицинском персонале [6].

Медицинскими институтами за 1941—1944 гг. было выпущено 57,3 тыс. врачей, из них в Красную Армию из системы здравоохранения было передано до 30 тыс. Выпуск 1941 г. — 15,8 тыс. врачей — пришелся на начало военных действий. Осенью и зимой 1941 г., весной и в июне 1942 г. досрочно были выпущены 18,1 тыс. врачей, большая часть из них — без законченного медицинского образования. В 1942 и 1943 гг. по сокращенным учебным планам военного времени было выпущено 16,4 тыс. врачей. В 1944 г. 7,0 тыс. врачей были выпущены уже по нормальным учебным планам [6]. По данным Г. А. Митерева, всего за 1941—1945 гг. из медицинских и стоматологических вузов было выпущено 65 тыс. врачей, большая часть которых сразу же отправилась в Красную Армию².

В качестве примера самоотверженности молодых врачей Митерев вспоминал о том, как осенью 1941 г. заместитель председателя Совета по эвакуации поставил перед ним задачу: в связи с высоким

риском развития эпидемий в окруженный Ленинград требовалось направить не менее 500—600 врачей. Нарком здравоохранения вызвал к себе директоров I и II Московских медицинских институтов (ММИ). Было решено привлечь оставшихся в институтах старшекурсниц, выдав им временные дипломы и права зауряд-врачей; через 6 мес работы планировалось заменить дипломы на постоянные. Добровольцами ехать в осажденный Ленинград вызвались более 1 тыс. студенток I ММИ, они были самолетами переправлены в окруженный город.

Студентов медицинских институтов привлекали к работе в эвакуационных госпиталях с первых лет обучения. Согласно приказу Наркомздрава СССР от 25 июля 1941 г., заведующие здравотделами должны были принимать студентов I и II курсов на должности санитаров, студентов III и IV курсов — на должности медсестер и фельдшеров, а руководители вузов должны были соответствующим образом подготовить их и организовать занятия так, чтобы они могли совмещать работу в госпиталях с обучением в институте [6]. Студентов V курсов приказом Наркомздрава СССР от 18 августа 1943 г. «О мерах по обеспечению бесперебойной работы эвакуационных госпиталей и дальнейшему повышению практической подготовки студентов старших курсов медицинских институтов» можно было привлекать к врачебной работе в госпиталях с оплатой их труда по ставкам врачей со стажем до 5 лет [6].

Однако студентов-медиков привлекали к работе не только в эвакуационных госпиталях. 20 мая 1942 г. Наркомздраву СССР пришлось издать специальный приказ «О мероприятиях по укреплению высших медицинских учебных заведений», запретивший органам здравоохранения мобилизовать преподавателей и студентов на разнообразные работы с отрывом от учебы, а также отбирать у вузов здания, общежития, инвентарь и оборудование без разрешения Совнаркома СССР [6].

Институты усовершенствования врачей разрабатывали учебные программы для подготовки кадров военного времени. Руководителей всех лечебных учреждений обязали обеспечить обучение сотрудников, используя любые формы образования — от кружков при больницах и поликлиниках до индивидуального обучения в перевязочных травматологических пунктах, палатах и операционных. Для получения практических навыков по хирургии врачи сельских участков должны были выезжать в районные центры еженедельно и обучать средний персонал на местах. Независимо от специальности все медицинские работники должны были в кратчайшие сроки овладеть техникой переливания крови.

Согласно приказу Наркомздрава СССР от 27 ноября 1941 г. «О повышении квалификации врачей эвакуационных госпиталей в области хирургии», наркомздравы республик и заведующие здравотделами должны были организовать соответствующие курсы для врачей эвакуационных госпиталей, терапевтов, педиатров, венерологов и других врачей нехирургических специальностей. Обучение проводили высококвали-

² ГА РФ. Ф. Р-9609. Оп. 1. Ед. хр. 57. Лл. 194—226.

фицированные хирурги на базе наилучшим образом оборудованных эвакуогоспиталей, поначалу без отрыва от основной работы [6]. Врачей хирургических специальностей, фельдшеров и медсестер обучали военно-полевой хирургии, только за 1942 г. в городских больницах такие курсы прошли 10 тыс. хирургов и 30 тыс. среднего медицинского персонала [2].

В 1944 г. при Центральном институте усовершенствования врачей Наркомздрава СССР был создан военный факультет. Прибывшие с фронта терапевты и эпидемиологи, хирурги и нейрохирурги, офтальмологи и оториноларингологи проходили обучение на кафедрах военно-полевой терапии, военно-полевой хирургии, организации и тактики медицинской службы Красной Армии, военной гигиены и военной эпидемиологии и др. В преподавании принимали участие академик Н. Н. Бурденко, профессора, заслуженные деятели науки В. Р. Брайцев, А. А. Вишневский, Р. А. Лурья, Н. Н. Приоров, С. А. Рейнберг, А. Д. Сперанский. Первый выпуск военного факультета состоялся в октябре 1944 г. [6]. Согласно справке Наркомздрава СССР о работе органов здравоохранения в годы Великой Отечественной войны в области медицинских кадров, подготовленной в мае 1945 г., всего за 1942—1944 гг. повышение квалификации по хирургии прошли 23,4 тыс. врачей эвакуогоспиталей, в том числе 7,4 тыс. — с отрывом от производства; из них 70% были подготовлены по хирургии [6]. С начала боевых действий органы гражданского здравоохранения развертывали и обеспечивали их согласно существовавшим нормативам, а затем передавали их в систему Главного военно-санитарного управления (ГВСУ). В связи с наступлением Красной Армии потребность в армейских и фронтовых госпиталях увеличивалась. Так, постановлением Государственного комитета обороны (ГКО) от 27 февраля 1943 г. «О дополнительном развертывании госпиталей» Наркомздрав обязали передать Народному комиссариату обороны к 3 марта полностью укомплектованные врачебным составом госпитали на 57 тыс. коек и вновь развернуть эвакуогоспитали в областях на 84 тыс. коек³. В августе 1943 г. ГКО обязал передать армии госпитали с их кадрами и имуществом на 100 тыс. коек с передислокацией их во фронтовые и армейские районы по указанию ГВСУ Красной Армии и к сентябрю вновь сформировать эвакуационные госпитали на 75 тыс. коек в освободившихся помещениях⁴. При том что доля коек тыловой госпитальной базы в общей коечной сети в ходе войны постепенно снижалась (68,1% на 1 августа 1941 г., 48,3% в сентябре 1942 г., 44,9% в январе 1943 г., 34,8% в 1944 г.), абсолютная емкость эвакуогоспиталей возрастала [7]. Согласно упомянутой справке Наркомздрава СССР, на 1 января 1945 г. в эвакуогоспиталях Наркомздрава СССР работали 12,7 тыс. врачей и 48,4 тыс. медицинских сестер,

укомплектованность штатных должностей врачей составляла 75,4%, медицинских сестер — 87,4% [6].

В 1946 г. министр здравоохранения СССР Г. А. Митерев докладывал Верховному Совету СССР⁵, что к 1945 г. в системе органов здравоохранения всего работало свыше 100 тыс. врачей и 365 тыс. среднего медицинского персонала (напомним: в 1940 г. — более 140 тыс. врачей и других специалистов высшей квалификации, свыше 425 тыс. средних медицинских работников). В докладе об итогах работы органов здравоохранения за годы Великой Отечественной войны министр отмечал изменение врачебного состава за годы Великой Отечественной войны: доля женщин увеличилась с 62,2 до 74,4%, до 20% врачебного состава было выпущено вузами в военные годы, они не получили полноценного медицинского образования, среди врачей-специалистов преобладали пожилые люди⁶.

Таким образом, несмотря на все усилия Наркомздрава, общее число медицинских работников к концу войны заметно уменьшилось — это цена, которую советские медики заплатили за победу.

Исследование не имело спонсорской поддержки.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Селиванов В. И., Селиванов Е. Ф. Роль эвакуационных госпиталей Народного комиссариата здравоохранения в лечении раненых и больных советских воинов. *Советское здравоохранение*. 1975;(5):21—6.
2. Митерев Г. А. В дни мира и войны. М.: Медицина; 1975. 256 с.
3. Митерев Г. А. Итоги работы Наркомздрава СССР за 1940 год и его задачи в 1941 году. М.: Медгиз; 1941. 44 с.
4. Смирнов Е. И. Война и военная медицина: Мысли и воспоминания, 1939—1945. М.: Медицина; 1976. 463 с.
5. Гончарова С. Г. О взаимодействии Наркомата здравоохранения СССР и Главного военно-санитарного управления в годы Великой Отечественной войны. *Военно-медицинский журнал*. 2017;338(5):57—8.
6. Здравоохранение в годы Великой Отечественной войны. 1941—1945 гг.: Сб. док. и материалов. М.: Медицина; 1977.
7. Кнопов М. М., Сахно И. И. Здравоохранение и военная медицина в Великой Отечественной войне 1941—1945 гг. *Медицина катастроф*. 2020;(1):5—14.

Поступила 18.08.2024
Принята в печать 30.10.2024

REFERENCES

1. Selivanov V. I., Selivanov E. F. Role of evacuation hospitals of the People's Commissariat of Health in the treatment of wounded and sick Soviet soldiers. *Soviet Health Care*. 1975;(5):21—6 (in Russian).
2. Miterev G. A. In the days of peace and war. Moscow: Medicine; 1975. 256 p. (in Russian).
3. Miterev G. A. Results of the work of the People's Commissariat of Health of the USSR for 1940 and its tasks in 1941. Moscow: Medgiz; 1941. 44 p. (in Russian).
4. Smirnov E. I. War and Military Medicine: Thoughts and Memories, 1939—1945. Moscow: Medicine; 1976. 463 p. (in Russian).
5. Goncharova S. G. On the interaction between the People's Commissariat of Health of the USSR and the Main Military Sanitary Administration during the Great Patriotic War. *Military-Medical Journal*. 2017;338(5):57—8 (in Russian).
6. Health care during the Great Patriotic War. 1941—1945: Sb. doc. and materials. Moscow: Medicine; 1977 (in Russian).
7. Knopov M. M., Sakhno I. I. Public health and military medicine in the Great Patriotic War 1941—1945. *Medicine of Catastrophes*. 2020;(1):5—14 (in Russian).

³ Российский государственный архив социально-политической истории (РГАСПИ). Ф. 644. Оп. 1. Ед. хр. 139. Лл. 1—4.

⁴ РГАСПИ. Ф. 644. Оп. 2. Ед. хр. 139. Лл. 110—114.

⁵ ГА РФ. Ф. Р-9609. Оп. 1. Ед. хр. 57. Лл. 2—25.

⁶ ГА РФ. Ф. Р-9609. Оп. 1. Ед. хр. 57. Лл. 194—226.

Шерстнева Е. В.

ВСЕСОЮЗНЫЙ НИИ ПЕНИЦИЛЛИНА (1947—1952): ИЗВЛЕЧЕННАЯ СТРАНИЦА ИСТОРИИ. СООБЩЕНИЕ 1: СОЗДАНИЕ ИНСТИТУТА

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

На материалах государственных архивов впервые восстановлены обстоятельства создания Всесоюзного научно-исследовательского института по пенициллину и другим антибиотикам, или ВНИИ пенициллина (ВНИИП). Дано обоснование его организации на базе Научно-исследовательского института биологической профилактики инфекций, рассмотрены причины смещения прежнего директора.

Ключевые слова: Всесоюзный НИИ пенициллина; Всесоюзный НИИ антибиотиков; НИИ биологической профилактики инфекций; З. В. Ермольева; Н. М. Бородин.

Для цитирования: Шерстнева Е. В. Всесоюзный НИИ пенициллина (1947—1952): извлеченная страница истории. Сообщение 1. Создание института. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2025;33(4):727—733. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2025-33-4-727-733>

Для корреспонденции: Шерстнева Елена Владимировна, канд. ист. наук, ведущий научный сотрудник отдела истории медицины и здравоохранения ФГБУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н. А. Семашко» Минобрнауки России, e-mail: lena_scherstneva@mail.ru

Sherstneva E. V.

THE ALL-UNION RESEARCH INSTITUTE OF PENICILLIN (1947–1952): THE EXTRACTED PAGE OF HISTORY. REPORT I: THE ESTABLISHMENT OF THE INSTITUTE

The Federal State Budget Scientific Institution “The N. A. Semashko National Research Institute of Public Health” of the Minobrnauka of Russia, 105064, Moscow, Russia

The article presents, on the base of materials from state archives, restored for the first time the circumstances of establishment of the All-Union Scientific Research Institute on Penicillin and Other Antibiotics (actually the All-Russian Research Institute of Penicillin, VNIIP). The rationale for its organization on the basis of the Scientific Research Institute for Biological Prevention of Infections is given. The reasons for the dismissal of the former director are considered.

Key words: the All-Union Research Institute of Penicillin; the All-Union Research Institute of Antibiotics; the Research Institute of Biological Prevention of Infections; Z. V. Ermolieva; N. M. Borodin.

For citation: Sherstneva E. V. The All-Union Research Institute of Penicillin (1947–1952): the extracted page of history. Report I: the establishment of the Institute. *Problemi socialnoi gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2025;33(4):727–733 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2025-33-4-727-733>

For correspondence: Sherstneva E. V., candidate of historical sciences, the Leading Researcher of the Department of History of Medicine and Health Care of the Federal State Budget Scientific Institution “The N. A. Semashko National Research Institute of Public Health” of the Minobrnauka of Russia. e-mail: lena_scherstneva@mail.ru

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support.

Received 23.06.2024

Accepted 30.10.2024

Советская историография, затрагивая тему пенициллина, неизменно фокусировалась на этапе его разработки во Всесоюзном институте экспериментальной медицины (ВИЭМ) и обходила вниманием другое научно-исследовательское учреждение, само название которого, казалось бы, обязывало обратиться к его истории. Речь идет о Всесоюзном НИИ по пенициллину и другим антибиотикам, кратко именуемом ВНИИ пенициллина или ВНИИП. Несмотря на то что он стал первым в СССР профильным, отраслевым институтом, информация о нем крайне скудна. В 1977 г. был издан обстоятельный проспект к 30-летию юбилею ВНИИ антибиотиков [1]. Ведя отсчет времени от создания ВНИИП, авторы перешагнули через этот 5-летний этап истории института, зафиксировав лишь его хронологические рамки (1947—1952) и даже не упомянув имя его первого директора, точнее, заменив его на другое.

В немногочисленных работах постсоветского периода, касавшихся проблем разработки и производ-

ства антибиотиков в СССР, внимание уделено преимущественно академическим учреждениям [2], к которым ВНИИП не принадлежал. Тем не менее Е. С. Левиной были опубликованы некоторые архивные документы, имеющие отношение к ВНИИП: материалы первого заседания Комиссии по антибиотикам при Отделении биологических наук АН СССР, на котором в числе прочих обсуждался вопрос о создании этого института [3]. В поле зрения попал и участвовавший в нем потенциальный директор ВНИИП Н. М. Бородин. Были опубликованы его автобиография, документы об утверждении в должности [3]. Е. С. Левина считала его недостойным конкурентом З. В. Ермолевой, но не привела убедительного объяснения, почему же он оказался более предпочтительным кандидатом на пост директора нового института. Другая причина ее неприязни состояла в том, что Н. М. Бородин не вернулся в 1948 г. из заграничной командировки, стал «перебежчиком» [2]. Это обстоятельство дает нам

ключ к пониманию причины изъятия в советский период его имени из истории института.

В дальнейшем информация о ВНИИП появилась в публикациях, посвященных одному из ключевых сотрудников этого института — инженеру-технологу В. И. Зейфману — и истории заключения договора о технологической помощи с Э. Чейном в 1948 г. В этих статьях частично отражена проблематика работ ВНИИП в первые годы его существования, переломная атмосфера развернувшейся в конце 1940-х годов идеологической кампании в науке. Авторы не скрывают негативного отношения к первому директору ВНИИП Н. М. Бородину, поскольку его поступок трагически отразился на судьбе В. И. Зейфмана [4, 5]. В современных публикациях биографического плана, посвященных З. В. Ермольевой, имеются предельно краткие упоминания о ВНИИП как о преемнике возглавляемого ею Научно-исследовательского института биологической профилактики инфекций (НИИБПИ) ¹ [6]. Констатируя этот факт, авторы не задаются вопросом, почему создатель отечественного пенициллина возглавила не вновь созданный институт, а лишь один из его отделов. Минимум информации о ВНИИП имеется и в интернет-источниках, в профильной периодике [7]. Его упоминают в связи с историей Всесоюзного научно-исследовательского института антибиотиков (ВНИИА) и Государственного научного центра по антибиотикам (ГНЦА) ², обозначая лишь крайние даты существования (1947—1952). Не исключено, что ВНИИП долгое время не мог стать предметом исследования, потому что фонд, куда входят его материалы, был сформирован в Российском государственном архиве научно-технической документации (РГАНТД) относительно недавно.

Необходимо отметить, что анализ архивных документов в Государственном архиве Российской Федерации (ГА РФ) и Российском государственном архиве экономики (РГАЭ) позволил автору этих строк в одной из ранних публикаций представить более позитивный портрет первого директора ВНИИП, установив, что именно Н. М. Бородин инициировал его создание [8]. Тем не менее обстоятельства организации института еще не являлись предметом прицельного исследования. Пробел этот необходимо восполнить, прежде всего потому, что с организацией ВНИИП были созданы условия и ускорено решение важной государственной задачи обеспечения системы здравоохранения СССР пенициллином.

Предыстория

До настоящего времени вся история ВНИИП умещалась в короткой справке о том, что он был об-

разован на базе НИИБПИ в составе Министерства медицинской промышленности СССР во исполнение постановления Совета Министров СССР от 21 апреля 1947 г. Соответствующий приказ по Минмедпрому СССР за № 119 вышел 2 июня 1947 г. Но что же подтолкнуло к созданию института и как был запущен этот процесс?

Как показал анализ архивных документов, фактическое положение дел в сфере производства пенициллина в СССР не соответствовало тому оптимистичному представлению, которое сформировала советская историография. По итогам 1945 г. совокупный объем выпуска препарата составил 2,2 млрд ок. ед.³ при расчетной годовой потребности страны 3,2 трлн ок. ед.⁴. Низкая выработка первых отечественных предприятий определялась прежде всего несовершенством технологии, морально устаревшей уже на момент ее внедрения в СССР. Недостатки поверхностной ферментации З. В. Ермольева сама раскрывала в своей монографии «Пенициллин» (1946) [9].

Отсутствие ожидаемых успехов в производстве отечественного антибиотика вынуждало обращаться за помощью к бывшим союзникам. В 1946 г. были запланированы торговые и гуманитарные поставки готового препарата ⁵, покупка мощного завода стоимостью 2 млн долларов в США, безвозмездное получение двух «пенициллиновых фабрик» от ЮНРРА ^{6, 7}. Но начало холодной войны обозначило необходимость преодоления зависимости от зарубежных поставок. Правительством ставилась задача организации производства антибиотика «по американскому методу»⁸.

Внедренная в США технология глубинной ферментации была признана в 1945 г. отечественными экспертами «как единственный метод, техно-экономически разрешающий вопрос выращивания культуры в крупно-промышленном масштабе»⁹. Но технологическая схема, аппаратное оформление, тонкости процесса держались США в тайне.

В СССР работы в этом направлении были начаты сотрудниками НИИ гигиены и эпидемиологии Красной Армии (НИИГЭ КА) и Всесоюзного научно-исследовательского химико-фармацевтического института им. С. Орджоникидзе (ВНИХФИ) в

³ Ок. ед. (или ОЕ) — оксфордская единица, введена в 1941 г. для обозначения активности пенициллина. По первоначальному определению, это минимальное количество пенициллина, которое при растворении в 50 мл³ мясного экстракта прекращает рост *Staphylococcus aureus*. За стандарт был принят препарат активностью 42 единицы в 1 мг.

⁴ ГА РФ. Ф. Р-5446. Оп. 48а. Ед. хр. 2630. Л. 214, 212.

⁵ На 1946 год были запланированы закупка в США 450 млрд МЕ и гуманитарная поставка по линии ЮНРРА 150 млрд МЕ пенициллина.

⁶ ГА РФ. Ф. Р-5446. Оп. 48а. Ед. хр. 2630. Л. 187, 188.

⁷ ЮНРРА — UNRRA, сокращение от английского United Nations Relief and Rehabilitation Administration, Администрация помощи и восстановления Объединенных Наций, международная организация, созданная в 1943 г. для оказания помощи территориям, пострадавшим от нацистского блока.

⁸ ГА РФ. Ф. Р-5446. Оп. 48а. Ед. хр. 2630. Л. 188.

⁹ ГА РФ. Ф. 8009. Оп. 20. Ед. хр. 21. Л. 291.

¹ В свою очередь НИИБПИ был создан в 1945 г. во главе с З. В. Ермольевой на базе бывшей производственно-аналитической лаборатории ВИЭМ в ходе реорганизации института в связи с созданием АМН СССР.

² ВНИИА был создан в 1952 г. в результате реорганизации ВНИИП. ГНЦА образован в результате реорганизации ВНИИА в 1991 г. Не устояв в экономических передышках, ГНЦА перестал существовать в 2012 г.

1945 г. В 1946—1947 гг. во ВНИХФИ были сконструированы отечественные опытные ферментеры¹⁰. Но лабораторные разработки не достигали заводских цехов, поскольку в стране не было налажено производство промышленных ферментеров большого объема и иного необходимого оборудования [10]. Кроме того, в процессе биосинтеза пенициллина далеко не все решала «большая» и «малая» техника. Новая технология предполагала использование новых продуцентов, питательных сред, контроля процесса ферментации по целому ряду параметров, пеногашения и усиленной аэрации и многое другое. Все эти проблемы за рубежом были оперативно решены в результате усилий и взаимодействия международной команды высококвалифицированных специалистов (порядка 500 человек) разного профиля (микробиологов, микологов, биохимиков, технологов и др.), объединенных в научные коллективы — лаборатории, институты. Направленный в 1945 г. от Наркоммясомолпрома СССР за рубеж для освоения производства пенициллина Н. М. Бородин¹¹ обнаружил, что в Англии и США каждая производящая пенициллин фирма имела свое научно-исследовательское учреждение и действовали «государственные институты, целиком занятые этой работой»¹² [8]. В СССР на тот момент решение научно-исследовательских задач, связанных с производством препарата, было очень далеко от организационного оформления.

В письме из Лондона от 23 апреля 1946 г., адресованном зампреда Совета Министров СССР А. И. Микояну, Н. М. Бородин сетовал на то, что в СССР до сих пор проблемой пенициллина занималась лишь небольшая группа ученых НИИБПИ, чего недостаточно даже для разработки вопросов применения пенициллина. Проблема антибиотиков не являлась специализацией этого института. Он подчеркивал, причем в буквальном смысле слова, что «наши отечественные познания в области химии пенициллина и его биосинтеза находятся на очень низкой ступени», и убедительно доказывал это¹³.

Именно в этом письме, предложив А. И. Микояну план действий для вывода производства пенициллина в СССР на новый уровень, он включил в него и пункт о создании Государственного института технологии пенициллина, его современном оснащении, формировании профессионального сообщества отечественных специалистов, занятых проблемой антибиотиков¹⁴ [8].

Подчеркивая стратегическое значение пенициллина, Н. М. Бородин стремился активизировать руководство страны, и это ему удалось. В Постановлении Совмина СССР от 29 мая 1946 г. «Об увеличении производства пенициллина для нужд здравоохранения» перед АН СССР и Минздравом СССР бы-

ла поставлена задача организации научных исследований¹⁵. Для обсуждения и поиска путей ее решения в конце 1946 г. при Биологическом отделении АН СССР была создана Комиссия по антибиотикам, в начале 1947 г. — Комитет по антибиотикам при Минздраве СССР.

На первом же заседании Комиссии при АН СССР 9 января 1947 г. Н. М. Бородин инициировал дискуссию о создании специализированного института пенициллина. Обсуждая вопрос об организации научных исследований в целом, участники заседания высказывались о необходимости разграничения тематик: проблемами селекции, изыскания новых антибиотиков должны были заниматься академические учреждения, вопросами технологии — отраслевые. Но проблема пенициллина рассматривалась в совершенно особом ключе. Так, академик Л. С. Штерн, директор Института физиологии АН СССР, ставила «вопрос пенициллина совершенно обособленно по той простой причине, что в области пенициллина сделано за границей очень много... необходимо лучше ознакомиться с теми достижениями, которые имеются в Америке, а не повторять те зады, на которые они потратили много средств и времени» [3]. О катастрофическом отставании советского производства пенициллина, необходимости переноса зарубежного опыта, закупки оборудования и аппаратуры, не производимых в СССР, заявляли и другие присутствующие. Такая открытость высказываний объяснялась следующим: председательствовавший академик А. И. Опарин заверил, что резолюция для Совмина СССР, составление которой и было целью заседания, предназначается «только для служебного пользования и не будет широко опубликована», и призвал всех «сказать все, что есть, и сказать полным голосом» [3].

Таким образом, по первоначальному замыслу задача создаваемого института должна была сводиться к освоению, апробации и передаче на производство уже зарекомендовавших себя за рубежом технологических подходов.

Создание ВНИИП

Анализ переписки Н. М. Бородина с А. И. Микояном убеждает в том, что, критикуя отечественных специалистов, он вовсе не предлагал создавать новый институт на базе существующего НИИБПИ и не планировал конкурировать с З. В. Ермольевой за пост директора. Напротив, он выдвигал мысль о расширении, параллельно с созданием нового института, отдела антибиотиков в НИИБПИ и организации специального отдела по контролю препаратов пенициллина в Государственном контрольном институте Минздрава СССР¹⁶. Планируя организацию нового института, Н. М. Бородин, находившийся в зарубежной командировке, несколько оторвался от советских реалий.

¹⁰ РГАНТД. Ф. 279. Оп. 1-1. Т. 1. Ед. хр. 20. Л. 4—7.

¹¹ Н. М. Бородин являлся директором завода медицинских препаратов при Бакинском мясокомбинате.

¹² ГАРФ. Ф. Р-5446. Оп. 48а. Ед. хр. 2630. Л. 124.

¹³ Там же. Л. 130.

¹⁴ Там же. Л. 125—124.

¹⁵ Там же. Л. 184.

¹⁶ Там же. Л. 122.

Уже в ходе первого заседания Комиссии по антибиотикам были обозначены основные ограничения. Так, сотрудником Института физических проблем АН СССР проф. П. Г. Стрелковым и замминистра медицинской промышленности СССР А. Г. Натрадзе было подмечено, что, создавая НИИ, нужно «планировать новое учреждение по людям, а не людей по учреждениям, потому что людей вы сейчас не наберете», кроме того, «нужно очень внимательно разделять вопросы... по существующим учреждениям, базируясь на существующих лабораториях...» [3]. Со своей стороны, А. И. Микоян поставил Н. М. Бородину, посетившему его после заседания Комиссии, на вид и то, что «что ресурсы нашей страны не безграничны»¹⁷. Так что для создания ВНИИП на базе прежнего НИИБПИ были веские объективные причины.

Прежде всего, экономические трудности первых послевоенных лет делали невозможным создание нового института «с нуля», проблематичным было и его соответствующее оснащение.

В условиях жесткой экономии вновь созданный институт финансировался из средств, выделенных на 1947 г. его предшественнику НИИБПИ, штат которого был в полтора раза меньше¹⁸. Выходить из финансовых затруднений институту разрешили за счет выполнения платных экспертиз.

К концу года ВНИИП практически не превысил выделенного бюджета. В том числе и потому, что укомплектовать штат нового института, утвержденного в количестве 362 человек, не получилось. Состав нового коллектива составили сотрудники бывшего НИИБПИ (224 сотрудника). К концу лета 1947 г. в институте было лишь 249 сотрудников. Остро не хватало узких специалистов высокой квалификации.

Структура ВНИИП, согласно приказу директора Н. М. Бородина от 24 июля 1947 г., включала, помимо дирекции¹⁹, 6 научно-исследовательских отделов: селекции производственных штаммов, физиологии, химии, экспериментальной технологии, контроля и стандартизации, экспериментальной терапии и механизма действия антибиотиков²⁰. В отсутствие академических институтов на отраслевой возложили значительно более широкий спектр исследовательских задач, чем мыслилось изначально²¹. Однако ввиду дефицита кадров оказались без руководителей важнейшие подразделения: отдел селекции, лаборатории химии антибиотиков, фармакологическая лаборатория и др. Укомплектовать штат удалось только к концу года. Практически половину его, порядка 170 человек, составили сотрудники с

высшим образованием, но без ученых степеней, лишь 14 имели степень доктора наук и 50 — кандидата наук. И хотя «качественный состав» научного коллектива института признавался «достаточно высоким», задача «его дальнейшего систематического повышения» прекрасно осознавалась²².

Но и этот состав сотрудников был укомплектован в значительной степени благодаря совместительству. Так, за счет переброски во ВНИИП по совместительству инженеров ВНИХФИ был обеспечен 21 инженером ключевой отдел экспериментальной технологии, включая конструкторское бюро и экспериментальные мастерские. Совместителями были профессора Л. И. Курсанов, Л. А. Зильбер и др.

Остро стоял и вопрос о техническом оснащении института. Унаследованная от НИИБПИ аппаратура уже не соответствовала характеру исследований ВНИИП. Требовались аппараты Варбурга и Ван-Слайка для контроля ферментационных процессов, высокоточные приборы (колориметры, потенциометры), электронные приборы, холодильная техника, сложные химические реактивы²³. Однако вопрос приобретения импортной аппаратуры не решался даже увеличением финансирования.

Проблема размещения отделов и лабораторий ВНИИП была преодолена с учетом имевшихся на тот момент ресурсов, в том числе внешних. За ним было оставлено прежнее здание НИИБПИ на ул. Обуха, д. 8, а также прикреплены производственные лаборатории при ВНИХФИ, пенициллиновом заводе № 40 (бывшем эндокринном заводе) и химико-фармацевтическом заводе им. Л. Я. Карпова, лаборатории микрофотографии, фармакологии и гистопатологии, находившиеся в составе других НИИ²⁴. И хотя территориальная разбросанность создавала некоторые проблемы, прежде всего для инженеров, обязанных обслуживать аппаратуру всех отделов института, такой подход был единственно возможным на тот момент. Во-первых, в кратчайший срок и без дополнительных финансовых затрат была сформирована экспериментально-технологическая база института и обеспечена та самая связь науки с производством. А во-вторых, такая конструкция института позволила ему начать работать, не дожидаясь предоставления специального здания. Плановое задание на его строительство руководством ВНИИП направило в Главпенициллинпром уже в ноябре 1947 г. Площадь строения, рассчитанная по нормативам²⁵, должна была составить 4300 м²²⁶. Ориентиром служили лучшие зарубежные и отечественные исследовательские учреждения²⁷. Здание было построено в 1952 г., что сыграло не последнюю роль в реорганизации института.

¹⁷ Central Intelligence Agency Archive. Soviet Production of Penicillin. 1948 Nov 23. Режим доступа: <https://www.cia.gov/readingroom/docs/CIA-RDP82-00457R002100040005-3.pdf> (дата обращения 20.01.2023).

¹⁸ РГАНТД. Ф. 279. Оп. 3-6. Ед. хр. 5. Л. 3.

¹⁹ Вместе со спецотделом, бухгалтерией, административно-хозяйственным, издательским отделом, отделом подготовки кадров и библиотекой.

²⁰ РГАНТД. Ф. 279. Оп. 3-6. Ед. хр. 2. Л. 1—8.

²¹ Это нашло отражение и в полном названии института — Всесоюзный НИИ по пенициллину и другим антибиотикам.

²² РГАНТД. Ф. 279. Оп. 3-6. Ед. хр. 5. Л. 2.

²³ Там же.

²⁴ РГАНТД. Ф. 279. Оп. 3-6. Ед. хр. 10. Л. 9.

²⁵ Там же. Л. 10.

²⁶ РГАНТД. Ф. 279. Оп. 3-6. Ед. хр. 5. Л. 3.

²⁷ Там же.

Возвращаясь к вопросу создания ВНИИП, нельзя упустить из виду еще одно обстоятельство. Новый институт менял ведомственную принадлежность. Его предшественник НИИБПИ находился в ведении Минздрава СССР. В июне 1946 г. было создано Министерство медицинской промышленности СССР, куда были переданы пенициллиновые предприятия. Но институт, руководимый З. В. Ермольевой, где велись исследования по пенициллину, а с 1946 г. — и по стрептомицину, оставался в прежнем ведомстве. Создание специализированного института с передачей его в состав Минмедпрома было целесообразным.

Однако есть основания полагать, что имелась как минимум еще одна причина создания ВНИИП на базе НИИБПИ. Это позволяло руководству страны в порядке рутинного преобразования учреждения сместить прежнего директора института. Во ВНИИП З. В. Ермольева возглавила отдел экспериментальной терапии, что являлось понижением в должности и, конечно, было для нее болезненным. В причинах такой рокировки попытаемся разобраться далее.

Директор ВНИИП

Приказом № 119 по Минмедпрому СССР от 2 июня 1947 г. министром А. Ф. Третьяковым на пост «врид директора ВНИИП» был назначен Н. М. Бородин²⁸. 30 июля 1947 г. Управлением по кадрам ЦК ВКП(б) по представлению того же министра он был утвержден в должности директора [3]. Анализ архивных документов убеждает в том, что вопрос о назначении был решен без колебаний, альтернативных предложений не было. Н. М. Бородин был соратником министра, помогал А. Ф. Третьякову в разработке Положения о Министерстве медицинской промышленности СССР. Он пользовался расположением зампреда Совмина СССР А. И. Микояна, активно участвовавшего в пенициллиновом проекте. Посетив его после январского заседания Комиссии по антибиотикам, Н. М. Бородин получил одобрение и указание «приступить к выполнению этих обязанностей немедленно, даже не возвращаясь в Баку, чтобы завершить свои личные, научные и партийные дела»²⁹.

На тот момент Н. М. Бородин был единственным советским специалистом, прошедшим стажировку у оксфордских создателей пенициллина, нобелевских лауреатов Г. Флори и Э. Чейна. Он хорошо представлял должный уровень организации исследований и производства, подготовил перспективный план действий для его достижения в СССР. В связи с этим трудно принять мнение Е. С. Левиной о нем как о дилетанте, недостойном конкуренте З. В. Ермольевой. Конечно, сложно судить о его профессиональной и научной компетентности на основании

характеристик от министерских чиновников, но точка зрения Г. Ф. Гаузе, весьма уважительно упомянувшего его в своей работе, представляется нам довольно убедительной [11]. Стоит отметить и то, что критика уровня знаний о пенициллине в СССР, изложенная в лондонских письмах Н. М. Бородина, проникнута болью за свою страну, желанием радикально изменить ситуацию. Эти письма свидетельствуют о приложенных им немалых усилиях.

Работая под руководством выдающихся ученых, он не только получил ценный опыт, но и сумел отправить в СССР большой объем важной научно-технической информации, производственные штаммы пенициллина и стрептомицина³⁰ [8]. Весьма важным было и то, что Н. М. Бородин сумел сформировать доброжелательное отношение к своей стране, заручившись обещанием оксфордских профессоров принимать советских специалистов и в дальнейшем³¹. Отметим, что взаимодействие с зарубежными научно-исследовательскими учреждениями и отдельными учеными стояло особым пунктом в Положении о ВНИИП³². Ранее в письме А. И. Микояну эту задачу Н. М. Бородин формулировал предельно конкретно: командировать за рубеж нескольких советских специалистов (микробиологов, микологов, биохимиков, технологов) для освоения опыта, «а также для дальнейшей информации отечественного производства пенициллина»³³. И это намерение было выполнено уже в августе 1947 г. Следует отметить, что кандидатура Н. М. Бородина на должность директора ВНИИП рассматривалась МГБ СССР и была одобрена в июле 1947 г., причем одновременно ему было дано и разрешение на предстоящий очередной выезд за рубеж [3]. Такое доверие было оказано Н. М. Бородину не случайно, с учетом результативности его первой командировки.

Но если мотивы назначения Н. М. Бородина в целом объяснимы, то причины смещения З. В. Ермольевой неочевидны. Ее беспартийность, на которую указывала Е. С. Левина, не может служить объяснением, поскольку она не мешала З. В. Ермольевой возглавлять НИИБПИ. Ряд фактов указывают на то, что смещение с должности директора связано с заметно изменившимся отношением к ней со стороны руководства страны и здравоохранения. Очевидно, главную роль сыграло отсутствие ощутимых успехов в производстве пенициллина. Ее представление к Сталинской премии в 1946 г. не получило положительного заключения. Формулировка отказа, направленного 13 марта 1946 г. заместителем наркома здравоохранения В. В. Париным на запрос Комитета по Сталинским премиям, была весьма жесткой. В нем, в частности, говорилось об отсутствии в разработках коллектива З. В. Ермольевой преимуществ по сравнению с английскими и американскими уче-

²⁸ РГАНТД. Ф. 279. Оп. 3-6. Ед. хр. 1. Л. 2.

²⁹ Central Intelligence Agency Archive. Soviet Production of Penicillin. 1948 Nov 23. Режим доступа: <https://www.cia.gov/readingroom/docs/CIA-RDP82-00457R002100040005-3.pdf> (дата обращения 20.01.2023).

³⁰ ГА РФ. Ф. Р-5446. Оп. 48а. Ед. хр. 2630. Л. 134, 128.

³¹ Там же. Л. 93.

³² РГАНТД. Ф. 279. Оп. 3-6. Ед. хр. 1. Л. 4.

³³ ГА РФ. Ф. Р-5446. Оп. 48а. Ед. хр. 2630. Л. 121.

ными. При голосовании З. В. Ермольева не получила большинства голосов [12].

Усугубить ее положение могло и другое событие. В мае 1946 г. в ведущем международном журнале «Science» были опубликованы данные о результатах идентификации советского штамма-продуцента, переданного в 1944 г. англо-американской научной делегации в обмен на предоставленные зарубежные штаммы. Экспертами была установлена его принадлежность к виду *Penicillium notatum*, а не *Penicillium crustosum*, как утверждалось в советских публикациях [13]. Поскольку в практике ученых ошибки при идентификации происходили нередко и были допущены даже в случае со штаммом А. Флеминга³⁴, то за рубежом особого резонанса, не считая легкого разочарования Г. Флори, это событие не получило. Но в СССР вопрос об оригинальности отечественного штамма имел совершенно другое звучание — политическое, а потому не мог не задеть репутации З. В. Ермольевой. Об этом свидетельствует тот факт, что в статье «Советский пенициллин», опубликованной в 1947 г. Н. М. Бородиным в первом же номере нового журнала «Медицинская промышленность СССР», ни единым словом не упомянут ни пенициллин-крустозин ВИЭМ, ни его создатели [14].

Забегая вперед, но не углубляясь в сюжет, заслуживающий отдельного рассмотрения, отметим, что в январе 1948 г. министром А. Ф. Третьяковым был учинен расспрос сотрудников ВНИИП, имевших отношение к той давней истории: самой Зинаиды Виссарионовны, Т. И. Балежиной, Л. И. Курсанова, М. М. Левитова и др. По его результатам было подтверждено, что «определение проф. Курсанова было неточным, это был не *Penicillium crustosum*, а *Penicillium notatum*, но отличный от классического»³⁵. З. В. Ермольева при ответе на вопрос об обстоятельствах передачи штамма трижды назвала «Парина» (именно так, без имени и отчества, ученого звания), который давал «все указания по сношению с иностранцами»³⁶. В это время опальный академик находился под следствием по так называемому «делу КР»^{37, 38}, сюжет со штаммом мог усугубить его положение.

Нельзя исключить, что «дело КР», в результате которого был подвергнут опале и министр здравоохранения Г. А. Митерев, стало одной из причин лишения З. В. Ермольевой директорской должности.

Потеря покровительства министра могла определить судьбу НИИБПИ и его руководителя. Кульминация «дела КР» приходилась как раз на период создания ВНИИП. Более того, главным фигурантом его была однокурсница Зинаиды Виссарионовны Н. Г. Ключева [15]. На тот момент их дружба вполне могла стать причиной санкций.

Однако очевидно то, что в смещении З. В. Ермольевой с должности директора не было происков ее «недостойного конкурента», такое решение было принято «наверху». На это неопровержимо указывает следующий факт. В связи с отбытием Н. М. Бородина в длительную зарубежную командировку, последующим невозвращением и принятыми вследствие этого мерами во ВНИИП к началу 1949 г. сменилось четыре директора^{39, 40}. Но среди них З. В. Ермольевой не было, хотя одним из директоров был даже совместитель.

3 января 1949 г. на пост директора ВНИИП был назначен к. т. н. А. Г. Байчиков⁴¹. Характерно, что он, как и первый директор ВНИИП, имел опыт работы за рубежом. До своего назначения на эту должность он являлся старшим научным сотрудником ВНИХФИ и был командирован в Германию, где работал в бюро медицинской науки при отделе здравоохранения СВАГ^{42, 43}. А. Г. Байчиков занимался вопросами медицинской промышленности и взаимодействовал с Минмедпромом СССР, в том числе по вопросам развития производства антибиотиков на подведомственной СССР территории.

В проспекте к 30-летию ВНИИА 1977 г. издания именно этот человек и назван бессменным директором института в период с 1947 по 1954 г. [1]. Забвение в советские годы, по понятным причинам, первого директора ВНИИП не дает оснований для исключения его вклада в создание института и даже в решение части поставленных перед ним задач. Однако надо признать, что основную программу своей деятельности ВНИИП выполнил уже при новом руководителе. И этот вопрос требует отдельного рассмотрения.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Всесоюзный научно-исследовательский институт антибиотиков. Под ред. С. М. Навашина. М.; 1977.
2. Левина Е. С. Страницы истории отечественных антибиотиков 1940—1950-х гг.: наука, производство, политика. *Нестор*. 2005;(9):329—60.
3. Левина Е. С. «Здесь нужно сказать все то, что есть, и сказать полным голосом». *Нестор*. 2005;(9):59—93.
4. Зейфман Ю. Пенициллиновое дело. *Газета «30 октября»*. 2010;93:6;94:10. Режим доступа: <http://old.memo.ru/2010/02/04/penicillin.htm> (дата обращения 10.03.2025).

³⁴ В 1929 г. А. Флеминг опубликовал статью в «British Journal of Experimental Pathology», где грибок был назван им *Penicillium rubrum*. Позднее он был идентифицирован как *Penicillium notatum*.

³⁵ РГАНТД. Ф. 279. Оп. 3-6. Ед. хр. 11. Л. 60, 61.

³⁶ Там же.

³⁷ «Дело КР» — дело в отношении чл.-корр. АМН СССР Н. Г. Ключевой и проф. Г. И. Роскина, создателей препарата от рака — «КР» (круцин). Интерес к препарату в США, предложение издать книгу этих авторов и передача академиком АМН СССР В. В. Париным ее рукописи вызвали резкую реакцию Сталина. Следствием этого стал арест В. В. Парина по обвинению в госизмене, «суд чести» над создателями препарата, развертывание в 1947 г. идеологической кампании в науке.

³⁸ В апреле 1948 г. ему будет определен срок заключения.

³⁹ До 04.02.1947 г. — Пасынский А. Г., с 04.02.1947 по 15.07.1947. — Пляшкевич А. М., с 15.07.1947 до конца 1947 г. — Корженевский Э. С.

⁴⁰ РГАНТД. Ф. 279. Оп. 3-6. Ед. хр. 10. Л. 1, 2.

⁴¹ Там же. Л. 47.

⁴² ГА РФ. Ф.Р-8009. Оп. 1. Ед. хр. 563. Л. 14.

⁴³ СВАГ — Советская военная администрации в Германии.

5. Зейфман Н., Зыкова Г. Из истории пенициллина в СССР после войны (В. И. Зейфман и Э. Б. Чейн). *Знание — сила*. 2018;(1):4—48.
6. Горшенин А. В. История организационно-управленческой деятельности советского микробиолога Зинаиды Виссарионовны Ермольевой. *Манускрипт*. 2024;(3):367—72.
7. Мешкун Е. И на камнях растут деревья. На обломках некогда могущественного ГНЦА продолжается научная работа. *Фармацевтический вестник*. 2014;19(764). Режим доступа: <https://pharmvestnik.ru/articles/i-na-kamnjax-rastut.html> (дата обращения 07.02.2025).
8. Шерстнева Е. В. Малоизвестный фигурант пенициллинового проекта СССР Николай Михайлович Бородин. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2022;(3):511—6.
9. Ермольева З. В. Пенициллин. М.; 1946.
10. Шерстнева Е. В. Организация промышленного производства пенициллина в СССР. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2020;(2):320—5.
11. Гаузе Г. Ф. Лекции по антибиотикам. М.; 1949.
12. Левина Е. С. Документ о присуждении Сталинской премии за разработку технологии производства пенициллина. *Нестор*. 2005;(9):94—110.
13. Hastings A. B., Shimkin M. B. Medical Research Mission to the Soviet Union: Part II. *Science*. 1946;103(2682):637—44.
14. Бородин Н. М. Советский пенициллин. *Медицинская промышленность СССР*. 1947;(1):21—3.
15. Еремеева А. Н., Заман М. Х. Однокурсницы. Зинаида Ермольева и Нина Ключева: путь в профессию. *Вестник Томского государственного университета. История*. 2021;(74):191—9.
3. Levina E. S. Pages of the history of domestic antibiotics in the 1940-1950s: science, production, policy. *Nestor*. 2005;(9):329—60 (in Russian).
4. Zeifman Yu. The penicillin case. *Newspaper "October 30"*. 2010. No. 93. P. 6; No. 94. P. 10. Available at: <http://old.memo.ru/2010/02/04/penicillin.htm> (accessed 10.03.2025) (in Russian).
5. Zeifman N., Zykova G. From the history of penicillin in the USSR after the war (V. I. Zeifman and E. B. Chain). *Znaniye — sila*. 2018;(1):4—48 (in Russian).
6. Gorshenin A. V. History of the organizational and managerial activities of the Soviet microbiologist Zinaida Vissarionovna Ermolyeva. *Manuscript*. 2024;(3):367—72 (in Russian).
7. Meshkun E. And trees grow on stones. Scientific work continues on the ruins of the once powerful GNCA. *Farmatsevticheskiy vestnik*. 2014;19(764). Available at: <https://pharmvestnik.ru/articles/i-na-kamnjax-rastut.html> (accessed 07.02.2025) (in Russian).
8. Sherstneva E. V. Little-known figure in the USSR penicillin project Nikolai Mikhailovich Borodin. *Problemy social'noj gigieny, zdravooohraneniya i istorii mediciny*. 2022;(3):511—6 (in Russian).
9. Ermolieva Z. V. Penicillin. Moscow; 1946 (in Russian).
10. Sherstneva E. V. Organization of industrial production of penicillin in the USSR. *Problemy social'noj gigieny, zdravooohraneniya i istorii mediciny*. 2020;(2):320—5 (in Russian).
11. Gause G. F. Lectures on antibiotics. Moscow; 1949 (in Russian).
12. Levina E. S. Documents on the award of the Stalin Prize for the development of penicillin production technology. *Nestor*. 2005;(9):94—110 (in Russian).
13. Hastings A. B., Shimkin M. B. Medical Research Mission to the Soviet Union: Part II. *Science*. 1946;103(2682):637—44.
14. Borodin N. M. Soviet penicillin. *Medicinskaya promyshlennost' SSSR*. 1947;(1):21—3 (in Russian).
15. Eremeeva A. N., Zaman M. H. Classmates. Zinaida Ermolyeva and Nina Klyueva: the path to the profession. *Vestnik Tomskogo gosudarstvennogo universiteta. Istoriya*. 2021;(74):191—9 (in Russian).

Поступила 23.06.2024
Принята в печать 30.10.2024

REFERENCES

1. All-Union Research Institute of Antibiotics. Ed. S. M. Navashin. Moscow; 1977 (in Russian).

© ХУДОНОВ И. Ю., СЕРЕБРЯНЫЙ Р. С., 2025
УДК 614.2

Худонов И. Ю.¹, Серебряный Р. С.²

ИСТОРИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ИНФОРМАЦИОННО-КОГНИТИВНОЙ КОНЦЕПЦИИ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ. СООБЩЕНИЕ 1: ПРЕДТЕЧА НОВОГО СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКОГО ПОДХОДА

¹ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России, 344022, г. Ростов-на-Дону;

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

Статья посвящена применению нового социально-гигиенического подхода к ответу на биологические угрозы информационного общества. Установлена доминирующая роль исторического процесса, регулирующего жизнедеятельность людей, уровень их заболеваемости и смертности посредством изменения характера социальных отношений. Показан вклад выдающихся ученых Ф. Лантена, А. Гротьяна, И. Земмельвейса, Ч. Дарвина, Г. Селье, Ю. П. Лисицына, Ю. Г. Элланского в теоретическое обоснование профилактической медицины на фоне радикальных изменений общественного сознания, мировоззрения и ценностей, в зависимости от конкретного периода времени и степени развития социума. Определены приоритетные направления развития социальной гигиены в условиях информационного общества с тем, чтобы увеличить медико-социальный ресурс РФ на основе конвергирования гуманитарной и естественно-научной сфер. Внедрение в профилактическую медицину информационно-когнитивной концепции здоровья призвано превратить здоровый образ жизни в поведенческую норму широких масс людей, понимающих, что прагматизм снижает уровень здоровья населения, а альтруизм приводит к обратным результатам.

Ключевые слова: история; общественное здоровье; информативно-когнитивная концепция; здоровый образ жизни; социально значимые объекты; социально-гигиенический мониторинг; альтруизм; прагматизм; факторы здоровья; ценностное ядро личности.

Для цитирования: Худонов И. Ю., Серебряный Р. С. Исторические основы и перспективы развития информативно-когнитивной концепции общественного здоровья. Сообщение 1: предтеча нового социально-гигиенического подхода. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2025;33(4):734–741. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2025-33-4-734-741>

Для корреспонденции: Серебряный Роман Сергеевич, д-р мед. наук, профессор, ведущий научный сотрудник, ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н. А. Семашко» Минобрнауки России, e-mail: niiimramn@mail.ru

Khudonogov I. Yu.¹, Serebryany R. S.²

THE HISTORICAL BASICS AND PROSPECTS OF DEVELOPMENT OF INFORMATIONAL COGNITIVE CONCEPT OF PUBLIC HEALTH. REPORT I: THE PRECURSOR OF THE NEW SOCIAL HYGIENIC APPROACH

¹The Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The Rostov State Medical University” of the Minzdrav of Russia, 344022, Rostov-on-Don, Russia;

²The Federal State Budget Scientific Institution “The N. A. Semashko National Research Institute of Public Health” of the Minobrnauka of Russia, 105064, Moscow, Russia

The article considers application of new social -hygienic approach to response to biological threats of information society. The dominant role of historical process regulating human vital activity, their morbidity and mortality by changing character of social relationships is established. The contribution of such outstanding scientists as F. Lanten, A. Grotjahn, I. Semmelweis, C. Darwin, G. Selye, Yu. P. Lisitsyn, Yu. G. Ellansky into theoretical substantiation of preventive medicine against the background of radical changes in public consciousness, worldview and values, depending on specific period of time and degree of development of social medium. The priority directions of development of social hygiene in conditions of information society are determined in order to increase medical social resource of the Russian Federation based on convergence of humanitarian and natural science spheres. The implementation of informational cognitive concept of health into preventive medicine is intended to turn healthy lifestyle into behavioral norm for broad human masses understanding that pragmatism reduces level of population health and altruism results in opposite outcomes.

Key words: history; public health; informative cognitive concept; healthy lifestyle; socially significant objects; social hygienic monitoring; altruism; pragmatism; health factors; personal value core.

For citation: Khudonogov I. Yu., Serebryany R. S. The historical basics and prospects of development of informational cognitive concept of public health. Report I: The precursor of the new social hygienic approach. *Problemi socialnoi gigieni, zdoravookhraneniia i istorii meditsini*. 2025;33(4):734–741 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2025-33-4-734-741>

For correspondence: Serebryany R. S., doctor of medical sciences, professor, the Leading 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: niiimramn@mail.ru

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support.

Received 14.08.2024
Accepted 30.10.2024

Великая французская революция (1789—1799) — один из важнейших переломных этапов в истории человечества [1]. Прощание с поздним Средневековьем породило множество новых идей в Европе.

Одну из них сформулировал Франафоис Лантена (1754—1799). Его полемический памфлет «О влиянии свободы на здоровье», написанный в стиле фантазий Ж.-Ж. Руссо, увидел свет в 1792 г. Он считал,

История медицины

что врачи должны играть в первую очередь политическую, а не строго медицинскую роль. Если бы они могли помочь создать социальную организацию, исключаящую тиранию, не было бы необходимости в медицинском вмешательстве. По его инициативе в 1794 г. основана Парижская школа здоровья (L'École de santé de Paris), в которой лекции были открыты для публики в надежде, что практикующие врачи и пациенты попытаются восполнить недостаток медицинских знаний. Однако в 1809 г. школа была закрыта в связи с недостаточным количеством слушателей, с одной стороны, и сворачиванием свобод в условиях сложной внешнеполитической обстановки — с другой. «Inter arma enim silent leges» — мысль о связи свободы и здоровья — была временно отставлена, но не забыта, как и идея о существовании «Золотого века» в сфере общественного здоровья.

Среди жителей тогдашней Европы, включая представителей науки, были широко распространены и весьма популярны мнения о том, что древние люди были намного счастливее современных. Архантропы не знали рабства и несвободы. Их социальную среду принято называть первобытным коммунизмом [2], эдемом (раем на Земле). Европейцы массово мечтали вернуться в это чудесное прошлое. Иными словами, интересная мысль, появившаяся однажды как утопия во Франции, по истечении 100 лет нашла свое дальнейшее практическое развитие в Германии на рубеже XIX—XX вв.

Немецкий врач Альфред Гротьян (1869—1931) (рис. 1) выполнил статистически значимые исследования, которые позволили говорить о социальной гигиене как о самостоятельной, целостной и четко сформулированной науке, изучающей законы изменения общественного здоровья под воздействием социальных условий [3].

Он обратил внимание своих коллег на то, что социальные условия формируются определенными социальными отношениями и эти социальные отношения приводят к неконтролируемому росту числа случаев целого ряда заболеваний, называемых сегодня социопатиями.

На мощном теле гигиены как науки об условиях сохранения здоровья появилась новая ветвь — гигиена социальная. Ее появление можно сравнить по значимости с открытием причины возникновения родильной горячки, которую установил Игнац Зем-



Рис. 1. Альфред Гротьян — основоположник социальной гигиены.

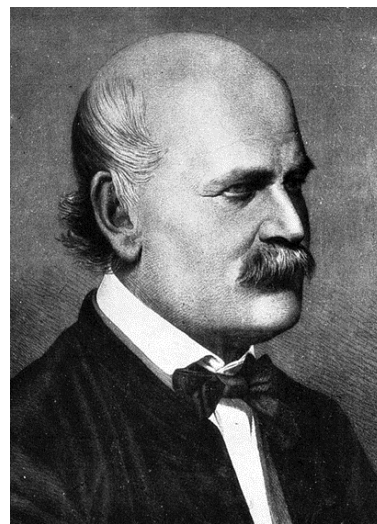


Рис. 2. Игнац Земмельвейс — основоположник асептики.

мельвейс (1818—1865) (рис. 2) — венгерский врач, положивший начало асептике.

Должны были пройти десятилетия, прежде чем врачебное сообщество осмыслило и приняло на вооружение эти новые отрасли гигиены. При этом комплекс мероприятий, направленных на предотвращение попадания микроорганизмов в рану, укоренился в практическом здравоохранении значительно быстрее, чем была осознана необходимость глубокого изучения медицинских последствий социальных взаимодействий, возникающих между отдельными личностями, социальными группами или классами.

Очевидно, что реальное регулирование подобных взаимодействий вплоть до 1917 г. было невозможно. Это было связано с тем, что рычаги управления взаимодействиями, как и понимание необходимости такого управления, отсутствовали в имперском сознании тогдашних медиков. Однако пришло время, и огромные империи стали исчезать одна за другой, а успешный глобальный социальный эксперимент привел к появлению Советского Союза.

Именно в СССР не менявшиеся столетиями социальные взаимодействия — связи между субъектами и объектами взаимодействия — подверглись резкой трансформации. С учетом того что социальная связь — это всего лишь форма обмена веществом и/или информацией между субъектом и объектом, Советскому Союзу удалось достичь необходимого уровня адекватности подобного обмена, сравнимого с обобществлением собственности в первобытно-общинном строе. По крайней мере, строительные ГОСТы в СССР предусматривали установку фанерных или ДВП/ДСП входных дверей. Никому в голову не приходило, что двери надо делать из металла. Позитивная идеологизация или когнитивная информатизация общества доминировала над порядком распределения материальных благ, обеспечивая его соответствие принципам социальной справедливости.



Рис. 3. Юрий Павлович Лисицын — один из основоположников науки о социальных основах здравоохранения.

Примером медицинской эффективности упомянутого порядка можно считать заболеваемость сифилисом, о которой достоверно известно, что в 1963 г. было зарегистрировано всего 2,45 случая на 100 тыс. населения. Достижение таких низких цифр заболеваемости сифилисом являлось несомненным успехом социалистической социальной системы, которую, тем не менее, было решено ликвидировать в 1991 г. Отказ от смыслов существования советского общества, негативная идеологизация и радикальная смена ценностей, инспирированная западными спецслужбами, привела к распаду СССР, падению производства, краху финансовой системы страны. Далее негативные факторы нарастали как снежный ком, следовали один за другим, умножая деструктивные эффекты друг друга: резкое социальное расслоение, безработица, криминализация, алкоголизация, наркомания, проституция, педофилия. Взрывной рост числа больных сифилисом наблюдался уже к 1997 г.: заболеваемость достигла 277,3 случая на 100 тыс. населения, т. е. превысила уровень 1963 г. более чем в 100 раз [4].

Анализ причин сложившегося проблемного поля требовал пересмотра основ науки о социальной природе здоровья и здравоохранения. Адекватные ответы на вызовы нового времени предложил академик РАМН Ю. П. Лисицын (1928—2013) (рис. 3).

Им была создана ведущая в России научная школа, а «социальная гигиена» как медицинская наука была трансформирована в «социальную медицину», что соответствовало переходу от этапа пассивного наблюдения к этапу активного воздействия на медико-социальный процесс — будь то заболеваемость, инвалидность, смертность или рождаемость.

Ю. П. Лисицын четко обозначил основные точки приложения профилактических усилий для повышения уровня общественного здоровья: образ жизни, экология, наследственность и здравоохранение [5]. Полученные знания стали внедряться в соответ-

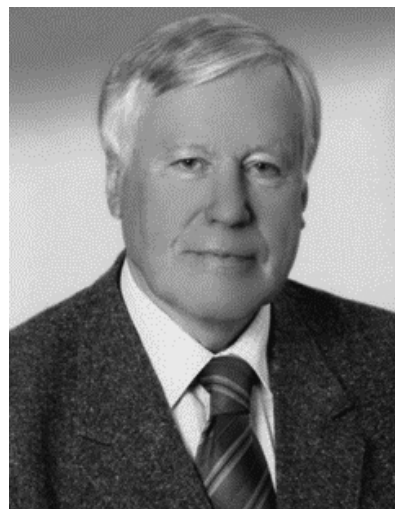


Рис. 4. Юрий Геннадьевич Элланский — один из основоположников социально-психологического подхода к оценке и регулированию общественного здоровья.

ствующим профилактическим программам, и постепенно выяснилось, что все приведенные факторы являются следствиями явлений более высокого порядка.

Изучать эти явления начали ученые следующего поколения. К ним, безусловно, относится профессор Ю. Г. Элланский (1940—2021) — заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения № 1 с курсом истории медицины Ростовского государственного медицинского университета (рис. 4).

Сегодня не кажется случайным то, что у истоков нового направления социальной медицины стоял представитель старинного рода выходцев из Эллады, в котором было традиционно много священнослужителей, один из которых (Виктор Васильевич Элланский, 1874—1937) был причислен к лику святых за то, что принял в 1937 г. мученическую смерть от красных иконоборцев (рис. 5).

Формальным поводом для его расстрела был Тропарь Троицы, который Виктор Васильевич, на-



Рис. 5. Виктор Васильевич Элланский — протоиерей, священномученик Русской Православной Церкви, пострадавший в антицерковных гонениях в СССР.

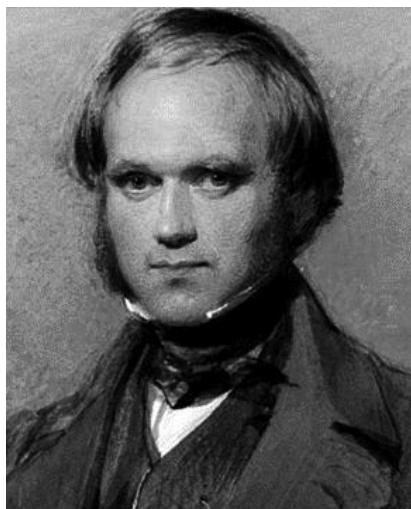


Рис. 6. Чарльз Роберт Дарвин — основоположник научного эволюционизма.

ходясь в лагере, исполнял для заключенных вопреки запретам.

Сегодня мудрость тысячелетий очевидна: «...Ты, Христе Боже, сделал премудрыми простых рыбаков, когда послал им Святого Духа...». В переводе на научный язык эта фраза обозначает, что управляющая информация первична по отношению к веществу и любые визуализирующиеся в социуме изменения образа жизни, экологии, наследственности и здравоохранения возможны и реализуются на практике настолько, насколько это им позволяет информационная сущность человека.

Иными словами, научная школа профессора Ю. Г. Элланского сосредоточилась на человеческом факторе, концепции социальной зависимости/независимости, на мотивационном поле и жизненной стратегии индивида и общества [6].

Однако проникновение исследователей в ядро личности сопровождалось огромными трудностями. Первые индикаторные системы, заимствованные из смежных дисциплин, отличались чрезмерной громоздкостью, попытками объять необъятное [7]. И действительно, в одной анкете отразить всю совокупность стремлений, идеалов, убеждений, взглядов, позиций, отношений и верований человека практически невозможно, тем более привязать это все к уровню здоровья. Тем не менее современный человек подобен компьютеру, который выполняет определенный набор поведенческих программ, направленных на реализацию некоторого смысла, спрятанного в глубинах сознания/подсознания.

При этом указанный смысл проявляется во всех предметных результатах человеческой деятельности, включая уровень здоровья. Первым, кто исследовал этот смысл и сделал его достоянием широкой общественности, был Чарльз Роберт Дарвин (1809—1882) (рис. 6).

Согласно его представлениям, смысл жизни всех живых объектов сводится к естественному отбору,

который помогает выжить сильнейшему. Однозначная и черно-белая картина развития органического мира по Ч. Дарвину сводится к закреплению положительных, возникающих спонтанно признаков (сегодня мы знаем, что они появляются благодаря мутациям). Получая такое конкурентное преимущество, особь побеждает в борьбе за существование, присваивает пищевые и репродуктивные ресурсы и передает свой генетический материал будущим поколениям. Остальные просто вымирают.

Подобная закономерность обнаруживается среди животных и в человеческом обществе и базируется на ритуализации доминирующих стереотипов поведения, которые помогают наиболее эффективно передавать материальную информацию (геном) в будущее, а также нематериальную информацию (коммуникативные послы) в группу общения [8].

Прагматизм и эгоизм, таким образом, обеспечивают непрерывный прогресс — эволюцию биологических объектов в меняющейся среде обитания, точнее, на движущейся границе различных сред (суша и море, джунгли и саванна), когда биологический вид оказывается в непривычных условиях, на грани выживания.

Дабы избежать каких-либо возражений, особенно со стороны людей науки, Ч. Дарвин рекомендовал им «...полностью игнорировать всю область религии...» [9], поскольку появление альтруизма у древних людей ломает концепцию прагматизма — эгоизма как основного двигателя прогресса, который увлекает нас в эпоху тотального расчеловечивания [10].

Г. Селье считал появление идеи о естественности для человека любви к ближнему принципиально непознаваемой, а поиск конечной причины неминуемо приводил его к необходимости ссылаться на Творца [11] (рис. 7).

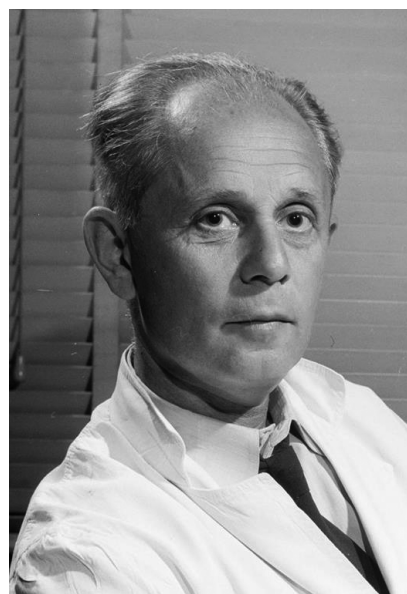


Рис. 7. Ганс Селье — основоположник учения об отрицательном стрессе (дистрессе) и положительном стрессе (эустрессе).

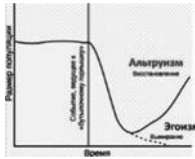


Рис. 8. Схема прохождения биологическим видом «бутылочно-горлышка» эволюции.

Сегодня мы четко знаем, что устные источники информации, записанные в священные книги, отражают реальные события. За каждым мифом скрывается событие, взволновавшее людей в современном им прошлом, которое присутствовало в последующие периоды жизни общества в виде напоминания и аллюзии о конкретных исторических фактах, а физические останки из прошлого, очевидно, также подпитывали народное воображение и порождали этиологические истории. В конечном счете в основе любой легенды была коллективная или народная память [12].

Самым волнующим событием, в контексте нашей работы, было появление человека. Во всех священных текстах это было воздействие внешней силы (Бога), т. е. внешняя сверхъестественная сила сообщила древним приматам конкурентное преимущество — способность делиться едой с неродственными особями, которое обеспечило их выживание и дальнейшее распространение в доступное жизненное пространство. Более того, они научились жертвовать собой ради спасения других. Этот факт явно не укладывается в концепцию «выживает сильнейший».

Понимая имеющееся противоречие, Ч. Дарвин назвал факт закрепления альтруистического поведения «групповым отбором». Все дети в нашей социальной группе воспитывались с определенного момента так, что каждый из них не задумываясь мог принести себя в жертву ради интересов племени [13].

Это, по нашему мнению, является главным отличием человека от животного. Тем не менее момент появления альтруизма зафиксирован нечетко. Часть авторов [14] считают, что это произошло 40—60 тыс. лет назад. Другие исследователи генома настаивают на цифре около 1 млн лет назад [15]. Третьи склоняются к гипотезе, которая утверждает, что расхождение между людьми и шимпанзе произошло между 6 и 7 млн лет назад [16].

В любом случае это было «бутылочное горлышко» эволюции в условиях резкого изменения климата, когда джунгли превратились в саванну (красная линия на графике) и оставшиеся без привычной пищи шимпанзе были поставлены на грань выживания (рис. 8).

Пришлось перейти на пададь, но та доставалась им очень редко. Нисходящая часть графика показывает, что привычное для джунглей распределение пищи, когда первым насыщается альфа-самец, потом его жены и его дети (другие самцы не имели возможности размножаться, питались остатками,

которых часто просто не было), должно было закончиться вымиранием племени (стада, вида). Асимметрия распределения пищевых ресурсов приводила к потере основного и единственного преимущества обезьян перед разнообразными хищниками саванн — до этих пор приматы выживали только за счет большой численности групп. Восходящая часть графика свидетельствует о том, что наступил этап адаптации к новым условиям. Успешно преодолев все трудности, будущие гоминиды стали увеличивать свою численность. В соответствии с рабочей гипотезой, появление первых людей (выход гоминид из мира животных) произошло в результате отказа от системы ценностей животных и растений, смысл которой — «выживание сильнейших».

Переход к новой системе ценностей проявился в том, что сильнейшие начали делиться со слабыми едой. Но для того чтобы «последние стали первыми» [17], в сознании альфа-самцов должны были произойти революционные изменения, т. е. эгоизм должен был уступить место альтруизму. Самостоятельно животное не может отказаться от имеющихся привилегий, изменить свое сознание, сформированное тысячелетним опытом жизни в дикой природе. Животное не обладает также даром предвидения и ощущением возможной опасности (гибели племени), которая может наступить через несколько месяцев или лет, поскольку горизонт планирования у зверей ограничивается минутами, часами, реже (если раздражитель очень сильный) — днями.

Основные формы отношений биологических субъектов и объектов на индивидуальном уровне наиболее наглядно представлены среди шимпанзе. Исследования социального поведения приматов показывают, что оно организовано на основе иерархии социального доминирования разной степени крутизны. Жесткость иерархических отношений находится в прямой зависимости от выраженности конкуренции за ресурсы [18].

Очевидно, что при максимально выраженной конкуренции за ресурсы в группах, поставленных на грань выживания миллионы лет назад, произошла зеркальная трансформация эгоизма и появились эволюционно новый механизм социального поведения и беспрецедентное развитие сотрудничества в группах питекантропов, а затем и в человеческих группах. Кроме того, широко известно, что все ныне живущие люди, включая агностиков и ярых атеистов, являются потомками выживших гоминид, которые прошли через «бутылочное горлышко» эволюции именно благодаря первому истинно антропологическому переходу от животных к человеку посредством радикального изменения мировоззрения и ценностей. При этом ясно, что ни одно нормальное животное добровольно не откажется от лучшего куска пищи (богатства), от доминирования в племени (власти) и от удовольствия (отправлять свое потомство в будущее).

Тем не менее это случилось. Произошло под воздействием первого (древнейшего) культа, который сегодня называют тотемизмом [19]. Тотем — это

История медицины

животное (реже растение), которому поклонялись, которое вызывало страх и трепет (потому что от него зависела наша жизнь), а также уважение (поскольку тотем был нашим прародителем, т. е. старшим родственником в семье). Иными словами, ключевую роль в появлении человека сыграл Бог, явившийся к вымиравшим в саванне обезьянам в образе животного (или растения) и научивший их лидеров делиться.

Очевидно, что все последующие переходы сдвигали систему ценностей вида *Ното* поочередно то к эгоизму, то обратно к альтруизму, что дает нам право использовать в отношении перехода наравне с термином «антропологический» термин обратного значения, т. е. «зоологический».

Сегодня мы так же, как и миллионы лет назад, стремительно приближаемся к очередному подобному переходу. Внешним признаком, символом того, что переход будет зоологическим, является массово насаждаемый квадробинг [20], а степень выживаемости популяции (ее общественное здоровье) вновь испытает воздействие трансформации базовых ценностей и зависит от правильного выбора.

Вынесенный в название нашей статьи термин «информационно-когнитивная концепция» имеет в основе не технические характеристики современной виртуальной действительности, которая стала доступна благодаря микроэлектронике, программам-переводчикам и сетевым суперкоммуникациям, превратившим все население планеты Земля в одно племя (Единое Человечество), а нечто другое.

Мы акцентируем внимание на смысловой составляющей информации, вся широта, все разнообразие которой происходит либо от природоподобной животной сущности, либо от богоподобного человеческого естества. И то, и другое (по аналогии с Инь и Ян) являются противоположными, но взаимодополняющими началами (силами или энергиями), которые и формируют 5 стихий или 5 факторов общественного здоровья (социально-экономические — условия труда, жилищные условия, материальное благосостояние, уровень и качество питания, отдых; социально-биологические — возраст, пол, национальная принадлежность; экологические и природно-климатические — загрязнение среды обитания, среднегодовая температура, экстремальные природно-климатические явления; организационные или медицинские — обеспеченность населения медико-социальной помощью, ее качество и доступность; биологические — наследственность, конституция, тип нервной системы, предрасположенность к наследственным заболеваниям) и, следовательно, требуют тщательного изучения со стороны социальной гигиены.

Современные исследования показывают, что прагматизм более актуален для здоровья современных россиян, чем альтруистические (аффилиативные) мотивы [21]. Но так было не всегда. Уточним, что английский термин «affiliation» дословно означает присоединение к живому, а прагматизация — это приближение к выгоде, или «приближе-

ние к неживому», т. е. вся логическая цепочка от профессионального образования, через карьерный рост, повышение доходов — деньги — должна заканчиваться приобретением товара. Следовательно, до появления разделения труда, появления товара, рынка и всех социальных институтов, т. е. в апологитейных первобытных обществах, не могло быть прагматических социально значимых объектов и прагматических мотивов поведения, поскольку не существовало прагмы — дела как бизнеса, приносящего пользу.

Иными словами, мотивы аффилиации являются более древними с точки зрения эволюции, базовыми и «по-настоящему» «социальными», т. е. микро-социальными — семейными, традиционными, полученными от Бога. В то время как мотивы прагматизации есть не что иное, как более поздние, в чистом виде «зоологические» или «биологические» (мезо- и макросоциальные) наслоения, возродившиеся у людей с переходом в социальную систему «рабовладения».

Выводы

1. В социальных системах, не использующих товарно-денежные отношения (в силу отсутствия товаров, денег или разделения труда), определяющую роль играют мотивы аффилиации (семейные и родоплеменные социумы), т. е. среди их заболеваемости отсутствуют социопатии мезо- и макроуровня.

2. Чем более высока ступень развития социума, тем большую роль для его членов играют прагматические мотивы (степень удовлетворения соответствующих потребностей) и тем большее влияние процесс удовлетворения этих потребностей оказывает на здоровье.

3. Информационное общество угрожает современному человечеству, включая население Российской Федерации, зоологическим переходом (расчеловечиванием), главная опасность которого — это возрождение (абсолютизация) «закона джунглей», приоритет прагматических (животных) мотивов в ценностном ядре личности, т. е. биологизация населения.

4. Биологизация населения в экономической сфере приводит к бесконтрольному накоплению материальных благ и формированию патологической зависимости от собственности, приводящей к ухудшению здоровья как в случае новых приобретений, так и в случае их утраты.

5. Система мер социально-гигиенического характера для улучшения общественного здоровья должна включать три основных направления: диагностику (социально-гигиенический мониторинг), лечение (психосоциальную коррекцию), профилактику (тотальное транслирование базовых альтруистических ценностей).

6. Внутри каждого направления должны быть выделены мероприятия, адресно адаптированные к уровню общественных отношений: микросоциум — психогигиена семейных отношений, мезосоциум — психосоциальная гигиена отношений в трудовом

коллективе, макросоциум — альтруистическая идеологическая гигиена традиционных ценностей.

С учетом того что сегодня мы не в состоянии изменить социальные отношения радикально, т. е. произвольно переместить популяцию на ту или иную ступень социального развития, с одной стороны, а также не в состоянии остановить усиливающуюся прагматизацию — с другой, следует использовать уже имеющиеся инструменты социально-психологической коррекции при помощи замещения в сознании населения отчуждаемых социально значимых объектов на неотчуждаемые, непосредственно связанные с человеческим организмом [22].

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

ЛИТЕРАТУРА

- Crosland M. The Officers de Santé of the French Revolution: A Case Study in the Changing Language of Medicine. *Medical History*. 2004;48(2):229—44. doi: 10.1017/S0025727300007407
- Лисицын Ю. П. История медицины. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2015. Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970431399.html> (дата обращения 23.12.2024).
- Grotjahn, Alfred: Der Alkoholismus: Nach Wesen, Wirkung und Verbreitung, Georg H. Wigand-Verlag, 1898. Режим доступа: <https://archive.org/details/b28048982> (дата обращения 23.12.2024).
- Красносельских Т. В., Соколовский Е. В., Рахматулина М. Р., Новоселова Е. Ю., Мелехина Л. Е. Заболеваемость сифилисом и некоторыми другими ИППП в Российской Федерации: прошлое, настоящее и пути достижения контроля эпидемиологической ситуации в будущем. *Вестник дерматологии и венерологии*. 2023;99(4):41–59. doi: 10.25208/vdv13726
- Лисицын Ю. П. Здоровье населения и современные теории медицины. М.: Медицина; 1982.
- Элланский Ю. Г., Худоногов И. Ю. Разработка мотивационной стратегии самосохранительного поведения (на примере сохранения стоматологического здоровья). В сб.: Эффективное управление здравоохранением в новых экономических условиях: технологии партнерства: Материалы IV межрегиональной научно-практической конференции организаторов здравоохранения Юга России, Ростов-на-Дону, 4—5 декабря 2015 года. Ростов-на-Дону: Ростовский государственный медицинский университет; 2015. С. 247—55.
- Водопьянова Н. Е., Наследов А. Д. Стандартизированный опросник «Потери и приобретения ресурсов» для специалистов социально-экономических профессий. *Вестник Тверского государственного университета. Серия: Педагогика и психология*. 2013;(4):8—22.
- Киселев С. Ю. Введение в зоопсихологию: учебно-методическое пособие. Екатеринбург: ФГАОУ ВПО Уральский федеральный университет им. первого Президента России Б. Н. Ельцина; 2015.
- Филарет Романов. Религиозность Чарльза Дарвина. Режим доступа: <https://filaretuos.livejournal.com/162731.html> (дата обращения 23.12.2024).
- Сидорова Т. А. Машинерия менеджмента в конвергенции биотехнологий и инфовласти. Рабочие тетради по биоэтике: Человек — NBIC машина (философско-антропологические и биоэтические исследования). Вып. 18. М.: Московский гуманитарный университет; 2014. С. 59—74.
- Мигашкин Н. В. Краткое изложение взглядов Селье. Режим доступа: http://www.b17.ru/article/summary_of_the_views_of_selje/?ysclid=m59o4ud2vp327690909 (дата обращения 23.12.2024).
- Никулина В. А. Уголовно-правовые принципы в легендах древнего Рима. *Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Юридические науки*. 2022;26(4):921—37. doi: 10.22363/2313-2337-2022-26-4-921-937
- Якименко Л. А., Елизарова С. С. Поэтапное формирование духовного конструкта советского патриотизма (ретроспективный анализ). В сб.: Патриотическое воспитание молодежи: проблемы истории и современности: Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, Ростов-на-Дону, 25—26 ноября 2022 года. Ростов-на-Дону: Ростовский государственный медицинский университет; 2023. С. 542—7.
- Радугин А. А. Введение в религиоведение: теория, история и современные религии: курс лекций: учеб. пособие для студентов вузов. Москва: Центр; 2004.
- Hu W., Hao Z., Du P., Di Vincenzo F., Manzi G., Cui J., Fu Y. X., Pan Y. H., Li H. Genomic inference of a severe human bottleneck during the Early to Middle Pleistocene transition. *Science*. 2023 Sep;381(6661):979—84. doi: 10.1126/science.abq7487
- Клѣсов А. А., Тюняев А. А. Происхождение человека (по данным археологии, антропологии и ДНК-генеалогии). М.: Белые альбы; 2010.
- Евангелие от Матфея. 19:30.
- Butovskaya M. L. Primates as living links to our past: variations in hierarchy steepness but not real egalitarianism. *Prehistoric Archaeology. Journal of Interdisciplinary Studies*. 2020;(1):13—26. doi: 10.31600/2658-3925-2020-1-13-26
- Елисеева О. Как рождалась религия. Режим доступа: <https://auxenne-elise.livejournal.com/> (дата обращения 23.12.2024).
- Фединишина Л. А., Ткаченко В. В. Квадробинг: современная проблема подростков. *Вестник Набережночелнинского государственного педагогического университета*. 2024;4(52):39—41.
- Иванов А. С., Кудинова Н. А., Пивненко Н. М., Худоногов И. Ю. Расчет медицинской эффективности прагматической и аффилиативной части самосохранительной мотивационной матрицы пациентов. В сб.: Актуальные вопросы реализации майских указов (2012 г.). Президент Российской Федерации: Материалы V межрегиональной научно-практической конференции организаторов здравоохранения Юга России с международным участием, посвященной 80-летию Ростовской области, Ростов, 20—21 октября 2017 года. Ростов: Ростовский государственный медицинский университет; 2017. С. 114—29.
- Худоногов И. Ю. Приватизация здоровья (социальные перспективы, информационные и когнитивные предпосылки). В сб.: Современные подходы к продвижению здоровья: Материалы VII Международной научно-практической конференции, Гомель, 25—26 октября 2018 года. Вып. 7. Гомель: УО «Гомельский государственный медицинский университет»; 2018. С. 81—4.

Поступила 14.08.2024
Принята в печать 30.10.2024

REFERENCES

- Crosland M. The Officers de Santé of the French Revolution: A Case Study in the Changing Language of Medicine. *Medical History*. 2004;48(2):229—44. doi: 10.1017/S0025727300007407
- Lisitsyn Yu. P. History of Medicine. Moscow: GEOTAR-Media; 2015. Available at: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970431399.html> (accessed 12.23.2024) (in Russian).
- Grotjahn Alfred: Der Alkoholismus: Nach Wesen, Wirkung und Verbreitung, Georg H. Wigand-Verlag, 1898. Available at: <https://archive.org/details/b28048982> (accessed 12.23.2024) (in German).
- Krasnoselskikh T. V., Sokolovskiy E. V., Rakhmatulina M. R., Novoselova E. Yu., Melekhina L. E. Syphilis and some other STIs in the Russian Federation: past, present and ways to control of the epidemiological situation in the future. *Vestnik dermatologii i venerologii*. 2023;99(4):41—59. doi: 10.25208/vdv13726 (in Russian).
- Lisitsyn Yu. P. Population health and modern theories of medicine. Moscow: Medicina; 1982 (in Russian).
- Ellanskiy Yu. G., Khudonogov I. Yu. Development of a motivational strategy for self-preservation behavior (using the example of maintaining dental health). In: Effective health care management in new economic conditions: partnership technologies: Proceedings of the IV interregional scientific and practical conference of health care organizers in the South of Russia, Rostov-on-Don, Dec 4—5, 2015. Rostov-on-Don: Rostov State Medical University; 2015. P. 247—55 (in Russian).
- Vodopyanova N. E., Nasledov A. D. Standardized questionnaire “Losses and gains of resources” for socioeconomic specialists. *Vestnik Tverskogo gosudarstvennogo universiteta. Seriya: Pedagogika i psichologiya*. 2013;(4):8—22 (in Russian).
- Kiselev S. Yu. Introduction to zoopsychology: a teaching aid. Ekaterinburg: Federal State Autonomous Educational Institution of

- Higher Professional Education Ural Federal University named after the first President of Russia B. N. Yeltsin; 2015 (in Russian).
9. Filaret Romanov. The Religiosity of Charles Darwin. Available at: <https://filaretuos.livejournal.com/162731.html> (accessed 12.23.2024) (in Russian).
 10. Sidorova T. A. Management machinery in the convergence of biotechnology and infopower. Workbooks on bioethics: Man — NBIC machine (philosophical, anthropological and bioethical studies). Issue 18. Moscow: Moscow University for the Humanities; 2014. P. 59–74 (in Russian).
 11. Migashkin N. V. Brief summary of Selye's views. Available at: https://www.b17.ru/article/summary_of_the_views_of_selje/?ysclid=m59o4ud2vp327690909 (accessed 12.23.2024) (in Russian).
 12. Nikulina V. A. Criminal law principles in the legends of ancient Rome. *RUDN Journal of Law*. 2022;26(4):921–37. doi: 10.22363/2313-2337-2022-26-4-921-937 (in Russian).
 13. Yakimenko L. A., Elizarova S. S. Stage-by-stage formation of the spiritual construct of Soviet patriotism (retrospective analysis). In: Patriotic education of youth: problems of history and modernity: Materials of the All-Russian scientific and practical conference with international participation, Rostov-on-Don, November 25–26, 2022. Rostov-on-Don: Rostov State Medical University; 2023. P. 542–7 (in Russian).
 14. Radugin A. A. Introduction to Religious Studies: Theory, History and Modern Religions: Lecture Course: Textbook for University Students. Moscow: Centr; 2004 (in Russian).
 15. Hu W., Hao Z., Du P., Di Vincenzo F., Manzi G., Cui J., Fu Y. X., Pan Y. H., Li H. Genomic inference of a severe human bottleneck during the Early to Middle Pleistocene transition. *Science*. 2023 Sep;381(6661):979–84. doi: 10.1126/science.abq7487
 16. Kljosov A. A., Tjunjaev A. A. The origin of man (according to archeology, anthropology and DNA genealogy). Moscow: Belye al'vy; 2010 (in Russian).
 17. Gospel of Matthew. 19:30 (in Russian).
 18. Butovskaya M. L. Primates as living links to our past: variations in hierarchy steepness but not real. *Prehistoric Archaeology. Journal of Interdisciplinary Studies*. 2020;(1):13–26. doi: 10.31600/2658-3925-2020-1-13-26 (in Russian).
 19. Eliseeva O. How Religion Was Born. Available at: <https://auxenne-elise.livejournal.com/> (accessed 12.23.2024) (in Russian).
 20. Fedinishina L. A., Sobina V. D. Quadrobing: a modern problem of teenagers. *Bulletin of NCSPU*. Nov 2024;4(52):39–41 (in Russian).
 21. Ivanov A. S., Kudinova N. A., Pivnenko N. M., Hudonogov I. Ju. Calculation of the medical effectiveness of the pragmatic and affiliative parts of the patients' self-preservation motivational matrix. In: Current issues of implementation of the May decrees (2012) of the President of the Russian Federation: Proceedings of the V interregional scientific and practical conference of health care organizers of the South of Russia with international participation, dedicated to the 80th anniversary of the Rostov region, Rostov, October 20–21, 2017. Rostov: Rostov State Medical University; 2017. P. 114–29 (in Russian).
 22. Hudonogov I. Ju. Privatization of health (social perspectives, informational and cognitive prerequisites) In: Modern approaches to health promotion: Proceedings of the VII International scientific and practical conference, Gomel, October 25–26, 2018. Issue 7. Gomel: Gomel State Medical University; 2018. P. 81–4 (in Russian).

Некролог

ПАМЯТИ УЧИТЕЛЯ, СТАРШЕГО ТОВАРИЩА И ДРУГА



14 июля 2025 г. российская история медицины понесла тяжелую утрату. В возрасте 93 лет ушел из жизни выдающийся ученый-энциклопедист и историк медицины, заслуженный работник культуры Российской Федерации, лауреат премии имени Д. Д. Плетнева Московского городского научного общества терапевтов и Пироговской премии Национального медико-хирургического центра имени Н. И. Пирогова, профессор Владимир Иосифович БОРОДУЛИН.

Он родился в Великих Луках 23 июня 1932 г. в семье служащих. Окончив школу с серебряной медалью, в 1950 г. поступил на лечебный факультет 1-го МОЛМИ имени И. М. Сеченова (ныне Сеченовский Университет). Во время обучения в институте посещал студенческий научный кружок при кафедре госпитальной терапии, в 1956 г. окончил институт с отличием и по рекомендации своих учителей, профессоров-терапевтов Б. Б. Когана и А. В. Виноградова, был принят в клиническую ординатуру при Институте терапии АМН СССР, которую проходил в 1956—1958 гг. под руководством основоположника советской кардиологии академика А. Л. Мясникова и профессора Н. А. Ратнер. Научно-практическая школа А. Л. Мясникова во многом определила твор-

ческий путь В. И. Бородулина в науке: до конца своих дней он был верен своей первой любви в профессии и науке — кардиологии; сам он говорил, что его клиническое мышление сформировали Коган, Виноградов и Мясников.

После ординатуры Владимир Иосифович по распределению попал в Салехард, где работал врачом-ординатором, заведовал терапевтическим отделением Окружной больницы, замещал главного врача, был внештатным терапевтом Ямало-Ненецкого национального округа. В 1958—1959 гг. вел курс внутренних болезней в Салехардском медицинском училище. Вспоминая годы работы, по сути дела, земским врачом, Владимир Иосифович говорил: *«Вышагивая по своему отделению, я с ужасом думал, что диагноз понятен в лучшем случае у половины больных, а у остальных все не так, как в учебнике, — тяжелейшая и разнообразнейшая краевая патология».*

Судьба постепенно уводила В. И. Бородулина от карьеры практического врача в сторону редакторской, энциклопедической работы и истории медицины. Покинув Салехард по состоянию здоровья, он вернулся в Москву, долго лечился от туберкулеза и вынужденно сменил род деятельности. Трудился младшим научным сотрудником Института социальной гигиены и организации здравоохранения имени Н. А. Семашко (1960—1962), затем — ответственным секретарем редакции журнала «Фельдшер и акушерка» и заведующим редакцией терапевтической и справочной литературы издательства «Медицина» (1962—1973), руководителем группы медицины и спорта издательства «Советская энциклопедия» (1973—1987). По совместительству дежурил в Городской клинической больнице № 53, однако, почувствовав вкус к энциклопедической работе, окончательно отказался от практической работы врачом.

В 1988—2007 гг. он последовательно занимал должности заместителя генерального директора Научно-практического объединения «Медицинская энциклопедия» АМН СССР (генеральный директор — академик РАМН А. М. Сточик), первого заместителя главного редактора Научного издательства «Большая Российская энциклопедия» (главный редактор — лауреат Нобелевской премии, академик РАН А. М. Прохоров), а затем (после ухода из БРЭ в 2001 г.) — издательства «Энциклопедия».

Кандидатскую диссертацию на тему «Клиническое значение электрокардиографии при митральных пороках сердца» В. И. Бородулин защитил в 1969 г. в возрасте 37 лет. Его научными руководителями были крупные советские ученые — профессор-рентгенолог И. Х. Рабкин и профессор-кардиолог Н. Р. Палеев. Опубликовав ряд научных работ

Некролог

по клинической медицине и две монографии по диагностическим возможностям электрорентгенографии и неотложной медицинской помощи, Владимир Иосифович посвятил себя истории медицины и клиники внутренних болезней. В конце 1970-х и в 1980-е годы он изучал вышедшие в те годы переводные издания зарубежных историков, писавших о «ремесле историка» (М. Блок) и «идее истории» (Р. Коллигвуд); посещал семинары по исторической антропологии в Институте всеобщей истории АН СССР, которые проводил выдающийся отечественный историк-медиевист и культуролог профессор А. Я. Гуревич. Как вспоминал В. И. Бородулин, многое дало ему общение с общими историками — Г. С. Кнабе, Ю. Л. Бессмертным, О. Ю. Бессмертной (ставшей его второй женой). В 1988 г. в издательстве «Медицина» была опубликована его монография «Очерки истории отечественной кардиологии», которую Правление Московского научного общества историков медицины признало лучшей работой в области истории медицины в 1988 г. Эта работа и по сей день не имеет аналогов по содержанию, в том числе и потому, что Владимир Иосифович лично знал и интервьюировал всех видных советских кардиологов того времени. На следующий год он защитил докторскую диссертацию (в форме научного доклада) на тему «Терапевтические школы и их роль в становлении кардиологии в СССР».

По совместительству в 1989—2007 гг. он работал профессором кафедры истории медицины и культурологии ММА имени И. М. Сеченова, читал курс истории медицины слушателям факультета подготовки научных и научно-педагогических кадров, вел семинарские занятия, руководил диссертационными исследованиями. В 1991 г. Владимир Иосифович был избран по конкурсу и утвержден в должности профессора кафедры, в 1993 г. ему было присвоено ученое звание «профессор». С 2007 г. Бородулин работал главным научным сотрудником Института истории медицины РАМН (и кафедру, и институт возглавлял академик РАМН А. М. Сточик), а после реорганизации института с 2013 г. и до кончины — главным научным сотрудником отдела истории медицины Национального НИИ общественного здоровья имени Н. А. Семашко (директор — академик РАН Р. У. Хабриев).

На протяжении всей жизни Владимир Иосифович постоянно занимался научными исследованиями. Его ранние труды увидели свет в начале 1960-х, а последние статьи были опубликованы в начале 2025 г. Его перу принадлежат около трех сотен научных публикаций как по вопросам клиники внутренних болезней, так и (главным образом) по истории медицины. Как заместитель главного редактора нескольких энциклопедических издательств Владимир Иосифович готовил к выходу в свет медицинские и спортивные разделы 3-го издания Большой советской энциклопедии (30 томов) и Советский энциклопедический словарь, 3-е издание Большой медицинской энциклопедии (30 томов), Большой Российской энциклопедии (36 томов) и Новой Россий-

ской энциклопедии (19 томов). Несколько десятков статей для этих изданий он написал сам, поскольку был энциклопедически образован и мог дать исчерпывающие ответы на многие вопросы по различным областям знаний. Как историк медицины в 2014—2019 гг. был одним из составителей, соавтором и ответственным редактором издания «Альманах истории медицины: неизвестные и спорные страницы».

Также он был редактором-составителем и соавтором неоднократно переиздававшихся «Универсального медицинского справочника» (2003, 2004), эпонимического справочника «Клинические синдромы и симптомы» (2007, 2009, 2017). «Справочник практического врача» под редакцией А. И. Воробьева и В. И. Бородулина выдержал 15 (!) изданий. Не случайно В. И. Бородулина называли «королем справочников».

Что касается его творчества в области истории медицины, то, по словам Владимира Иосифовича, основными темами, которые он разрабатывал, были: 1) общие вопросы истории клинической медицины; 2) история терапевтической клиники в России XIX—XX вв.; 3) история кардиологии; 4) отечественные научные клинические школы; 5) терапевтические элиты России XX в. Мы бы добавили еще две темы, которые интересовали его в зрелом возрасте: 6) «человек в истории» или «история в лицах» и 7) методология исторического исследования.

Приоритетно Владимир Иосифович разработал научные биографии многих выдающихся отечественных врачей-терапевтов. Среди них: Г. И. Сокольский, Н. А. Виноградов, Ф. Ф. Меринг, В. П. Образцов (монография), Ф. Г. Яновский, В. Д. Шервинский, Л. Е. Голубинин, В. Н. Сиротинин (монография), С. С. Боткин, А. Н. Казем-Бек, Д. Д. Плетнев, Г. Ф. Ланг (монография), Н. Д. Стражеско, Е. Е. Фромгольд, В. Ф. Зеленин (монография), М. И. Певзнер, А. Л. Мясников (монография), М. С. Вовси, Б. Е. Вотчал, А. М. Дамир, В. Е. Незлин. Можно назвать еще много фамилий, но ограничимся теми биографиями, которыми Владимир Иосифович гордился более всего.

К *избранным сочинениям* профессора В. И. Бородулина отнесем 16 крупных трудов, первый из которых увидел свет в 1967 г., а последний — в 2021-м. Это **монографии**: «А. Л. Мясников» (М., 1967); «Введение в клиническую электрорентгенографию» (М., 1971); «Г. Ф. Ланг» (М., 1976); «Очерки истории отечественной кардиологии» (М., 1988); «Неотложная диагностика и терапия. Руководство» (СПб., 1997); «Клиническая медицина в двадцатом веке. Очерки истории» (М., 2012); «Владимир Филиппович Зеленин: время и судьба» (М., 2012); «Московские терапевтические школы» (М., 2013); «Клиническая медицина от истоков до 20-го века» (М., 2015); **лекции**: «История клинической медицины от истоков до середины 19 века» (М., 2008); «История медицины России. Клиника внутренних болезней во второй половине XIX — первой половине XX века» (М., 2011); **статьи в энциклопедиях**: «Внутренние болез-

ни (история)» (БМЭ-3. Т. 4. 1976); «Терапия» (БМЭ-3. Т. 25. 1986); «Медицина» (БРЭ. Т. 19. М., 2011). Будучи в возрасте, он старался не принимать за большие труды, опасаясь не успеть их завершить, однако книги, за которые он был удостоен премии имени Д. Д. Плетнева и Пироговской премии («Клиника внутренних болезней в Российской империи. История в лицах» и «Клиника внутренних болезней в СССР. История в лицах») увидели свет в 2020 и 2021 гг.

Список его научных работ, опубликованных в последние два десятилетия, впечатляет. Есть все основания заявить: Владимир Иосифович ушел из жизни в бессмертие, поскольку все будущие серьезные исследования по истории отечественной клинической медицины XIX—XX вв. будут сопровождаться ссылками на его труды.

Обширной была его научно-общественная деятельность: член диссертационных советов НИИ социальной гигиены имени Н. А. Семашко, затем — ММА имени И. М. Сеченова; член редколлегий журналов (в разные годы): «Фельдшер и акушерка», «Проблемы социальной гигиены и истории медицины», «Исторический вестник ММА им. И. М. Сеченова», «Вопросы диетологии» и «Пожилой пациент»; член редсовета журнала «История медицины»; член редколлегии альманаха Российского общества историков медицины «Труды по истории медицины».

Мало кому известно, что в 1966 г. много пишущий и публикующийся молодой автор Владимир Бородулин был принят в Союз журналистов СССР. Литературным словом он действительно владел великолепно, мог написать как сухую статью в энциклопедию, так и художественную по форме и научную по содержанию статью в любой научный журнал. С 1960-х годов писал стихи — для себя, для близких, для друзей. Хорошо знал поэзию и мог прочитать наизусть стихи Марины Цветаевой, Николая Гумилева, Анны Ахматовой; ценил классическую музыку; любил творчество Булата Окуджавы, портрет которого висел в его рабочем кабинете, и Александра Галича; прекрасно танцевал (особенно любил танго).

Стиль его мышления отличался логичностью и последовательностью. Будучи хорошим шахматистом, серьезные действия и важные разговоры продумывал заранее. В 70 лет, сменив пишущую машинку на компьютер, получил возможность напи-

сать и редактировать тексты своих статей и книг. Был скромным: известие о присуждении ему Пироговской премии Национального медико-хирургического центра имени Н. И. Пирогова поначалу принял за розыгрыш. Обладал чувством юмора. Просил не путать историю медицины с историями медицины, знал массу забавных случаев и исторических казусов. Чего стоит один только его рассказ о том, как в Боткинской больнице профессор-инфекционист С. И. Ратнер в 1950-е годы объявил, что прочтет лекцию «Ректоскопия без лампочки в свете павловского учения». Неудивительно, что у него было много друзей — блестящих врачей, столь же ярких, интересных в общении и остроумных.

Широко эрудированный и добросердечный, прекрасный лектор и рассказчик, он всегда привлекал к себе учеников и последователей. Как учитель и наставник был доброжелателен, но строг. Его советы по методологии проведения научных исследований и правки в статьях были точны и самодостаточны. Не отвлекаясь на частности и мелочи, умел выделить главное, подчеркнуть достоинства работы, сделать нужное по объему и сути обобщение. Встречи с ним всегда настраивали на творческий лад, а конструктивная критика способствовала росту и развитию учеников как историков и ученых.

Критическое мышление и аналитический склад ума нередко позволяли Владимиру Иосифовичу пересмотреть положения, считавшиеся советскими историками незыблемыми. К этому он призывал и своих учеников. Один из последних представителей советского периода отечественной истории медицины и патриарх ее российского периода, он много сделал для создания школы новых историков, критически относящихся к прошлому и с надеждой смотрящих в будущее своей специальности.

Мы глубоко скорбим о кончине нашего дорогого учителя, старшего товарища и друга. Его образ навсегда сохранится в наших сердцах.

*«Солдат — всегда солдат. Война — всегда война.
Приказ — всегда приказ. А жизнь — всего одна...
На миг (до счета „раз!“) как Песен песнь — одна.
Как мудрость в смертный час. Одна. Взаимы она».*

(В. И. Бородулин. 1965 г.)

*В. Ю. Альбицкий, Е. Н. Банзелюк, Е. Е. Бергер,
С. П. Глянцев, А. В. Тополянский*