

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ

PUBLIC HEALTH. Scientific and practical journal

РАК ШЕЙКИ МАТКИ

*Первичная и вторичная
профилактика*

МОТИВАЦИЯ

Готовность к работе с населением

ИНКЛЮЗИВНЫЙ ВУЗ

*Показатели психологического
благополучия*

ЗДОРОВЬЕ
ВО ВСЕХ
ПОЛИТИКАХ

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ

Научно-практический журнал

Том 2

№ 4 • 2022

ISSN 2782-1676

DOI: 10.21045/2782-1676

Издается с 2021 г. Сайт: <https://ph.elpub.ru/jour>

Периодичность издания – 4 номера в год.

Журнал входит в Российский индекс научного цитирования (РИНЦ), научную электронную библиотеку «КиберЛенинка».

Все статьи журнала публикуются с указанием цифрового идентификатора объекта (digital object identifier, DOI)

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР

Салагай О.О. – канд. мед. наук, заместитель Министра здравоохранения Российской Федерации, г. Москва, Россия

ЗАМЕСТИТЕЛЬ ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА

Драпкина О.М. – д-р мед. наук, профессор, академик РАН, директор ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России, г. Москва, Россия

Кобякова О.С. – д-р мед. наук, профессор, директор ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России, г. Москва, Россия

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Аполихин О.И. – д-р мед. наук, профессор, член-корр. РАН, директор «НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина» – филиала ФНБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, г. Москва, Россия

Багненко С.Ф. – д-р мед. наук, профессор, академик РАН, ректор ФГБОУ ВО «ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России, г. Санкт-Петербург, Россия

Базарчян А.А. – канд. мед. наук, директор Национального института здравоохранения им. акад. Авдалбекяна Минздрава Республики Армения, г. Ереван, Армения

Бойцов С.А. – д-р мед. наук, профессор, академик РАН, генеральный директор ФГБУ «НМИЦ Кардиологии» Минздрава России, г. Москва, Россия

Бокерия Л.А. – д-р мед. наук, профессор, академик РАН, президент ФГБУ «НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева», г. Москва, Россия

Брико Н.И. – д-р мед. наук, профессор, академик РАН, заведующий кафедрой эпидемиологии и доказательной медицины ФГАО ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России, г. Москва, Россия

Бухтияров И.В. – д-р мед. наук, профессор, академик РАН, директор ФГБНУ «Научно-исследовательский институт медицины труда имени академика Н.Ф. Измерова», г. Москва, Россия

Зайцева Н.В. – д-р мед. наук, профессор, академик РАН, научный руководитель ФБНУ «ФНЦ медико-профилактических технологий управления рисками здоровью населения», г. Пермь, Россия

Зинченко Ю.П. – д-р. психол. наук, профессор, академик РАО, декан факультета психологии ФГБОУ ВО «МГУ им. М.В. Ломоносова», г. Москва, Россия

Кекелидзе З.И. – д-р мед. наук, профессор, член-корреспондент РАН, Президент ФГБУ «Национального медицинского исследовательского центра психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва, Россия

Колесников С.И. – д-р мед. наук, профессор, академик РАН, советник РАН, г. Москва, Россия

Путило Н.В. – канд. юрид. наук, заведующий отделом социального законодательства ИЗСП при Правительстве Российской Федерации, г. Москва, Россия

Сайганов С.А. – д-р мед. наук, профессор, ректор ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова» Минздрава России, г. Санкт-Петербург, Россия

Стародубов В.И. – д-р мед. наук, профессор, академик РАН, научный руководитель ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России, г. Москва, Россия

Тутельян В.А. – д-р мед. наук, профессор, академик РАН, научный руководитель ФГБНУ «ФИЦ питания, биотехнологии и безопасности пищи», г. Москва, Россия

Хабриев Р.У. – д-р мед. наук, д-р фармацевт. наук, профессор, академик РАН, научный руководитель ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья имени Н.А. Семашко», г. Москва, Россия

Хальфин Р.А. – д-р мед. наук, профессор, директор Института лидерства и управления здравоохранением Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, г. Москва, Россия

Харитонов В.И. – д-р ист. наук, заведующая центром медицинской антропологии ФГБНУ «ИЭА РАН», г. Москва, Россия

Черепов В.М. – д-р мед. наук, профессор, заведующий кафедрой Государственного университета управления, г. Москва, Россия

Шляхто Е.В. – д-р мед. наук, профессор, академик РАН, генеральный директор ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России, г. Санкт-Петербург, Россия

Ющук Н.Д. – д-р мед. наук, профессор, академик РАН, президент ФГБОУ ВО «МГМСУ им. А.И. Евдокимова» Минздрава России, г. Москва, Россия

Клюге Х. – д-р наук, директор Европейского регионального бюро ВОЗ, г. Копенгаген, Дания

Жоао Бреда – д-р наук, профессор, специальный советник регионального директора ЕРБ ВОЗ по созданию субрегиональных отделений, г. Копенгаген, Дания

Рукописи предоставляются
в редакцию по электронной почте:
idmz@mednet.ru

Редакция в обязательном порядке
осуществляет экспертную оценку
(рецензирование, научное и стилистическое
редактирование) всех материалов,
публикуемых в журнале.

Более подробно об условиях публикации см.:
<https://ph.elpub.ru/jour>

Published since 2021. Website: <https://ph.elpub.ru/jour>

Publication frequency – 4 issues per year

The journal is included in the Russian Science Citation Index,
Scientific electronic Library «CyberLeninka»

All articles of the journal are published with a digital
object identifier (DOI)

ISSN 2782-1676

DOI: 10.21045/2782-1676

EDITOR-IN-CHIEF

Salagay O.O. – Ph.D. (Medicine), Deputy Minister of Health of the Russian Federation, Moscow, Russia

DEPUTY EDITOR-IN-CHIEF

Drapkina O.M. – D.Sc. (Medicine), Professor, Full member of the Russian Academy of Sciences, FGBU "NMIC TPM" of the Ministry of Health of Russia, Moscow, Russia

Kobyakova O.S. – D.Sc. (Medicine), Professor, Director of the Russian Research Institute of Health, Moscow, Russia

MEMBERS OF THE EDITORIAL BOARD

Apolikhin O.I. – D.Sc. (Medicine), Professor, Corresponding Member of the Russian Academy of Sciences, Director of the Lopatkin Research Institution of Urology & Interventional Radiology, Moscow, Russia

Bagnenko S.F. – D.Sc. (Medicine), Professor, Full member of the Russian Academy of Sciences, Rector of the First Pavlov State Medical University of St. Petersburg, St. Petersburg, Russia

Bazarchyan A.A. – Ph.D. (Medicine), Director of the National institute of health named after S.Kh. Avdalbekyan of the Ministry of Health of the Republic of Armenia, Yerevan, Armenia

Boytsov S.A. – D.Sc. (Medicine), Professor, Full member of the Russian Academy of Sciences, National Research Center of Cardiology of Russian Ministry of Health, General Director, Moscow, Russia

Bokeria L.A. – D.Sc. (Medicine), Professor, Full member of the Russian Academy of Sciences, President of Bakulev Scientific Center for Cardiovascular Surgery, Moscow, Russia

Briko N.I. – D.Sc. (Medicine), Professor, Full member of the Russian Academy of Sciences, Head of the Department of epidemiology and evidence-based medicine of the Sechenov University, Moscow, Russia

Bukhtiyarov I.V. – D.Sc. (Medicine), Professor, Full member of the Russian Academy of Sciences, Director of the Izmerov Research Institute of Occupational Health, Moscow, Russia

Cherepov V.M. – D.Sc. (Medicine), Professor, Head of the Department of the State University of Management, Moscow, Russia

Halfin R.A. – D.Sc. (Medicine), Professor, Director of the Institute of Leadership and Health Management of the Sechenov University, Moscow, Russia

Kekelidze Z.I. – D.Sc. (Medicine), Professor, Corresponding member of the Russian Academy of Sciences, President of the V. Serbsky Federal Medical Research Centre of Psychiatry and Narcology, Moscow, Russia

Khabriev R.U. – D.Sc. (Medicine), Dr.Sc. (Pharm.), Professor, Full member of the Russian Academy of Sciences, Scientific Director of the FSSBI «N.A. Semashko National Research Institute of Public Health», Moscow, Russia

Kharitonova V.I. – Ph.D. (History), Head of the Center for Medical Anthropology of the IEA RAS, Moscow, Russia

Kolesnikov S.I. – D.Sc. (Medicine), Professor, Advisor of the Russian Academy of Sciences, Moscow, Russia

Putilo N.V. – Ph.D. (Law), Head of the Department of Social Legislation of the Institute of Legislation and Comparative Law, Moscow, Russia

Saiganov S.A. – D.Sc. (Medicine), Professor, Rector of the North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov, St. Petersburg, Russia

Shlyakhto E.V. – D.Sc. (Medicine), Professor, Full member of the Russian Academy of Sciences, The Almazov National Medical Research Centre, General Director, St. Petersburg, Russia

Starodubov V.I. – D.Sc. (Medicine), Professor, Full member of the Russian Academy of Sciences, Scientific Director of the Russian Research Institute of Health, Moscow, Russia

Tutelyan V.A. – D.Sc. (Medicine), Professor, Full member of the Russian Academy of Sciences, Scientific director of the Federal Research Center for Nutrition, Biotechnology and Food Safety, Moscow, Russia

Yuschuk N.D. – D.Sc. (Medicine), Professor, Full member of the Russian Academy of Sciences, President of the A.I. Yevdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry, Moscow, Russia

Zaitseva N.V. – D.Sc. (Medicine), Professor, Full member of the Russian Academy of Sciences, Federal Scientific Center for Medical and Preventive Health Risk Management Technologies, Scientific Director, Perm, Russia

Zinchenko Yu.P. – D.Sc. (Psychology), Professor, Full member of the Russian Academy of Education, Dean of the Faculty of Psychology of the Lomonosov Moscow State University, Moscow, Russia

Hans Henri P. Kluge – Dr., WHO Regional Director for Europe, Copenhagen, Denmark

João Breda – Dr., Professor, Special Adviser of WHO/Europe Regional Director for the establishment of Sub-Regional Offices, Copenhagen, Denmark

Manuscripts are to be submitted
to the editorial office in electronic form:
idmz@mednet.ru

The editorial makes a mandatory expertise
(review, scientific and stylistic editing)
of all the materials to be published
in the journal.

More information of publishing terms is at:
<https://ph.elpub.ru/jour>

СОДЕРЖАНИЕ

ТЕОРИЯ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ

Алленов А. М., Макарова Е. В., Бенеславская О. А., Макарова В. И., Васильев М. Д.

Готовность участников здоровьесбережения к мотивации населения к ведению здорового образа жизни

4–14

МЕДИЦИНСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА

Заридзе Д. Г., Стилиди И. С., Мукерия А. Ф.

Научное обоснование эффективности первичной и вторичной (скрининга) профилактики рака шейки матки

15–23

РЕГИОНАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ

Склярова Т. В., Яхина Р. Р., Курлова Е. Б.

Диспансеризация – индивидуальный выбор и/или сохранение общественного здоровья: критический анализ результатов регионального социологического исследования

24–32

ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ

Беленкова Л. Ю., Михалёв И. В., Петровская М. В.

Ментальное здоровье студентов инклюзивного вуза как показатель их психологического благополучия

33–44

*Шпорт С. В., Каменсков М. Ю., Введенский Г. Е., Демидова Л. Ю.,
Васильев Н. Г., Ткаченко А. А.*

Педофилия: социально-правовые и медицинские аспекты

45–57

**УКАЗАТЕЛЬ СТАТЕЙ, ОПУБЛИКОВАННЫХ В ЖУРНАЛЕ
«ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ», 2022 г., том 2**

58

ПОЗДРАВЛЕНИЯ

Руслан Альбертович Хальфин к 75-летию со дня рождения

59

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ В ЦИФРАХ

60

CONTENTS

PUBLIC HEALTH THEORY

Allenov A. M., Makarova E. V., Beneslavskaya O. A., Makarova V. I., Vasiliev M. D.

Preparedness of health care providers for motivation of the population for leading a healthy lifestyle

4–14

MEDICAL PREVENTION

Zaridze D. G., Stilidi I. S., Mukeria A. F.

Scientific evidence for the effectiveness of primary and secondary (screening) prevention of cervical cancer

15–23

REGIONAL ASPECTS

Skliarova T. V., Yakhina R. R., Kurlova E. B.

Dispanserization is an individual choice and/or preservation of public health: a critical analysis of the results of a regional sociological research

24–32

MENTAL HEALTH

Belenkova L. Yu., Mikhalev I. V., Petrovskaya M. V.

Mental health of inclusive University students as an indicator of their psychological well-being

33–44

Shport S. V., Kamenskov M. Yu., Vvedenskii G. E., Demidova L. Yu., Vasiliev N. G., Tkachenko A. A.

Pedophilia: social, legal and medical aspects

45–57

**INDEX OF ARTICLES PUBLISHED IN THE JOURNAL
«PUBLIC HEALTH», 2022, volume 2**

58

CONGRATULATIONS

Ruslan Albertovich Khalfin to the 75th birthday

59

PUBLIC HEALTH IN NUMBERS

60

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ
Научно-практический журнал
Том 2, № 4, 2022

Свидетельство о регистрации:
ПИ № ФС 77-79669
от 27 ноября 2020 г.

**Учредитель: ФГБУ «ЦНИИОИЗ»
Минздрава России**

Главный редактор –
Салагай Олег Олегович

Ответственный редактор –
Куракова Наталия Глебовна,
idmz@mednet.ru

Выпускающий редактор –
Цветкова Лилия Анатольевна,
idmz@yandex.ru

Литературный редактор –
**Борисенко Светлана
Владимировна**

Компьютерная верстка и дизайн –
Пескова Елена Викторовна

Издатель:
ФГБУ «ЦНИИОИЗ»
Минздрава России

Адрес издателя и редакции:
127254, г. Москва,
ул. Добролюбова, 11
Тел.: (495)-618-07-92 (доб. 115)
e-mail: idmz@mednet.ru;
ph@mednet.ru

Подписано в печать: 07.11.2022
Заказ: 188
Отпечатано в ООО «Клуб печати».
127018, г. Москва, 3-ий проезд
Марьиной Рощи, д. 40, стр. 1
© ФГБУ «ЦНИИОИЗ»
Минздрава России

PUBLIC HEALTH
Scientific and practical journal
Volume 2, No. 4, 2022

Certificate of registration:
PI No. FS77-79669
of November 27, 2020

Founder: Federal Research Institute
for Health Organization and
Informatics of Ministry of Health
of the Russian Federation

Editor-in-Chief –
Oleg O. Salagay

Executive Editor –
Natalia G. Kurakova
idmz@mednet.ru

Issuing Editor –
Lilia A. Tsvetkova
idmz@yandex.ru

Literary Editor –
Svetlana V. Borisenko
Computer layout and design –
Elena V. Peskova

Publisher:
Federal Research Institute for Health
Organization and Informatics
of Ministry of Health
of the Russian Federation

**Publisher and editorial
office address:**
11 Dobrolyubova str.,
Moscow, 127254
Tel.: (495)-618-07-92 (# 115)
e-mail: idmz@mednet.ru;
ph@mednet.ru

Signed to the press: 07.11.2022
Order: 188

Printed by: "Print Club".
127018, Moscow, street 3-y proezd
Maryinoy roshchi, 40, building 1
© Federal Research Institute
for Health Organization and
Informatics of Ministry of Health
of the Russian Federation

ГОТОВНОСТЬ УЧАСТНИКОВ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕЖЕНИЯ К МОТИВАЦИИ НАСЕЛЕНИЯ К ВЕДЕНИЮ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

**А.М. АЛЛЕНОВ¹, Е.В. МАКАРОВА², О.А. БЕНЕСЛАВСКАЯ³,
В.И. МАКАРОВА⁴, М.Д. ВАСИЛЬЕВ⁵**

^{1,2,3,4,5} ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья им. Н.А. Семашко», г. Москва, Россия;

¹ Городская поликлиника № 210 Департамента здравоохранения города Москвы, г. Москва, Россия;

² ФГБОУ ВО «МГМСУ им. А.И. Евдокимова» Минздрава России, г. Москва, Россия;

⁵ ГБУ города Москвы «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы», г. Москва, Россия.

УДК: 614.2

DOI: 10.21045/2782-1676-2022-2-4-4-14

Аннотация

Цель: оценка приверженности к здоровому образу жизни лиц, участвующих в формировании здоровьесбережения (врачей, преподавателей). **Материалы и методы.** Было проведено поперечное исследование, куда вошло 176 человек (75 врачей, 101 преподаватель высших медицинских учебных заведений), сотрудников государственных бюджетных учреждений г. Москвы, в возрасте 45,48±15,33 лет (от 23 до 78 лет), среди них 91 женщина, 85 мужчин. **Результаты.** Четверть респондентов из группы вела недостаточно здоровый образ жизни (25,34%); «плохо» соблюдали принципы ЗОЖ 4% врачей и 0,9 преподавателей. Основной проблемой была низкая физическая активность, выявленная у 79,3% опрошенных лиц (95,6% врачей, 67,56% преподавателей), низкая ответственность за здоровье (9,9%) и нерациональное питание у преподавателей (3,9%), низкие навыки управления стрессом у врачей (5,3%). **Выводы.** У участников здоровьесбережения наблюдается недостаточная приверженность к принципам ЗОЖ. Недостаточная приверженность врачей и преподавателей к соблюдению принципов ЗОЖ играет отрицательную роль в формировании здоровьесберегающего поведения у населения Российской Федерации.

Ключевые слова: профессиональное долголетие, врачи, преподаватели, интеллектуальный труд, здоровый образ жизни, здоровьесбережение.

Для цитирования: Алленов А.М., Макарова Е.В., Бенеславская О.А., Макарова В.И., Васильев М.Д. Готовность участников здоровьесбережения к мотивации населения к ведению здорового образа жизни // Общественное здоровье. 2022, 2(4):4-14. DOI: 10.21045/2782-1676-2022-2-4-4-14.

Контактная информация: Макарова Екатерина Владимировна, e-mail: rue-royal@inbox.ru.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Статья поступила в редакцию: 10.08.2022. **Статья принята к печати:** 12.10.2022. **Дата публикации:** 07.11.2022.

UDC: 614.2

DOI: 10.21045/2782-1676-2022-2-4-4-14

PREPAREDNESS OF HEALTH CARE PROVIDERS FOR MOTIVATION OF THE POPULATION FOR LEADING A HEALTHY LIFESTYLE

A.M. Allenov¹, E.V. Makarova², O.A. Beneslavskaya³, V.I. Makarova⁴, M.D. Vasiliev⁵

^{1,2,3,4,5} Semashko National Research Institute of Public Health, Moscow, Russia;

¹ City Polyclinic No. 210 of the Department of Health of the City of Moscow, Moscow, Russia;

² A.I. Yevdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry, Moscow, Russia;

⁵ State Budgetary Institution of the City of Moscow "Research Institute of Health Organization and Medical Management of the Department of Health of the City of Moscow", Moscow, Russia.

Abstract

Purpose. To assess the commitment to a healthy lifestyle of persons involved in the formation of health conservation (doctors, teachers). **Materials and methods.** A cross-sectional study was conducted, which included

176 people (75 doctors, 101 teachers of higher medical educational institutions), employees of state budgetary institutions in Moscow. At the age of $45,48 \pm 15,33$ years (from 23 to 78 years), among them 91 women, 85 men. **Results.** A quarter of the respondents from the group led an insufficiently healthy lifestyle (25,34%); 4% of doctors and 0,9 teachers observed "poorly" the principles of a healthy lifestyle; The main problem was low physical activity, identified in 79,3% of the respondents (95,6% of doctors, 67,56% of teachers), low responsibility for health (9,9%) and poor nutrition among teachers (3,9%), low stress management skills among doctors (5,3%). **Conclusions.** There is a lack of adherence to the principles of a healthy lifestyle among participants in health preservation. Insufficient commitment of doctors and teachers to adherence to the principles of a healthy lifestyle plays a negative role in the formation of health-saving behavior among the population of the Russian Federation.

Keywords: professional longevity, doctors, teachers, intellectual work, healthy lifestyle, health protection.

For citation: Allenov A.M., Makarova E.V., Beneslavskaya O.A., Makarova V.I., Vasiliev M.D. Preparedness of health care providers for motivaton of the population for leading a healthy lifestyle // Public health. 2022; 2(4):4–14. DOI: 10.21045/2782-1676-2022-2-4-4-14.

Corresponding author: Ekaterina V. Makarova, e-mail: rue-royal@inbox.ru

Conflict of interests. The authors declare that there is no conflict of interests.

ВВЕДЕНИЕ

Здоровый образ жизни (ЗОЖ) – это комплекс мероприятий и установок, направленных на поддержку и улучшение здоровья человека. Это развивающаяся концепция, которая подразумевает систематический подход к лечению и профилактике хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ) [1]. Согласно Walker et al., ЗОЖ состоит из шести основных компонентов: духовный рост, рациональное питание, физическая активность, межличностные отношения, ответственность за здоровье и управление стрессом [2].

В последние годы в сфере общественного здоровья появился термин «здоровьесбережение», определяемый как комплекс мер, в том числе образовательных, нацеленных на формирование образа жизни, способствующего укреплению и сохранению здоровья населения [3]. Значимость этого вопроса подчеркивает «Программа фундаментальных исследований на период до 2030 года», принятая распоряжением правительства РФ от 31 декабря 2020 года № 3684-р, где определена приоритетность разработки технологий здоровьесбережения в условиях РФ [4].

Несмотря на достижение определенных успехов в профилактике ХНИЗ, стоит признать, что коррекция образа жизни остается очень сложной задачей, и распространенность факторов риска среди населения

России сохраняется значительной [5]. Подавляющему большинству граждан правила ЗОЖ известны достаточно поверхностно, не всегда они соблюдаются в полной мере, в связи с чем эффективность мероприятий здоровьесбережения остается достаточно низкой. Причиной тому могут быть как недостаточная информированность, так и низкая мотивация населения [6, 7].

Врачи поликлиник и преподаватели государственных ВУЗов играют ключевую роль в формировании здоровьесберегающего поведения у людей разных возрастных групп. Именно они транслируют информацию о принципах здоровьесбережения и являются источником знаний [8]. В этой связи особое значение приобретает осведомленность самих участников здоровьесбережения о правилах ЗОЖ и их приверженность этим правилам, поскольку только мотивированный и знающий специалист способен своим примером создать правильные установки в отношении образа жизни, нацеленного на сохранение здоровья.

Ожидается, что медицинские работники будут более осведомлены, чем другие, о здоровьесберегающем поведении, а также, что они будут служить образцами для подражания [9, 10]. Иностранцами коллегами было отмечено, что поведение врачей в отношении здоровья влияет на отношение и мотивацию пациентов к изменению образа жизни

[11–14]. Следовательно, понимание моделей образа жизни участников здоровьесбережения, а также мотивации этих моделей может иметь возможные последствия для общественного здоровья.

Таким образом, **целью** настоящего исследования стала оценка приверженности к здоровому образу жизни лиц, участвующих в формировании здоровьесбережения (врачей, преподавателей).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Было проведено поперечное исследование, куда вошло 176 человек (75 врачей, 101 преподаватель высших медицинских учебных заведений), сотрудников государственных бюджетных учреждений г. Москвы в возрасте $45,48 \pm 15,33$ лет (от 23 до 78 лет), среди них 91 женщина, 85 мужчин.

Со всеми испытуемыми проводился опрос в отношении демографических характеристик, а также социально-бытовых условий, и была предложена к заполнению русская валидированная версия опросника. Испытуемым было предложено заполнить рекомендованный ВОЗ международный опросник «Профиль здорового образа жизни – ПРОЗОЖ» (healthpromoting lifestyle profile – HPLP II), разработанный профессором Сьюзан Уолкер с соавт. (S. N. Walker et al., 1996), и валидированный для России (М.Д. Петраш и соавт. (2018 г.)). Опросник ПРОЗОЖ был разработан для измерения многокомпонентной структуры здорового образа жизни и факторов, влияющих на поведение, направленное на сохранение и укрепление здоровья. Инструмент удобен для использования как среди здоровых людей, так и при изучении разных заболеваний, в частности для исследования ценности здоровья, самоэффективности в поддержании ЗОЖ и наличия социальной поддержки в этом. ПРОЗОЖ состоит из 52 утверждений, с которыми можно согласиться или не согласиться по 4-х бальной шкале. Ответы объединяются в шесть доменов (ответственность за здоровье, физическая

активность, питание, внутренний/духовный рост, межличностные отношения).

Анкета заполнялась лично респондентом в бумажном варианте.

При оценке общего состояния здоровья 28,31% лиц имели хронические заболевания, 43,3% были практически здоровы, только 28,3% были полностью здоровы. При этом в структуре хронических заболеваний 50,0% составляет артериальная гипертензия (1 место), сахарный диабет и метаболические нарушения (15,0%) (2 место) и онкология (10%) (3 место).

В возрастной структуре участников исследования преобладали лица 30–40 лет (20,57%) и старше 70 лет (19,33%). Наименьшую долю (8,9%) составили лица 20–30 лет. 17,9% – лица 40–50 лет; 16,9% – 50–59 лет; 16,4% – 60–69 лет.

В отношении социально-бытовых условий жизни 79,81% были собственниками жилья, 20,18% жили на съемных квартирах. В брак вступали 79,34%, средний возраст создания семьи составил $26,77 \pm 4,79$ лет. Но лишь у 53,84% из вступивших в брак он сохранился на момент проведения опроса. У 79,81% были дети от 1 до 3-х лет.

Статистический анализ проведен в программе Microsoft Statistica 10.0 для Windows с использованием параметрических и непараметрических методов. В случае нормального распределения значения приведены в виде среднего и стандартного отклонения ($M \pm m$). Сравнение межгрупповых различий проводилось с использованием Т-критерия Стьюдента с поправкой Бонферрони при нормальном распределении. Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез принимался равным 0,05.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В ходе изучения образа жизни участников здоровьесбережения с помощью опросника ПРОЗОЖ в среднем можно говорить об удовлетворительной приверженности к ЗОЖ опрошенных лиц: средний балл в общей группе составил $132,75 \pm 56,31$. У большей доли респондентов (73,7%, $n=157$) результат исследования

попадал в диапазон «хорошее соблюдение принципов ЗОЖ». Однако результат «отлично» (более 169 баллов) зафиксирован только у 0,93% (n=2). Среди опрошенных 2,34% имели балл ниже 90, что говорит о плохом соблюдении принципов ЗОЖ, у 23,00% респондентов зафиксирован результат «умеренно», *таблица 1*.

При анализе отдельных шкал опросника ПРОЗОЖ, наибольшие проблемы выявлены в сферах «Физическая активность» (среднее значение = 12,28±5,70 баллов, что соответствует оценке «плохо») и «Управление стрессом» (среднее значение = 19,26±7,54 баллов, что соответствует оценке «умеренно»). Наилучшие значения зафиксированы по шкалам «Межличностные отношения» и «Питание»

(среднее значение = 28,47±13,07 и 25,70±11,8 баллов соответственно, что соответствует оценке «хорошо»), *таблица 1*.

Возможны погрешности данных (особенно по шкале «Питание»). Ввиду самостоятельного заполнения анкеты, респонденты могли выбирать те ответы, которые правильные с научной точки зрения, однако не соотносящиеся с объективной картиной. Не было выявлено статистически значимых различий при сравнении группы врачей и преподавателей (p>0,05). Детализованные результаты ответов по отдельным факторам риска на основании опросника ПРОЗОЖ представлены в *таблицах 2–8*.

При детальном изучении ответов анкеты ПРОЗОЖ в общей группе выявлена достаточно

Таблица 1

Результаты опросника ПРОЗОЖ

Шкалы	Все (n=176)	Врачи (n=75)	Преподаватели (n=101)
Ответственность за здоровье	21,6±9,44	22,33±10,21	20,35±9,37
Физическая активность	12,28±5,70	10,84±3,81	13,27±3,95
Питание	25,70±11,8	26,64±11,52	25,21±10,55
Внутренний рост	22,31±10,7	22,66±8,59	21,28±8,42
Межличностные отношения	28,07±13,07	27,24±10,76	28,75±12,1
Управление стрессом	19,16±7,54	19,02±7,22	19,26±6,28
Общая шкала	131,55±56,31	131,73±50,44	131,36±52±71

Таблица 2

Ответственность за здоровье

Вопросы	Не согласен	Скорее не согласен	Скорее согласен	Полностью согласен
Описываю любые необычные проявления или симптомы врачу	14,37%	13,75%	66,8%	5,0%
Читаю или слушаю программы про здоровье	29,37%	35,0%	24,37%	11,25%
Переспрашиваю специалистов, занимающихся моим здоровьем, для того, чтобы понять их инструкции	13,12%	6,87%	73,75%	6,25%
Интересуюсь альтернативным мнением по поводу поставленного мне диагноза	2,5%	13,12%	78,75%	5,62%
Обсуждаю волнующие меня вопросы о здоровье с разными специалистами	0%	28,12%	53,75%	18,12%
Обследую свое тело не реже, чем раз в месяц на предмет опасных изменений или угрожающих признаков	81,2%	15,0%	2,5%	1,25%
Интересуюсь у врачей, как лучше заботиться о своем здоровье	3,75%	26,87%	52,5%	16,87%
Посещаю специальные образовательные программы по здоровью	66,8%	29,37%	3,75%	0%
Когда необходимо, обращаюсь за помощью и советом	0%	0%	88,75%	11,25%

высокая ответственность за свое здоровье в выборке, что проявлялось готовностью контактировать с врачами в отношении необычных проявлений и неприятных симптомов (71,8%), интересом к профилактике (79,2%) и альтернативным мнениям в отношении диагноза (84,4%). При этом 81,25% опрошенных отрицательно ответили на вопрос «Обследуете ли вы свое тело не реже 1 раза в месяц?», не многие интересовались программами здоровья (11,25%) и посещали их (3,75%), таблица 2.

Обращают на себя внимание низкие баллы по вопросам, касающимся физической активности: 73,7% лиц не выполняли определенной программы упражнений регулярно, у 71,8% не было серьезной физической нагрузки 3 раза

в неделю, 80,6% не занимались физической активностью в свободное время, 63,7% не выполняли силовые упражнения, 63,12% опрошенных отметили, что занимаются спортом недостаточно интенсивно, 61,2% скорее не получали физической нагрузки в повседневных условиях. Даже при занятии спортом подавляющее большинство отметили, что не замеряют пульс (66,8%) и не тренируются до целевых значений пульса (86,25%), табл. 3.

В отношении питания 72,3% респондентов скорее предпочитали диету с низким содержанием холестерина, 81,2% съедали 2–4 порции фруктов ежедневно, все 100% опрошенных лиц съедали 3–5 порций овощей ежедневно, 93,1% употребляли 6–10 порций сложных углеводов

Таблица 3

Физическая активность

Вопросы	Не согласен	Скорее не согласен	Скорее согласен	Полностью согласен
Выполняю определенную программу упражнений	33,12%	40,62%	13,12%	12,5%
Выполняю серьезную физическую нагрузку не менее 3 раз в неделю	71,8%	20,62%	7,5%	0%
Достаточно интенсивно занимаюсь спортом или физической нагрузкой	63,1%	35,0%	1,87%	0%
Занимаюсь плаванием или танцами, или езжу на велосипеде в свободное время	80,6%	4,37%	13,12%	2,5%
Делаю силовые упражнения, по крайней мере 3 раза в неделю	63,7%	36,25%	0%	0%
Получаю физическую нагрузку в повседневных условиях	8,1%	53,12%	22,5%	16,25%
Замеряю пульс во время физ. нагрузок	66,8%	28,75%	1,25%	2,5%
Достижаю целевого пульса, когда тренируюсь	86,2%	11,87%	0,62%	1,25%

Таблица 4

Питание

№	Вопросы	Не согласен	Скорее не согласен	Скорее согласен	Полностью согласен
2	Предпочитаю диету с низким содержанием жиров и холестерина.	7,5%	20%	64,3%	8,12%
8	Ограничиваю употребление сахара и сахаросодержащих продуктов	2,5%	36,87%	31,87%	28,75%
14	Съедаю 6–11 порций хлеба, зерновых или цельнозерновых макарон каждый день	12,5%	80,62%	5,62%	1,25%
20	Съедаю 2–4 порции фруктов ежедневно	1,87%	16,87%	45,62%	35,62%
26	Съедаю 3–5 порций овощей ежедневно	0%	0%	0%	100%
32	Съедаю 2–3 порции молока, йогурта или сыра ежедневно	1,25%	28,75%	31,25%	26,87%
38	Съедаю не более 2–3 порций белковой пищи	0%	0%	100%	0%
44	Читаю этикетку на продуктах, чтобы узнать их состав	8,1%	80,62%	9,37%	2,5%
50	Завтракаю	0%	11,25%	15,62%	73,12%

в день, 58,0% съедали 2–3 порции молочных продуктов ежедневно, 100% старались не употреблять более 2–3 порций белковой пищи, 88,7% лиц, как правило, завтракали. Тем не менее 88,9% скорее не читали этикетки на продуктах с целью изучения их состава, а 39,3% не ограничивали содержание сахара и сахаросодержащих продуктов в пище, *таблица 4*.

При средних показателях внутреннего роста, большинство респондентов были согласны, что положительно развиваются (53,1%); 96,1% смотрели в будущее; 70,6% работали на долгосрочные цели; 69,3% чувствовали себя умиротворенными; 96,8% были открыты для новых задач, *таблица 5*.

В вопросе межличностных отношений участники опроса в целом были готовы обсуждать свои проблемы с близкими (84,0%), находили возможность для близких отношений (84,9%) и старались сохранять серьезные отношения с окружающими (95,4%). Среди опрошенных 76,2% старались решить конфликты с помощью дискуссии, *таблица 6*.

Невысокие навыки управления стрессом проявлялись у респондентов в следующем: 57,5% не каждый день находили время, чтобы расслабиться; 82,5% лиц скорее не использовали никаких специальных техник чтобы контролировать стресс; 93,6% отметили, что не прибегают к медитации или расслаблению

Таблица 5

Внутренний рост

№	Вопросы	Не согласен	Скорее не согласен	Скорее согласен	Полностью согласен
6	Чувствую, что я положительно расту и развиваюсь	0,62%	46,25%	50,62%	2,5%
12	Верю, что в моей жизни есть цель	5,0%	9,37%	61,25%	24,37%
18	Смотрю в будущее	0%	3,75%	79,37%	16,87%
24	Чувствую себя довольным и умиротворенным	1,25%	29,37%	53,12%	16,25%
30	Работаю на долгосрочные цели	13,75%	16,25%	68,12%	2,5%
36	Считаю, что каждый день приносит что-то новое, необычное и требующее усилий	3,12%	62,5%	19,37%	15,0%
42	Знаю, что важно для меня в жизни	0%	3,75%	55,0%	41,25%
48	Чувствую себя связанным с некой силой, большей, чем я сам.	5,62%	48,75%	39,37%	6,25%
52	Открыт для нового опыта и сложных задач	0%	3,12%	80,62%	16,25%

Таблица 6

Межличностные отношения

№	Вопросы	Не согласен	Скорее не согласен	Скорее согласен	Полностью согласен
1	Обсуждаю свои проблемы и сомнения с близкими мне людьми	0%	16,25%	60,3%	23,75
7	С легкостью хвалю других за достижения	0%	1,25%	32,5%	66,25%
13	Сохраняю значимые и серьезные отношения с окружающими	0,62%	3,75%	76,25%	19,37%
19	Провожу время с близкими друзьями	0,62%	31,2%	38,75%	29,37%
25	С легкостью проявляю заботу, любовь и тепло по отношению к другим	0%	19,37%	67,5%	13,12%
31	Я нахожу понимание у людей, которые мне дороги, и они также меня понимают	0%	12,5%	16,87%	70,2%
37	Нахожу возможности для близких отношений	0%	15,0%	43,75%	41,25%
43	Меня поддерживают люди, с которыми я общаюсь	12,5%	4,37%	20,62%	62,5%
49	Разрешаю конфликты с помощью дискуссий и компромиссов	0%	23,75%	75,0%	1,25%

Таблица 7

Управление стрессом

№	Вопросы	Не согласен	Скорее не согласен	Скорее согласен	Полностью согласен
5	Достаточно сплю	12,5%	0%	18,12%	68,75%
11	Каждый день я нахожу время для того, чтобы расслабиться, отдохнуть	42,5%	15%	26,25%	16,25%
17	Принимаю то, что я не могу изменить	0%	0%	0%	100%
23	Когда ложусь спать, концентрируюсь на приятных мыслях	3,12%	25,62%	71,25%	0%
29	Использую специальные техники, чтобы контролировать стресс	80,0%	2,5%	5,62%	12,5%
35	Стараюсь сбалансировать время между работой и отдыхом	10,0%	19,3%	66,25%	4,37%
41	Провожу 15–20 минут расслабляясь или медитируя ежедневно	51,8%	41,87%	3,12%	3,12%
47	Замедляюсь, чтобы не слишком уставать	49,3%	34,37%	16,25%	0%

Таблица 8

Сводные данные в исследуемых группах

Фактор риска	Все (n=176)	Врачи (n=75)	Преподаватели (n=101)
Здоровый образ жизни соблюдается плохо	2,34%	4,0%*	0,9%
Здоровый образ жизни соблюдается умеренно	23,0%	24%	21,7%
Низкая ответственность за здоровье	4,6%	0%	9,9%*
Низкая физическая активность	79,37%	95,6%*	67,56%
Плохое питание	2,8%	1,3%	3,9%*
Слабый внутренний рост	1,2%	1,3%	0,9%
Плохой навык межличностных отношений	0%	0%	0%
Плохое управление стрессом	2,34%	5,3%*	0%

Примечание: *различия достоверны между группами достоверны при $p < 0,05$

хотя бы 20 минут в день; 83,6% опрошенных не были склонны замедляться, чтобы не слишком уставать в своей работе. При этом, 86,8% спали скорее достаточно, 75,5% старались находить баланс между работой и отдыхом, таблица 7.

Суммируя полученные данные, можно говорить о том, что у лиц-участников здоровьесбережения отмечается достаточно высокая распространенность факторов риска снижения профессиональной эффективности.

Врачи также хуже других соблюдали здоровый образ жизни, особенно в сравнении с преподавателями ($p < 0,01$), сложнее управляли стрессом, как в сравнении с учеными, так и с преподавателями ($p < 0,001$). В отношении физической активности лучшие показатели

были у преподавателей, самые низкие – у врачей ($p < 0,01$), таблица 8.

ОБСУЖДЕНИЕ

Можно ожидать, что образование и опыт медицинских работников и преподавателей будут способствовать их приверженности к ЗОЖ, однако имеющиеся в литературе данные противоречивы. Исследования иностранных авторов среди групп медицинских работников (например, врачей, медсестер и т. д.) показывают, что они были более склонны к здоровому образу жизни, включая физическую активность, более низкое

потребление алкоголя, периодические скрининговые тесты и более здоровое питание [15–16]. Напротив, другие исследования показали, что медицинские работники не придерживаются ЗОЖ по разным причинам, таким как ложное чувство «защиты» из-за своих медицинских знаний, склонность ставить здоровье своих пациентов выше своего собственного, нехватка времени, усталость и отсутствие мотивации [17–20]. Более того, в проекте по пропаганде здорового образа жизни среди медицинских работников те, кто сообщал об относительно неблагоприятном образе жизни, не были более мотивированы к участию [16].

Использованный нами опросник ПРОЗОЖ был валидирован Петраш М.Д. и соав. На Российской выборке [21]. Авторами было отмечено, что с возрастом больше внимания уделяется культуре питания ($p=0,006$), повышается выраженность управления стрессами ($p=0,001$). Было показано, что женщины более ответственно относятся к своему здоровью ($p=0,004$), они имеют представление о культуре питания ($p=0,003$), способны выстраивать конструктивные взаимоотношения с окружающими ($p=0,010$), в то время как мужчины отличаются проявлением большей физической активности ($p=0,001$). Увеличение уровня образования коррелирует с повышением осведомленности в плане ответственности за свое здоровье ($p=0,038$), в культуре питания ($p=0,002$) и управления стрессовыми ситуациями ($p=0,001$), при этом по фактору межличностных отношений отмечается снижение значений ($p=0,025$).

В нашей выборке участников здоровьесбережения была выявлена удовлетворительная приверженность к принципам ЗОЖ, однако четверть респондентов из группы вела недостаточно здоровый образ жизни (25,34%). В целом врачи отличались меньшей приверженностью к принципам ЗОЖ в сравнении с преподавателями (28,0%

против 22,6%). В ходе опроса 0,9% преподавателей попадали в категорию «ЗОЖ соблюдается плохо», в группе врачей было 4% таких респондентов.

Основной проблемой стала низкая физическая активность, выявленная у 79,3% опрошенных лиц, значимо более низкая у врачей в сравнении с преподавателями (95,6% против 67,56%), низкая ответственность за здоровье (9,9%) и нерациональное питание у преподавателей (3,9%), низкие навыки управления стрессом у врачей (5,3%).

Основной целью этого исследования было выяснить приверженность участников здоровьесбережения к ведению здорового образа жизни. На основании полученных результатов можно говорить о недостаточной приверженности и мотивация врачей и преподавателей к соблюдению принципов ЗОЖ, что играет отрицательную роль в формировании здоровьесберегающего поведения у населения Российской Федерации.

ВЫВОДЫ

1) У участников здоровьесбережения наблюдается недостаточная приверженность к принципам ЗОЖ: четверть респондентов из группы вела недостаточно здоровый образ жизни (25,34%); «плохо» соблюдали принципы ЗОЖ 4% врачей и 0,9% преподавателей.

2) Основной проблемой была низкая физическая активность, выявленная у 79,3% опрошенных лиц (95,6% врачей, 67,56% преподавателей), низкая ответственность за здоровье (9,9%) и нерациональное питание у преподавателей (3,9%), низкие навыки управления стрессом у врачей (5,3%).

3) Недостаточная приверженность врачей и преподавателей к соблюдению принципов ЗОЖ играет отрицательную роль в формировании здоровьесберегающего поведения у населения Российской Федерации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Kushner R.F., Mechanick J.I. Lifestyle Medicine – An Emerging New Discipline. *US Endocrinology*. 2015; 11(1):36–40.
2. Walker S.N., Sechrist K.R., Pender N.J. (1987) The Health-Promoting Lifestyle Profile: development and psychometric characteristics // *Nurs Res* 36, 76–81.
3. National Center for Health Statistics (U.S.) Healthy people 2000. national health promotion and disease prevention objectives: healthy people 2000 final review. <http://www.cdc.gov/nchs/data/hp2000/hp2k01-acc.pdf>. Accessed March 1, 2013.
4. Распоряжение правительства РФ от 31 декабря 2020 года № 3684-р «Программа фундаментальных исследований на период до 2030 года».
5. Бойцов С.А., Самородская И.В., Третьяков В.В. Распространенность факторов риска неинфекционных заболеваний, ресурсная обеспеченность систем здравоохранения и экономических показателей в трех группах стран Европейского региона с разным уровнем ожидаемой продолжительности предстоящей жизни // *Профилактическая медицина*, 2015. – № 3. – С. 4–11.
6. Гурвич В.Б., Кузьмин С.В., Ярушин С.В., Диконская О.В., Никонов Б.И., Малых О.Л., Кочнева Н.И., Дерстуганова Т.М. Методические подходы к обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия на основе методологии управления риском для здоровья населения // *Гигиена и санитария*, 2015. – № 2. – С. 82–88.
7. Калинина А.М., Гилязетдинов Д.Ф., Олейников В.Г., Стоногина В.П., Михайлова Н.В., Лахман Е.Ю., Олейникова Н.В. Школа здоровья для пациентов – важнейший фактор качества медицинской помощи // *Профилактика заболеваний и укрепление здоровья*, 2004. – № 2. – С. 3–10.
8. Масленникова Г.Я., Бойцов С.А., Оганов Р.Г., Аксельрод С.В., Есин П.Е. Неинфекционные заболевания как глобальная проблема здравоохранения, роль ВОЗ в ее решении // *Профилактическая медицина*, 2015. – № 1. – С. 9–13.
9. Щепин О.П., Коротких Р.В., Трегубов Ю.Г., Голикова Д.В. Роль профилактических мероприятий в укреплении здоровья населения России // *Проблемы социальной гигиены и история медицины*, 2010. – № 4. – С. 3–7.
10. Стародубов В.И., Зарубина Т.В., Сидоров К.В., Швырев С.Л., Раузина С.Е., Королева Ю.И. Нормативно-справочная информация при построении электронного здравоохранения в России: взгляд на проблему // *Врач и информационные технологии*, 2017. – № 2. – С. 19–28.
11. Haruyama Y., Fukuda H., Arai T., Muto T. (2013) Change in lifestyle through health promotion program without face-to-face intervention in a large-scale Japanese enterprise // *J Occup Health* 55, 74–83.
12. Frank E., Wright E.H., Serdula M.K., Elon L.K., Baldwin G. (2002) Personal and professional nutrition-related practices of US female physicians // *Am J Clin Nutr* 75, 326–32.
13. Jonsdottir I.H., Börjesson M., Ahlborg G.Jr. (2011) Healthcare workers' participation in a healthy-lifestyle-promotion project in western Sweden // *BMC Public Health* 11, 448–56.
14. Helfand B.K., Mukamal K.J. (2013) Healthcare and lifestyle practices of healthcare workers: do healthcare workers practice what they preach? // *JAMA Intern Med* 173, 242–4.
15. Undertaking Nursing Interventions Throughout Europe (UNITE) Study Group (2002) A survey of coronary risk factors in a cohort of cardiac nurses from Europe: do nurses practise what they preach? // *Eur J Cardiovasc Nurs* 1, 57–60.
16. Gueorguieva R., Sindelar J.L., Falba T.A., Fletcher J.M., Keenan P., Wu R., Gallo W.T. (2009) The impact of occupation on self-rated health: cross-sectional and longitudinal evidence from the health and retirement survey // *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 64, 118–24.
17. Исаев А.А., Никифоров Г.С., Родионова Е.А. Психология профессионального здоровья: обзор концепций // *Учёные записки Санкт-Петербургского государственного института психологии и социальной работы*. – 2019. – Том 32. – № 2. – С. 114–122.
18. Pratt M. et al. Can Population Levels of Physical Activity Be Increased? Global Evidence and Experience // *Progress in Cardiovascular Diseases*. 2015; 57(4):356–367.
19. Sallis R. et al. Strategies for Promoting Physical Activity in Clinical Practice // *Progress in Cardiovascular Diseases*. 2015; 57(4):375–386.
20. Dubnov-Raz G., Berry E.M., Shemer O., Constantini N.W. (2011) [Who will take care of the caretaker? Lifestyle recommendations for physicians] *Harefuah* 150, 583–7, 617.
21. Петраш М.Д., Стрижицкая О.Ю., Муртазина И.Р. Валидизация опросника «Профиль здорового образа жизни» на российской выборке // *Консультативная психология и психотерапия*, 2018. – Т. 26. – № 3. – С. 164–190. DOI: 10.17759/cpp.2018260309.

REFERENCES

1. Kushner R.F., Mechanick J.I. Lifestyle Medicine – An Emerging New Discipline. U.S. Endocrinology. 2015; 11(1):36–40.
2. Walker S.N., Sechrist K.R., Pender N.J. (1987) The Health-Promoting Lifestyle Profile: development and psychometric characteristics // Nurs Res 36, 76–81.
3. National Center for Health Statistics (U.S.) Healthy people 2000. national health promotion and disease prevention objectives: healthy people 2000 final review. <http://www.cdc.gov/nchs/data/hp2000/hp2k01-acc.pdf>. Accessed March 1, 2013.
4. Decree of the Government of the Russian Federation of December 31, 2020 No. 3684-r "Program of fundamental research for the period up to 2030 (in Russian)".
5. Boitsov S.A., Samorodskaya I.V., Tretyakov V.V. The prevalence of risk factors for non-communicable diseases, resource provision of health care systems and economic indicators in three groups of countries in the European region with different levels of life expectancy // Preventive Medicine, 2015. – № 3. – C.4–11. (in Russian).
6. Gurchich V.B., Kuzmin S.V., Yarushin S.V., Dikonskaya O.V., Nikonov B.I., Malykh O.L., Kochneva N.I., Derstuganova T.M. Methodological approaches to ensuring sanitary and epidemiological well-being based on the methodology of risk management for public health // Hygiene and Sanitation, 2015. – № 2. – P. 82–88 (in Russian).
7. Kalinina A.M., Gilyazetdinov D.F., Oleinikov V.G., Stonogina V.P., Mikhailova N.V., Lakhman E.Yu., Oleinikova N.V. School of health for patients – the most important factor in the quality of medical care // Disease Prevention and Health Promotion, 2004. – №2. – P.3–10 (in Russian).
8. Maslennikova G.Ya., Boitsov S.A., Oganov R.G., Axelrod S.V., Esin P.E. Non-communicable diseases as a global health problem, the role of WHO in its solution // Preventive Medicine, 2015. – № 1. – P. 9–13. (in Russian).
9. Shchepin O.P., Korotkikh R.V., Tregubov Yu.G., Golikova D.V. The role of preventive measures in strengthening the health of the population of Russia // Problems of social hygiene and the history of medicine, 2010. – № 4. – P. 3–7 (in Russian).
10. Starodubov V.I., Zarubina T.V., Sidorov K.V., Shvyrev S.L., Rauczina S.E., Korolyova Yu.I. Regulatory and reference information when building e-health in Russia: a look at the problem // Doctor and Information Technologies, 2017. – № 2. – P. 19–28. (in Russian).
11. Haruyama Y., Fukuda H., Arai T., Muto T. (2013) Change in lifestyle through health promotion program without face-to-face intervention in a large-scale Japanese enterprise // J Occup Health 55, 74–83.
12. Frank E., Wright E.H., Serdula M.K., Elon L.K., Baldwin G. (2002). Personal and professional nutrition-related practices of US female physicians // Am J Clin Nutr 75, 326–32.
13. Jonsdottir I.H., Börjesson M., Ahlborg G.Jr. (2011) Healthcare workers' participation in a healthy-lifestyle-promotion project in western Sweden // BMC Public Health 11, 448–56.
14. Helfand B.K., Mukamal K.J. (2013) Healthcare and lifestyle practices of healthcare workers: do healthcare workers practice what they preach? // JAMA Intern Med 173, 242–4.
15. Undertaking Nursing Interventions Throughout Europe (UNITE) Study Group (2002) A survey of coronary risk factors in a cohort of cardiac nurses from Europe: do nurses practice what they preach? // Eur J Cardiovasc Nurs 1, 57–60.
16. Gueorguieva R., Sindelar J.L., Falba T.A., Fletcher J.M., Keenan P., Wu R., Gallo W.T. (2009) The impact of occupation on self-rated health: cross-sectional and longitudinal evidence from the health and retirement survey // J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci 64, 118–24.
17. Isaev A.A., Nikiforov G.S., Rodionova E.A. Psychology of occupational health: a review of concepts. Scientific notes of the St. Petersburg State Institute of Psychology and Social Work. – 2019. – Volume 32. – No. 2. – P. 114–122 (in Russian).
18. Pratt M. et al. Can Population Levels of Physical Activity Be Increased? Global Evidence and Experience // Progress in Cardiovascular Diseases. 2015; 57(4):356–367.
19. Sallis R. et al. Strategies for Promoting Physical Activity in Clinical Practice // Progress in Cardiovascular Diseases. 2015; 57(4):375–386.
20. Dubnov-Raz G., Berry E.M., Shemer O., Constantini N.W. (2011) [Who will take care of the caretaker? Lifestyle recommendations for physicians] Harefuah 150, 583–7, 617.
21. Petrash M.D., Strizhitskaya O.Yu., Murtazina I.R. Validation of the Healthy Lifestyle Profile Questionnaire on the Russian Sample // Consultative Psychology and Psychotherapy. – 2018. – Volume 26. – No. 3. – P. 164–190. (in Russian). DOI:10.17759/cpp.2018260309

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ/ABOUT THE AUTHORS

Алленов Андрей Михайлович – к.м.н., старший научный сотрудник ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья им. Н.А. Семашко», г. Москва, Россия; главный врач Городской поликлиники № 210 Департамента здравоохранения города Москвы, г. Москва, Россия.

Andrey M. Allenov – PhD, Senior Researcher, N.A. Semashko National Research Institute of Public Health, Moscow, Russia; chief Physician of the City Polyclinic No. 210 of the Department of Health of the City of Moscow, Moscow, Russia.

ORCID: 0000-0001-8144-9421. E-mail: allenovandrey@yandex.ru.

Макарова Екатерина Владимировна – к.м.н., старший научный сотрудник ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья им. Н.А. Семашко», г. Москва, Россия; научный сотрудник научно-исследовательской лаборатории «Оценки технологий здравоохранения и клиничко-экономической экспертизы» ФГБОУ ВО «МГМСУ им. А.И. Евдокимова» Минздрава России, г. Москва, Россия.

Ekaterina V. Makarova – PhD, Senior Researcher, N.A. Semashko National Research Institute of Public Health, Moscow, Russia; researcher of the research laboratory “Assessment of health technologies and clinical and economic expertise” A.I. Yevdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry, Moscow, Russia.

ORCID: 0000-0003-3767-8475. E-mail: rue-royal@inbox.ru.

Макарова Вероника Игоревна – научный сотрудник ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья им. Н.А. Семашко», г. Москва, Россия.

Veronika I. Makarova – Researcher, N.A. Semashko National Research Institute of Public Health, Moscow, Russia. E-mail: veronamakarova@mail.ru.

Бенеславская Ольга Александровна – научный сотрудник ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья им. Н.А. Семашко», г. Москва, Россия.

Olga A. Beneslavskaya – Researcher, N.A. Semashko National Research Institute of Public Health, Moscow, Russia.

ORCID: 0000-0003-3757-5062. E-mail: beneslavskaya@yandex.ru.

Васильев Михаил Дмитриевич – к.м.н., старший научный сотрудник ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья им. Н.А. Семашко», г. Москва, Россия; Государственное бюджетное учреждение города Москвы «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы», г. Москва, Россия.

Mikhail D. Vasiliev – PhD, Senior Researcher, N.A. Semashko National Research Institute of Public Health, Moscow, Russia; State budgetary institution of the Moscow city “Scientific Research Institute of Health Organization and Medical Management of Moscow City Health Department”, Moscow, Russia.

ORCID: 0000-0003-1646-7345. E-mail: m.vasilev@mail.ru.

НАУЧНОЕ ОБОСНОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПЕРВИЧНОЙ И ВТОРИЧНОЙ (СКРИНИНГА) ПРОФИЛАКТИКИ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ

Д.Г. ЗАРИДЗЕ¹, И.С. СТИЛИДИ², А.Ф. МУКЕРИЯ³

^{1,2,3} ФГБУ НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина Минздрава России, г. Москва, Россия

УДК: 614.2

DOI: 10.21045/2782-1676-2022-2-4-15-23

Аннотация

Получены неопровержимые научные данные эффективности вакцинации против вируса папилломы человека (ВПЧ). В рандомизированных клинических исследованиях показано, что все три вакцины: двухвалентная (CERVARIX), четырехвалентная (GARDASIL) и девятивалентная (GARDASIL9) предотвращают распространение инфекции и развитие цервикальных интраэпителиальных неоплазий (ЦИН 1–3), рака in situ и инвазивного рака шейки матки (РШМ). Результаты клинических исследований получили подтверждение на практике, в реальной жизни, в странах, где вакцинацию против ВПЧ включили в национальный календарь иммунизации более 15 лет назад и в 2006–2008 годах начали прививать 12–13 летних девочек, а через несколько лет и мальчиков. Долгосрочные наблюдения за когортами женщин показали, что ВПЧ-вакцинация безопасна.

В 2020 году Генеральный директор ВОЗ объявил о начале реализации эпохальной инициативы и официально представил стратегию по элиминации РШМ как проблемы общественного здоровья. Документ включает промежуточные цели на 2030 г.: вакцинация 90% девочек до достижения 15-летнего возраста, скрининг, основанный на ВПЧ ДНК-тестировании 70% женщин в возрасте 35 и 45 лет, адекватное лечение 90% женщин с патологией шейки матки, выявленной при скрининге, лечение 90% женщин с диагнозом предрака и рака шейки матки. Под элиминацией РШМ ВОЗ подразумевает снижение заболеваемости до 4 случаев на 100 000 женщин, т.е. до уровня редкой болезни. Эта цель будет достигнута странами, которые начали вакцинацию девочек 15 лет назад, в 2006–08 годах. В России заболеваемость РШМ растет и прогнозируется дальнейший ее рост. Стандартизованный по мировому стандартному населению показатель на 100 000 женского населения вырос с 10,2 в 1993 году до 16,1 в 2018 г. В 2030 году он достигнет 20 на 100 000 женского населения.

Вакцинация против ВПЧ и скрининг изменят направление тренда от роста к снижению и сохранят несколько сотен тысяч жизней.

Ключевые слова: рак шейки матки (РШМ), вирус папилломы человека (ВПЧ), заболеваемость, смертность, профилактика, вакцинация, скрининг, прогноз.

Для цитирования: Заридзе Д.Г., Стилиди И.С., Мукерия А.Ф. Научное обоснование эффективности первичной и вторичной (скрининга) профилактики рака шейки матки // Общественное здоровье. 2022, 2(4):15–23. DOI: 10.21045/2782-1676-2022-2-4-15-23.

Контактная информация: Заридзе Давид Георгиевич, e-mail: dgzaridze@crc.umos.ru.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Статья поступила в редакцию: 21.12.2021. **Статья принята к печати:** 02.02.2022. **Дата публикации:** 07.11.2022.

UDC: 614.2

DOI: 10.21045/2782-1676-2022-2-4-15-23

SCIENTIFIC EVIDENCE FOR THE EFFECTIVENESS OF PRIMARY AND SECONDARY (SCREENING) PREVENTION OF CERVICAL CANCER

D.G. Zaridze¹, I.S. Stilidi², A.F. Mukeria³

^{1,2,3} N.N. Blokhin National Medical Research Center of Oncology, Moscow, Russia.

Abstract

The evidence of HPV vaccination effectiveness is overwhelming. The randomized clinical trials showed that all three vaccines currently in use, bivalent (CERVARIX), quadrivalent (GARDASIL) and nonavalent (GARDASIL9) effectively prevent HPV infection, cervical intraepithelial neoplasia (CIN) 1–3 and invasive cervical cancer. The results of clinical trials have been confirmed by real life evidence – population data from countries where vaccination of 12–13 girls

started in 2006–08. HPV vaccination is safe. This is proven by long term follow up of the cohorts of vaccinated women. In 2020 the WHO Director-General has issued a call for action to eliminate cervical cancer as a public health problem. The document includes the interim targets for 2030: vaccination of 90% of girls by 15 years; HPV testing based screening at age 35 and 45 of 70% of women; treatment of 90% of women with screening detected cervical pathology; treatment of 90% of women with precancerous lesions and cancer of the cervix. Under elimination of cervical cancer WHO means the decrease in its incidence down to 4 cases per 100 000 population. This goal will be achieved by 2030 in countries that started HPV vaccination 15 years ago in 2006–2007.

In Russia incidence of cervical cancer is on increase since 1993 from 10, 2 to 16, 1 in 2018. It is predicted that the increase will continue and in 2030 the age standardized incidence rate will reach 20 per 100 000 women. HPV vaccination and HPV test based screening will change the direction of the trend from increase to decrease and save several hundreds of lives

Keywords: cervical cancer (CC), human papillomavirus (HPV), morbidity, mortality, prevention, vaccination, screening, prognosis.

For citation: Zaridze D.G., Stilidi I.S., Mukeria A.F. Scientific evidence for the effectiveness of primary and secondary (screening) prevention of cervical cancer // Public health. 2022; 2(4):15–23. DOI: 10.21045/2782-1676-2022-2-4-15-23.

Corresponding author: David G. Zaridze, e-mail: dgzaridze@crc.umos.ru

Conflict of interest. The authors declare that there is no conflict of interest.

На 73-й сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения 17 ноября 2020 года Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) выступила с объявлением о начале реализации эпохальной инициативы и официально представила стратегию по ликвидации рака шейки матки (РШМ). В документе отмечается, что наступил момент для реализации амбициозной, согласованной и всеобъемлющей стратегии, направленной на ускорение ликвидации РШМ как проблемы здравоохранения. «Болезнь, которая сейчас представляет собой одну из самых больших неудач мирового общественного здравоохранения, может быть ликвидирована». В Глобальном плане действий ВОЗ по профилактике инфекционных заболеваний и борьбе с ними на 2013–2030 гг. вакцинация против вируса папилломы человека (ВПЧ) и скрининг РШМ отнесены к «решениям, оптимальным по затратам». В документе предложены целевые показатели для ликвидации РШМ до 2030 г., которые включают охват вакцинацией 90% девочек в возрасте до 15 лет и скрининг РШМ в 35 и 45 лет, т.е. 2 раза в течение жизни женщины. В документе представлена конкретная программа для действий [1].

Возникает вопрос, достаточно ли у ВОЗ оснований для такого заявления и насколько убедительны данные об эффективности вакцинации для профилактики РШМ и других

ассоциированных с ВПЧ злокачественных опухолей? На чем основываются рекомендации ВОЗ по скринингу два раза в течение жизни женщины, которые отличаются от предыдущих рекомендаций?

Попробуем ответить на поставленные вопросы. Начнем издалека. Уровень научных доказательств канцерогенности ВПЧ самый высокий и основан на критериях Международного агентства по изучению рака (МАИР). Наряду с ВПЧ высокого риска 16 и 18 типов классифицированы как канцерогенные для человека, т.е. отнесены к группе 1 еще 11 типов: ВПЧ 31, ВПЧ 33, ВПЧ 35, ВПЧ 39, ВПЧ 45, ВПЧ 51, ВПЧ 52, ВПЧ 56, ВПЧ 58, ВПЧ 59 [2, 3].

Персистирующая инфекция ВПЧ является основной причиной развития цервикальных интраэпителиальных неоплазий (ЦИН 1,2,3) и 97% случаев инвазивного РШМ. Кроме того, ВПЧ – причина многих других форм рака. Однако доля опухолей, непосредственной причиной которых является инфекция ВПЧ, для этих форм рака несколько ниже: 69% для рака вульвы, 75% – рака влагалища, 63% – рака полового члена, 89% – рака ануса у мужчин и 93% рака ануса у женщин, 72% – рака ротоглотки у мужчин и 63% рака ротоглотки у женщин [2, 3].

Для профилактики заражения ВПЧ и, соответственно, РШМ и других опухолей, причиной развития которых являются эти вирусы, созданы и рекомендованы для применения

вакцины: двух-, четырех- и девятивалентная, по количеству вирусов, против которых эта вакцина направлена: Cervarix® – эта вакцина, направленная против 16 и 18 типов ВПЧ, двух вирусов высокого риска, которые вызывают более 70% всех случаев РШМ и еще более высокий процент других генитальных раков. Gardasil® – вакцина, которая направлена против еще двух типов ВПЧ – 6 и 11, которые являются причиной развития 90% генитальных кондилом. Gardasil® 9 предупреждает инфицированность четырьмя вышеперечисленными типами ВПЧ и дополнительно включает защиту от 5 типов, вызывающих другие формы рака [4–6]. В России рекомендованы к использованию Cervarix® и Gardasil®.

В рандомизированных клинических исследованиях с высокой научной достоверностью доказана эффективность этих вакцин для профилактики ЦИН 1–3, карциномы *in situ* и инвазивного РШМ, и их безопасность. В двух рандомизированных клинических исследованиях эффективности 3 доз четырехвалентной вакцины (GARDASIL), в которые были включены 5500 и 10 000 женщин, с конечной точкой – CIN1,2,3, эффективность вакцинации была 98–100% у ВПЧ наивных женщин и 45–74% у женщин, инфицированных ВПЧ до вакцинации. В рандомизированных исследованиях также доказана эффективность двухвалентной (CERVARIX) и девятивалентных вакцин (GARDASIL9). Двухвалентная вакцина достоверно на 92% снижала заболеваемость ЦИН у женщин, которые были свободны от ВПЧ до вакцинации, и на 42% у всей когорты вакцинированных женщин, включая инфицированных ВПЧ до вакцинации. Результаты в значительной степени зависели от возраста проведения вакцинации. Наибольшая эффективность вакцинации для предотвращения инфекции была отмечена у женщин, вакцинированных в возрасте 12–14 лет [7–10]. Для более детального знакомства с этими исследованиями см. Заридзе и соавт. (2020) [11].

Прослеживание когорт, входящих в вышеупомянутые клинические исследования, показало, что эффективность двух доз ВПЧ не ниже эффективности трех доз. Для даль-

нейшего изучения влияния дозы на эффективность вакцинопрофилактики, проведен анализ эффективности двух и одной дозы вакцины, по сравнению с тремя дозами на объединенных данных двух исследований: Costa Rica Vaccine Trial и Patricia. Анализ включал 22 327 женщин, получивших 3 дозы вакцины двухвалентной ВПЧ 16/18 вакцины, 1185 женщин, которые получили две дозы и 543 женщин, получивших одну дозу. В объединенной когорте эффективность вакцины у женщин, получивших три дозы, составила 77,0% (95% ДИ 74,7%–79,1%), две дозы 76,0% (95% ДИ 62,0% to 85,3%) и одну дозу 75,7% (95% ДИ 70,7%–93,7%); разница в эффективности вакцины была статистически незначима (p тренда=0,36). В когорте свободных до вакцинации от ВПЧ инфекции женщин были получены аналогичные результаты. Эффективность вакцины была несколько ниже у женщин, получивших одну дозу 77,5% (95% ДИ 60,9%–97,1%), по сравнению с женщинами, получившими три 81,4% (95% ДИ 78,7%–83,8%) и две дозы 81,2% (95% ДИ 59,5%–92,3%) [12].

Доказана эффективность вакцин в реальной жизни, т.е. в странах, которые начали вакцинировать подростков в 2006–2007 году. Вакцинация предупреждает инфицированность среди вакцинированных, а в популяции стран, где охват вакцинацией был высоким (>70%), имеет место перекрестный иммунитет. Вакцинация предупреждает развитие предраковых заболеваний шейки матки (ЦИН 2–3). Это в равной степени касается всех трех вакцин – Cervarix, Gardasil и Gardasil 9. Вынужденно ограниченный опыт вакцинации в России, в частности в Московской области, подтверждает эффективность четырехвалентной вакцины Gardasil для профилактики предраковых изменений шейки матки [13].

Вакцинация снижает заболеваемость инвазивным РШМ. Первое опубликованное исследование на эту тему основано на данных Финского канцер-регистра и, хотя количество наблюдений в этом исследовании небольшое, мы не имеем право его не осветить. В вакцинированной когорте женщин, которые

наблюдались более 7 лет, не было ни одного случая рака, ассоциированного с ВПЧ, в то время как в когорте невакцинированных женщин диагностировано 8 РШМ, 1 – рак вульвы и 1 рак ротоглотки. Таким образом, эффективность вакцины 100%, хотя 95% ДИ (6–100) достаточно широкий, ввиду малого количества наблюдений [14].

В популяционном регистре Швеции с 2006 по 2017 гг. прослеживались 1 672 983 девочек и женщин в возрасте 10–30 лет. РШМ был диагностирован у 19 иммунизированных четырехвалентной вакциной (Gardasil) и у 538 женщин, не получивших вакцину. Кумулятивная заболеваемость была 47 и 94 на 100 000 женщин, у вакцинированных и невакцинированных женщин, соответственно. Заболеваемость РШМ у вакцинированных до 17 лет женщин была на 88% (ОР = 0,12; 95% ДИ 0,00–0,34) ниже по сравнению с невакцинированными женщинами. У женщин, вакцинированных в возрасте 17–30 лет, эффективность вакцинации была менее выражена: заболеваемость РШМ была на 53% ниже (ОР = 0,47; 95% ДИ 0,27–0,75), чем у невакцинированных женщин [15].

Согласно опубликованной в декабре 2021 года в журнале Lancet статье, ВПЧ-вакцинация в Англии привела, практически, к полной элиминации РШМ у женщин, рожденных после 1 сентября 1995 года. Рутинная вакцинация двухвалентной вакциной Cervarix девочек, в возрасте 12–13 лет была начата в 2008 году, с дальнейшим подключением 14–18 летних девочек. Анализ показал, что вакцинация привела к снижению заболеваемости РШМ на 34% у женщин, вакцинированных в возрасте 16–18 лет, на 62% – у вакцинированных 14–16 лет и на 87% – у вакцинированных 12–13 лет, по сравнению с невакцинированными женщинами. Аналогичные результаты были получены по эффекту вакцинации на ЦИН 3. Риск развития ЦИН 3 был снижен на 39% (95% CI 36–41) у женщин, получивших вакцину в 16–18 лет, на 75% (72–77) – у вакцинированных в 14–16 лет и на 97% (96–98) – у вакцинированных в возрасте 12–13 лет [16].

Глобальный Комитет по Безопасности Вакцин ВОЗ (2017) считает, что вакцинация против

ВПЧ безопасна. С момента лицензирования в 2006 году были применены 270 миллионов доз вакцин против ВПЧ. Анализ данных безопасности вакцин был проведен Комитетом в 2008, 2009, 2013, 2014 и 2015 годах. Комитет изучил данные, которые связывали случаи анафилактического шока и обморочных состояний с ВПЧ-вакцинацией. Комитет показал, что риск анафилактического шока равен 1,7 случаев на 1 миллион доз, а обморочные состояния были расценены как обычная реакция на волнение и страх, предшествующий уколу. Комитет не обнаружил никаких других отрицательных реакций на вакцинацию и заключил, что вакцинация против ВПЧ безопасна. Миф о том, что вакцинация отрицательно влияет на репродуктивную функцию женщин, также развеян. Долгосрочное наблюдение за привитыми женщинами показало, что нет достоверной разницы между контрольной и опытной группой в серьезных побочных эффектах, таких как осложнения беременности, вновь диагностированные хронические заболевания, аутоиммунные болезни, нервные болезни [17].

Эффективность национальных программ ВПЧ-вакцинации подростков превзошла ожидаемые результаты и явилась стимулом для изучения эффективности вакцинации взрослых женщин. Исследования оправдали надежды ученых. Результаты рандомизированных исследований четырех-, двух- и девятивалентной вакцины показали, что эффективность вакцинации 25–55 летних ВПЧ-наивных женщин достигает 85–90%, а у инфицированных до вакцинации женщин эффективность вакцинации ниже 50% [18–20]. На основании полученных данных в США одобрено и рекомендовано вакцинирование девятивалентной вакциной женщин и мужчин старшего возраста (27–45 лет) [21].

В 2016 году была сформулирована концепция HPV-FASTER, т.е. ВПЧ-БЫСТРЕЕ, смысл которой заключается в комбинированном эффекте ВПЧ-скрининга и масштабной ВПЧ-вакцинации для предотвращения РШМ среди женщин среднего возраста. Стратегия HPV-FASTER предлагает: продолжать общую плановую вакцинацию девочек 9–14 лет

и увеличивать их охват; расширить приглашение на вакцинацию женщин 25–30 лет; рекомендовать ВПЧ-скрининг и ВПЧ-вакцинацию женщинам 30–45 лет независимо от их ВПЧ-статуса; вовлекать лиц мужского пола в программы плановой вакцинации в возрасте 9–14 лет с расширением охвата до 26 лет там, где это возможно. Внедрение в практику протокола HPV-FASTER приведет к увеличению когорт подростков, вакцинированных до начала половой жизни, что уже полностью учтено всеми национальными руководствами и составными кампаниями ВОЗ по элиминации РШМ; ВПЧ негативные женщины старше 25 лет будут полностью защищены от всех вакцинных типов ВПЧ, а ВПЧ положительные получают защиту от новых или повторных заражений отличных от исходных вакцинных типов с учетом клинического мониторинга имеющейся патологии. Гендерно-нейтральная вакцинация повысит популяционный иммунитет, защитит мужчин от ВПЧ ассоциированных ЗО и сделает программу более устойчивой к сбоям в условиях, например, чрезвычайной ситуации COVID-19 [22].

Недавно разработана еще более продвинутая концепция, направленная на ускорение ликвидации РШМ – EVEN FASTER – ЕЩЕ БЫТРЕЕ. Она рекомендует использовать показатель репродуктивной способности ВПЧ (или связанных с ним показателей) для определения оптимальных возрастных групп для проведения целевых кампаний по вакцинации и скринингу вместо долгосрочных программ. Предлагается сначала определить оптимальный максимальный возраст для вакцинации против ВПЧ, учитывая вклад каждой возрастной группы в циркуляцию инфекции ВПЧ в популяции, используя базовое репродуктивное число (R_0). R_0 характеризует степень распространения инфекции в конкретной популяции. $R_0 < 1$ свидетельствует о том, что инфекция в конечном итоге исчезнет. R_0 определяется рядом зависимых факторов, например, сексуальным поведением, которое, в свою очередь, регулируется региональными социальными нормами. Одноразовая расширенная догоняющая (невакцинированных) ВПЧ

вакцинация в когортах рождения с $R_0 > 1$ легко осуществима. Вакцинация – эффективный способ снизить R_0 ниже 1 [23].

Стратегия ВОЗ под ликвидацией РШМ подразумевает снижение к 2030 г. заболеваемости этой формой рака до уровня редких опухолей, а именно до 4 случаев на 100 000 женского населения. Эта цель будет достигнута странами, которые включили ВПЧ-вакцинацию в национальный календарь иммунизации в 2006–2008 годах, а именно Австралией, Великобританией, Швецией, Финляндией и другими. В Австралии, например, прогнозируется, что в 2030 заболеваемость РШМ будет 4/100 000, а смертность меньше 1/100 000 женского населения. В 110 странах, в которых ВПЧ-вакцинация уже внедрена в практику здравоохранения, снижение заболеваемости до уровня редких опухолей – реальная задача. Это касается и стран с низким и средним уровнем дохода. Цель может быть достигнута к 2065–75 гг. [24, 25].

Учитывая, что ВПЧ-вакцинация подростков может повлиять на заболеваемость и смертность от РШМ и других ассоциированных с ВПЧ раков не раньше, чем через 20–25 лет после ее начала, обязательным компонентом программы ликвидации РШМ должен быть скрининг в 35 и 45 лет, т.е. 2 раза в течение жизни женщины, с использованием HPV-тестирования как первичного скрининг-теста. Тестирование на ВПЧ отличается очень высокой чувствительностью и высокой прогностичностью отрицательного результата, а это означает, что женщинам с отрицательным тестом проходить следующее обследование в течение 7–10 лет не требуется. Чувствительность ВПЧ-тестирования по данным, полученным в США и некоторых Европейских странах, равна 96%, в то время как чувствительность цитологического исследования почти в 2 раза ниже и равна 56%. При этом специфичность методов, практически одинаковая и равна 91% и 96% соответственно. Анализ Европейских рандомизированных исследований показал статистически достоверное преимущество ВПЧ-тестирования по сравнению с цитологическим исследованием для

выявления ЦИН 3+ [26]. Учитывая высокую эффективность ВПЧ тестирования, в идеале страны должны перейти к выявлению ВПЧ в качестве основного метода скрининга РШМ с последующим цитологическим исследованием мазков у женщин с положительным ВПЧ-тестом. Для оценки состояния и ведения пациенток, имеющих положительный результат теста на ВПЧ, разработаны научно обоснованные стратегии [1, 27].

Новые рекомендации ВОЗ по скринингу РШМ отдают предпочтение методу тестирования на ВПЧ ДНК, по сравнению с цитологическим исследованием (РАР-тест), на основании того, что этот метод выявляет ВПЧ высокого риска, которые являются причиной РШМ. Кроме того, ВПЧ ДНК-тестирование – объективный метод, исключающий ошибки при интерпретации результатов. ВПЧ ДНК-тест проще для применения и, что самое главное, он предотвращает развитие большего числа предрака и РШМ и сохраняет больше жизней, чем РАР-тест. ВПЧ ДНК-тест более эффективен при исследовании мазков, полученных самими женщинами, и этот метод взятия мазков получает все большее предпочтение у женщин и, соответственно, большее распространение. Очень существенно, что цитологическому исследованию подвергаются только ВПЧ положительные женщины, т.е. не более 30–40% женщин, проходящих скрининг. И, наконец, ВПЧ ДНК-тестирование экономически более эффективно (cost-effective) в качестве первичного теста, чем цитологический метод [28].

В 2020 г. опубликованы работы, в которых прогнозируется заболеваемость и смертность от РШМ до конца 21 века в результате внедрения стратегии ВОЗ. В статье Brisson et al. [24] представлен прогноз заболеваемости РШМ на 2045 год и достижения цели, поставленной ВОЗ – снижения заболеваемости до 4 случаев на 100 000 населения [24]. В анализ включены страны с низким и средним уровнем дохода по регионам классификации Всемирного банка. В регионе «Европа и Средняя Азия», где средний показатель заболеваемости РШМ составил в 2020 году 15,7 на 100 000

населения, только вакцинация девочек приведет к снижению к 2045 году заболеваемости до 11,8, т.е. 22,9%; в результате вакцинации + ВПЧ-скрининга 1 раз в жизни к 2045 году заболеваемость РШМ снизится до 8,9 (43,2%); вакцинация + скрининг 2 раза в жизни приведет к снижению заболеваемости РШМ на 51% или до 7,7/100 000. Все страны (100%) этого региона достигнут поставленной ВОЗ цели 4 случаев на 100 000 населения к 2065 году, если они будут следовать рекомендациям ВОЗ, т.е. вакцинации 90% девочек до 15 лет, ВПЧ-скрининга 2 раза в жизни. Менее амбициозная цель – 10 случаев РШМ на 100 000 может быть достигнута этими странами в 2048 году.

Прогноз смертности РШМ, проведенный Canfell et al [25], также показал преимущество вакцинации только девочек, в комбинации со скринингом 1 раз в жизни и эффективным лечением выявленных при скрининге заболеваний шейки матки, по сравнению с только вакцинацией [25]. Только вакцинация снизит смертность к 2030 году на 0,2%, по сравнению с исходной смертностью (status quo). Вакцинация + скрининг 1 раз в жизни и адекватное лечение снижает смертность на 34,7%. Скрининг 2 раза в жизни не меняет результата. К 2070 г. смертность снижается на 76,1% у вакцинированных женщин, вакцинация, совмещенная со скринингом 1 раз в жизни и адекватным лечением, приводит к 94% снижению смертности.

Заболеваемость РШМ в России растет. Стандартизованный по мировому стандартному населению показатель (СПЗ) на 100 000 женского населения вырос на 59% с 10,2 в 1993 году до 16,1 в 2018 году. Прогнозируется, что заболеваемость в 2030 году достигнет 20,0, т.е. вырастет, по сравнению с 2018 годом на 25%, а по сравнению с 1992 годом – на 100%, т.е. показатель заболеваемости удвоится (рис. 1). Снижение смертности от РШМ с 8,4 в 1968 до 4,8 в 1992 приостановилось. Стандартизованный показатель смертности (СПС) практически не изменился в течение последующих почти 20 лет и составил 5,1 на 100 000 женского населения в 2018 году. По прогнозу смертность от РШМ в России останется

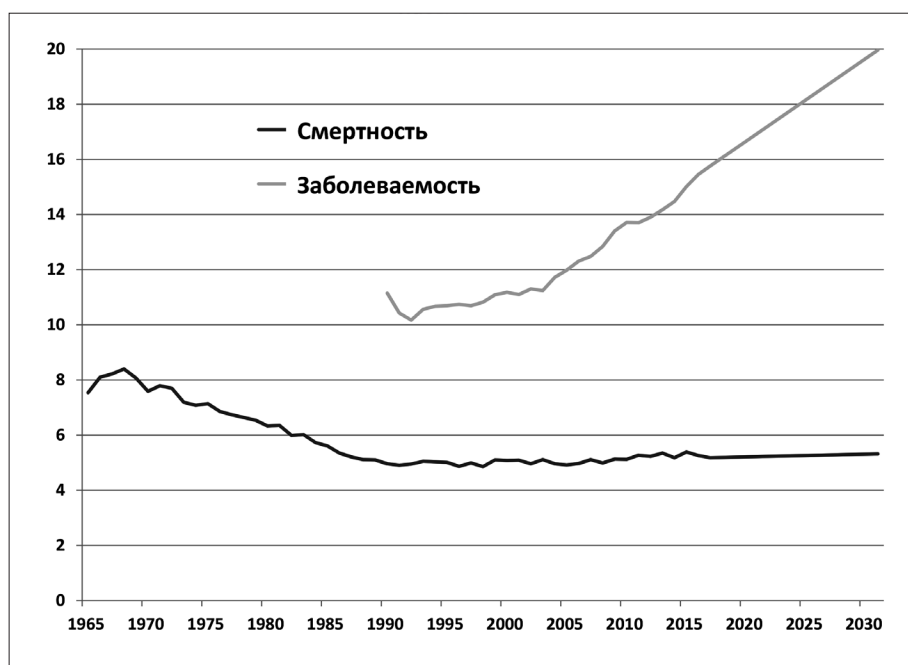


Рис. 1. Динамика и прогноз до 2030 г. заболеваемости и смертности от рака шейки матки в России (стандартизованные по мировому стандартному населению показатели на 100 000 женского населения).

неизменной, в то время как в большинстве стран мира она будет снижаться. Сравнение СПС от РШМ в России с соответствующими показателями в мире не в нашу пользу. Смертность от РШМ в нашей стране выше, чем в развитых странах, включая наших соседей: Польшу и Венгрию (рис. 2). Детальный анализ заболеваемости и смертности от РШМ представлен в статье Заридзе и соавт. (2020) [29].

По прогнозам, проведенным Международным агентством по изучению рака, из 8 млн. девочек, рожденных в России в 2005–2014 гг., РШМ заболеют 130 000, умрут около 40 000. Вакцинация против ВПЧ может предотвратить 80–90%, т.е. 105 000–120 000 случаев РШМ только в этой когорте [30]. Однако учитывая, что этот прогноз основан на заболеваемости в 2018 г. и не принимает в расчет рост заболеваемости – прогнозируемые цифры заболевания, смерти и потенциально предотвратимых случаев РШМ занижены.

На основании представленных научных данных можно заключить, что эффективность

вакцинопрофилактики РШМ доказана на самом высоком уровне достоверности. В связи с этим становится очевидной необходимость как можно более оперативного решения вопроса организации массовой ВПЧ-вакцинации подростков обоих полов в возрасте 9–14 лет и скрининга, основанного на ВПЧ ДНК-тестировании 2 раза в течение жизни, в 35 и 45 лет. Подобная мера позволит значительно снизить заболеваемость и смертность от рака шейки матки и других онкологических заболеваний, ассоциированных с вирусом папилломы человека.

РШМ – болезнь молодых женщин. Рост заболеваемости и смертности от РШМ, в первую очередь, серьезно отразится на репродуктивном потенциале нескольких поколений молодых женщин в течение всего 21 века, а, соответственно, на демографической структуре населения России. Вакцинация против ВПЧ и скрининг изменят направление тренда от роста к снижению и сохранят несколько сотен тысяч жизней.

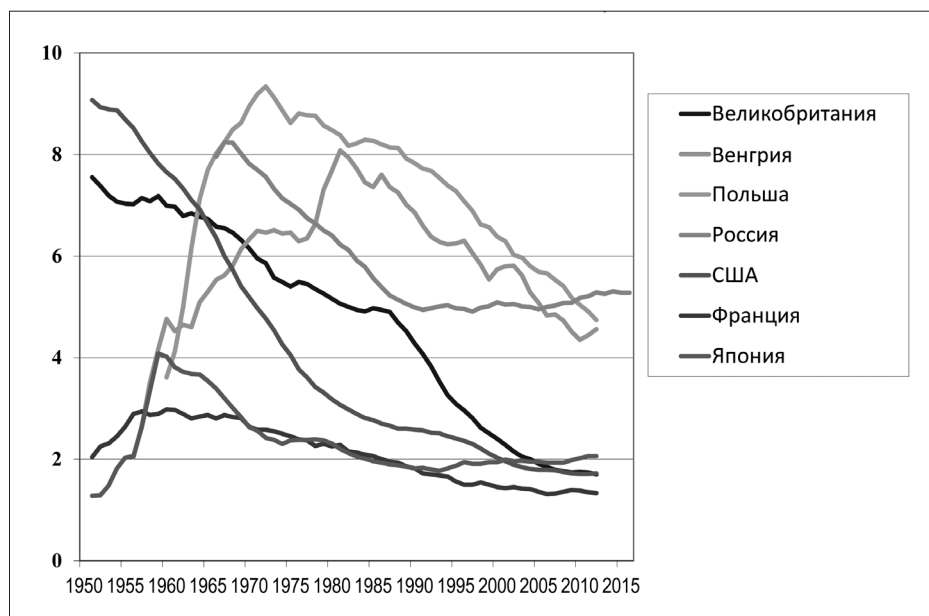


Рис. 2. Динамика смертности от рака шейки матки (Стандартизованный по возрасту стандартного мирового населения показатель на 100 000 населения).

ЛИТЕРАТУРА

1. WHO. Cervical cancer elimination initiative. <https://www.who.int/initiatives/cervical-cancer-elimination-initiative>
2. IARC Working Group on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans. Human papillomaviruses // IARC Monogr Eval Carcinog Risks Hum. – Vol. 64. Lyon, France: IARC Press; 1995. – P. 1–378.
3. IARC Working Group on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans. Human papillomaviruses // IARC Monogr Eval Carcinog Risks Hum. – Vol. 90. – Lyon, France: IARC Press; 2007. – P. 1–636.
4. WHO. Department of Immunization, Vaccines and Biological. Initiative for Vaccine Research. Human papillomavirus and HPV vaccines: technical information for policy-makers and health professionals – Geneva, Switzerland: WHO Press; 2007.
5. WHO. Expanded Program on Immunization (EPI) of the Department of Immunization, Vaccines and Biological. Report of the HPV vaccine delivery meeting: identifying needs for implementation & research – Geneva, Switzerland: WHO Press; 2012.
6. IARC. HPV Working Group. Primary End-points for Prophylactic HPV Vaccine Trials. Lyon (FR): International Agency for Research on Cancer. – Lyon, France: IARC Press; 2014.
7. Заридзе Д.Г., Мукерия А.Ф., Стилиди И.С. Вакцинация против ВПЧ – наиболее эффективный из известных методов первичной профилактики злокачественных опухолей // Практическая онкология. – 2020. – Vol. 21. – № 2. – P. 123–130.
8. Garland SM., Hernandez-Avila M., Wheeler CM. et al. Quadrivalent vaccine against human papillomavirus to prevent anogenital diseases // N Engl J Med. – 2007. – Vol. 356. – № 19. – P. 1928–43.
9. The FUTURE II Study Group. Quadrivalent vaccine against human papillomavirus to prevent high-grade cervical lesions N Engl J Med– 2007. – Vol. 356. – № 19. – P. 1915–1927.
10. Paavonen J., Jenkins D., Bosch FX. et al. Efficacy of a prophylactic adjuvanted bivalent L1 virus-like-particle vaccine against infection with human papillomavirus types 16 and 18 in young women: an interim analysis of a phase III double-blind, randomised controlled trial // Lancet. – 2007. – Vol. 369. – № 9580. – P. 2161–2170.
11. Lehtinen M., Paavonen J., Wheeler C.M. et al. Overall efficacy of HPV-16/18 AS04-adjuvanted vaccine against grade 3 or greater cervical intraepithelial neoplasia: 4-year end-of-study analysis of the randomised, double-blind PATRICIA trial // Lancet Oncol. – 2012. – Vol. 13. – № 1. – P. 89–99.
12. Kreimer AR., Struyf F., Del Rosario-Raymundo MR. et al. Efficacy of fewer than three doses of an HPV-16/18 AS04-adjuvanted vaccine: combined analysis of data from the Costa Rica Vaccine and PATRICIA Trials // Lancet Oncol. – 2015. – Vol. 16. – № 7. – P. 775–86.

13. Краснополяский В. И., Логутова Л. С., Зароченцева Н. В. и др. Результаты вакцинопрофилактики ВПЧ-ассоциированных заболеваний и рака шейки матки в Московской области // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2015. – Vol. 15. – № 3. – P. 9–14.
14. Luostarinen T., Apter D., Dillner J. et al. Vaccination protects against invasive HPV-associated cancers // *Int J Cancer*. – 2018. – Vol. 142. – № 10. – P. 2186–2187.
15. Lei J., Ploner A., Elfström K.M. et al. HPV Vaccination and the Risk of Invasive Cervical Cancer // *N Engl J Med*. – 2020. – Vol. 383. – № 14. – P. 1340–1348.
16. Falcão M., Castañón A., Ndlela B. et al. The effects of the national HPV vaccination programme in England, UK, on cervical cancer and grade 3 cervical intraepithelial neoplasia incidence: a register-based observational study // *Lancet*. – 2021. – Vol. 398. – № 10316. – P. 2084–2092.
17. Вакцины против вируса папилломы человека: документ по позиции ВОЗ – Еженедельный эпидемиологический бюллетень 12 мая 2017 года, № 19, 2017, 92, 241–268 <http://www.who.int/wer>
18. Castellsagué X., Muñoz N., Pitisuttithum P. et al. End-of-study safety, immunogenicity, and efficacy of quadrivalent HPV (types 6, 11, 16, 18) recombinant vaccine in adult women 24–45 years of age // *Br J Cancer*. – 2011. – Vol. 105. – № 1. – P. 28–37.
19. Wheeler C.M., Skinner S.R., Del Rosario-Raymundo M.R. et al. Efficacy, safety, and immunogenicity of the human papillomavirus 16/18 AS04-adjuvanted vaccine in women older than 25 years: 7-year follow-up of the phase 3, double-blind, randomised controlled VIVIANE study // *Lancet Infect Dis*. – 2016. – Vol. 16. – № 10. – P. 1154–1168.
20. Bosch FX., Robles C. HPV-FASTER: Combined strategies of HPV vaccination and HPV screening towards a one visit for cervical cancer preventive campaigns // *Salud Publica Mex*. – 2018. – Vol. 60. – № 6. – P. 612–616.
21. FDA approves expanded use of Gardasil 9 to include individuals 27 through 45 years old. <https://www.fda.gov/news-events/press-announcements/fda-approves-expanded-use-gardasil-9-include-individuals-27-through-45-years-old>
22. Robles C., Pavón M.A., Díaz Sanchís M., Bosch X. (November 2021). HPV-FASTER: searching for strategies to serve the cervical cancer elimination campaign in COVID-19 times. www.HPVWorld.com, 183.
23. Dillner J., Elfström M., Baussano I. (November 2021). The EVEN FASTER concept for cervical cancer elimination. www.HPVWorld.com, 182.
24. Brisson M., Kim J.J., Canfell K. et al. Impact of HPV vaccination and cervical screening on cervical cancer elimination: a comparative modelling analysis in 78 low-income and lower-middle-income countries // *Lancet*. – 2020. – Vol. 395. – № 10224. – P. 575–590.
25. Canfell K., Kim J.J., Brisson M. et al. Mortality impact of achieving WHO cervical cancer elimination targets: a comparative modelling analysis in 78 low-income and lower-middle-income countries // *Lancet*. – 2020. – Vol. 395. – № 10224. – P. 591–603.
26. Cuzick J., Clavel C., Petry K.U. et al. Overview of the European and North American studies on HPV testing in primary cervical cancer screening // *Int J Cancer*. – 2006. – Vol. 119. – № 5. – P. 1095–1101.
27. WHO. Global strategy to accelerate the elimination of cervical cancer as a public health problem. World Health Organization. – 2020. – P1–52. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/336583>.
28. WHO guideline for screening and treatment of cervical pre-cancer lesions for cervical cancer prevention, second edition. Geneva: World Health Organization. 2021.
29. Заридзе Д. Г., Максимович Д. М., Стилиди И. С. Рак шейки матки и другие ВПЧ ассоциированные опухоли в России // *Вопросы онкологии*. – 2020. – Vol. 66. – № 4. – P. 325–335.
30. Bonjour M., Charvat H., Franco E.L. et al. Global estimates of expected and preventable cervical cancers among girls born between 2005 and 2014: a birth cohort analysis // *Lancet Public Health*. – 2021. – Vol. 6. – № 7. – P. e510–e521. Published Online April 14, 2021.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ/ABOUT THE AUTHORS

Заридзе Давид Георгиевич – д-р мед. наук, профессор, член-корреспондент РАН, руководитель отдела клинической эпидемиологии, НИИ КО, ФГБУ НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина Минздрава России, г. Москва, Россия.

David G. Zaridze – D.Sc (Medicine), Professor, Corresponding Member of RAS, Head of the Department of Clinical Epidemiology, Research Institute of Clinical Oncology, N.N. Blokhin National Medical Research Center of Oncology, Moscow, Russia. E-mail: dgzaridze@crc.umos.ru. ORCID: 0000-0002-2824-3704. SPIN-code: 9739-1250.

Стилиди Иван Сократович – д-р мед. наук, профессор, академик РАН, директор НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина, г. Москва, Россия.

Ivan S. Stilidi – D.Sc (Medicine), Professor, Academician of RAS, Director of N.N. Blokhin National Medical Research Center of Oncology, Moscow, Russia. SPIN-code: 9622-7106.

Ануш Феликсовна Мукерия – д-р мед. наук, ведущий научный сотрудник отдела клинической эпидемиологии, НИИ КО, ФГБУ НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина Минздрава России, г. Москва, Россия.

Anush F. Mukeria – D.Sc (Medicine), Senior scientist, Department of Clinical Epidemiology, Research Institute of Clinical Oncology, N.N. Blokhin National Medical Research Center of Oncology, Moscow, Russia. E-mail: amukeria@mail.ru. ORCID: 0000-0002-6847-9295. SPIN-код: 8622-9340.

ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ – ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ ВЫБОР И/ИЛИ СОХРАНЕНИЕ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ: КРИТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ РЕГИОНАЛЬНОГО СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Т.В. СКЛЯРОВА¹, Р.Р. ЯХИНА², Е.Б. КУРЛОВА³

¹ ФГБОУ ВО «Саратовский государственный технический университет имени Гагарина Ю.А.», г. Саратов, Россия;

^{1, 2, 3} ГУЗ «Саратовский областной центр общественного здоровья и медицинской профилактики», г. Саратов, Россия;

² Министерство здравоохранения Саратовской области, г. Саратов, Россия.

УДК: 614.2

DOI: 10.21045/2782-1676-2022-2-4-24-32

Аннотация

Введение. В статье представлен результат регионального социологического исследования, направленного на изучение общественного здоровья. Объектом исследования стали социальные установки граждан в отношении диспансеризации, а также отношение к здоровьесбережению. В результате авторского исследования и интерпретации полученных данных был осуществлен социологический анализ степени информированности и готовности населения к самосохранительному поведению на примере прохождения диспансеризации, что позволило предложить ряд механизмов повышения эффективности стратегий укрепления общественного здоровья.

Цель: опираясь на научно-практический опыт, выявить механизмы повышения социальной ответственности индивида за сохранение и поддержание своего здоровья.

Методы: теоретическое обобщение, контент-анализ, вторичный анализ эмпирических данных, качественные и количественные методы социологических исследований.

Результаты. Выявлены механизмы повышения эффективности диспансеризации и осознанной готовности социально-активного населения к сохранению и поддержанию здоровья.

Заключение. Эффективным ресурсом в поддержании и сохранении социального потенциала здоровья на сегодняшний день могут выступать центры общественного здоровья, реализующие корпоративные программы и работодатель.

Ключевые слова: общественное здоровье, социология здоровья, социальная политика, диспансеризация населения, корпоративная программа.

Для цитирования: Склярова Т.В., Яхина Р.Р., Курлова Е.Б. Диспансеризация – индивидуальный выбор и/или сохранение общественного здоровья: критический анализ результатов регионального социологического исследования // Общественное здоровье. 2022, 2(4):24–32. DOI: 10.21045/2782-1676-2022-2-4-24-32.

Контактная информация: Склярова Татьяна Валентиновна, e-mail: skliarovatv@gmail.com

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Статья поступила в редакцию: 19.09.2022. **Статья принята к печати:** 12.10.2022. **Дата публикации:** 07.11.2022.

UDC: 614.2

DOI: 10.21045/2782-1676-2022-2-4-24-32

DISPANSERIZATION IS AN INDIVIDUAL CHOICE AND/OR PRESERVATION OF PUBLIC HEALTH: A CRITICAL ANALYSIS OF THE RESULTS OF A REGIONAL SOCIOLOGICAL RESEARCH**T.V. Skliarova¹, R.R. Yakhina², E.B. Kurlova³**¹ Yuri Gagarin state technical university of Saratov, Saratov, Russia;^{1, 2, 3} Saratov Regional Center for Public Health and Medical Prevention, Saratov, Russia;² Ministry of Health of the Saratov Region, Saratov, Russia.**Abstract**

Introduction. The article presents the result of a regional sociological study aimed at studying public health. The object of the study was the social attitudes of citizens in relation to clinical examination, as well as their attitude to health saving. As a result of the author's research and interpretation of the data obtained, a sociological analysis of the degree of awareness and readiness of the population for self-preserving behavior was carried out using the example of undergoing clinical examination. This made it possible to propose a number of mechanisms to improve the effectiveness of public health promotion strategies.

Target: based on scientific and practical experience, to identify mechanisms for increasing the social responsibility of the individual for the preservation and maintenance of his health.

Methods: theoretical generalization, content analysis, secondary analysis of empirical data, qualitative and quantitative methods of sociological research.

Results. Mechanisms for increasing the effectiveness of clinical examination and the conscious readiness of the socially active population to preserve and maintain health have been identified.

Conclusion. An effective resource in maintaining and preserving the social potential of health today can be public health centers that implement corporate programs and the employer.

Keywords: public health, sociology of health, social policy, medical examination of the population, corporate program.

For citation: Skliarova T.V., Yakhina R.R., Kurlova E.B. Dispanserization is an individual choice and/or preservation of public health: a critical analysis of the results of a regional sociological research // Public health. 2022; 2(4):24–32. DOI: 10.21045/2782-1676-2022-2-4-24-32.

Corresponding author: Tatiana V. Skliarova, e-mail: skliarovatv@gmail.com

Conflict of interests. The authors declare that there is no conflict of interests.

ВВЕДЕНИЕ

Системы здравоохранения многих стран сталкиваются с необходимостью быстрого реагирования на возникающие социальные и демографические вызовы: экономические и политические кризисы, старение населения, рост миграционных потоков, распространение различных неинфекционных заболеваний, приводящих к ранней смерти, инвалидизации и снижающих качество жизни [1, С. 3]. Как следствие, происходит увеличение расходов любого государства на здравоохранение, что неизбежно создает дополнительную нагрузку на бюджет страны и социальную политику, а также повышает расходы населения, связанные с ростом стоимости лечения, прохождением реабилитации, поддержанием состояния здоровья и условий жизни на уровне стандартов качества (E. Feng-Gu, J. Everett, 2021) [2]. Несмотря на

имеющийся массив научно-исследовательских данных, степень актуальности изучения общественного здоровья лишь возрастает.

Для России, как и для большинства стран мира, здоровье нации является приоритетным направлением государственной политики. Эта позиция подтверждается социальной политикой, направленной на охрану здоровья граждан [3–8]. Приоритетными задачами выступают снижение смертности населения, снижение уровня развития различных заболеваний, повышение продолжительности и качества жизни [9]. Помимо доминирующих задач снижения уровня смертности, заболеваемости и инвалидизации различных групп населения (национальный проект «Здравоохранение»), серьезное внимание уделяется превентивным и профилактическим мероприятиям, способствующим сохранению и улучшению здоровья нации, активному включению физической культуры и спорта в повседневные практики,

в том числе формированию социально-ответственного отношения к своему здоровью (национальный проект «Демография»).

Интерес государства к проблемам сохранения здоровья населения не случаен. По данным Всемирной организации здравоохранения (далее – ВОЗ) в 2019 году основными причинами смертности в мире стали сердечно-сосудистые заболевания, респираторные и неонатальные состояния, при этом 7 из 10 причин смертности относятся к неинфекционным заболеваниям. Особое опасение ВОЗ вызывает смертность от рака трахеи, бронхов и легких (6-е место в ряду основных причин), деменции, диабета [10, 11]. А с учетом распространения новой коронавирусной инфекции (COVID-19) мониторинг состояния здоровья становится одной из приоритетных задач, так как позволяет национальным системам здравоохранения своевременно реагировать на эпидемиологическую ситуацию, инициировать мероприятия по лечению, реабилитации и профилактике. Кроме того, на сегодняшний день уже есть научно обоснованные данные, доказывающие, что факторы риска неинфекционных заболеваний осложняют течение и последствия от COVID-19 [11].

Общественное здоровье и стратегии его сохранения всегда были темой для многопрофильного изучения, в котором задействована не только клиническая медицина. Междисциплинарный подход с применением социологии, антропологии, демографии, экономики, экологии позволяет в значительной степени обогатить знания о состоянии здоровья населения [12], поскольку сочетание биомедицинских и социологических методов анализа способствуют появлению и внедрению новых практик сохранения здоровья и механизмов борьбы с болезнями [13]. При этом, дискуссии о стратегиях укрепления общественного здоровья, в значительной степени должны опираться на понимании того, насколько сами граждане готовы укреплять и поддерживать здоровье (E. C. Covert, A. M. Baker, O. Gilani, 2021) [14]. И в этой связи большую роль играют социологические мониторинги, позволяющие выявлять уровень грамотности

и информированности населения в вопросах здоровьесбережения, а также самооценку состояния здоровья [15, 16].

ЦЕЛЬЮ настоящего исследования стал поиск механизмов повышения эффективности формирования и сохранения общественного здоровья с использованием социологических методов анализа.

В **задачи** исследования входило проведение теоретического обзора и обобщение массива данных научно-исследовательских работ по проблеме формирования и сохранения общественного здоровья; критический анализ уровней социальной системы, влияющих на индивидуальные стратегии и практики здоровьесбережения; обоснование авторского подхода к повышению социальной ответственности индивида за состояние своего здоровья (на примере результатов региональных исследований).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для достижения поставленной цели и решения выделенных задач был осуществлен авторский контент-анализ исследований, проводимых отечественными и зарубежными учеными в области здравоохранения, социологии здоровья, социологии медицины, медицинской антропологии; проведен вторичный анализ данных отечественных исследований; выявлены и интерпретированы уровни влияния социальных детерминант населения (микро-, мезо-, экзо-, макро-); разработана оригинальная программа социологического мониторинга общественного здоровья; предложен механизм, повышающий эффективность диспансеризации и формирующий осознанную ответственность населения за поддержание и сохранение здоровья. В период с февраля по март 2022 года **ГУЗ «Саратовский областной центр общественного здоровья и медицинской профилактики»** проведено пилотное социологическое исследование, целью которого было изучение осведомленности населения о роли и задачах диспансеризации, в том числе углублённой.

Теоретической рамкой исследования стал структурно-функциональный подход в интерпретации процессов, происходящих в современном обществе; теория социального действия М. Вебера [17, 18], теория социальных систем и действий Т. Парсонса [19, 20] и теория экологических систем У. Бронфенбреннора [21].

Рабочей гипотезой выдвигалось мнение о том, что степень информированности населения о диспансеризации находится на высоком уровне, в то время как степень готовности проходить диспансеризацию достаточно низкая. Причинами такого противоречия является как слабая заинтересованность населения, так и низкая мотивация работодателей в вовлечении трудоспособного населения в первичный скрининг факторов риска развития неинфекционных заболеваний. Условно анкета была разделена на 2 блока вопросов: осведомленность о диспансеризации (вопросы №№ 1–6) и результативность диспансеризации (вопросы №№ 7–12). Вопрос № 13 о наличии у респондентов различных заболеваний мы рассматривали как вспомогательный, а также как объясняющий готовность/неготовность проходить диспансеризацию.

В опросе приняли участие жители городов Саратова, Энгельса, Балаково (N=200), из них 35% респондентов были мужчины, 65% – женщины; по 5 возрастным группам, где 49% опрошенных составляла «молодежная» группа до 31 года, 85% трудоспособного населения (до 55 лет). Выборка была случайной и проводилась по принципу «снежный ком».

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Институт здравоохранения, как и любая социальная система (по Т. Парсонсу), представлен интеракциями между индивидами, которые детерминированы определенными целями, задачами, установками, где каждый человек выступает и как субъект, и как объект взаимодействия: с одной стороны мы ориентируемся на существующие образцы и нормы поведения, с другой – поддерживаем

и транслируем эти образцы окружающим [19]. Система находится в постоянном изменении и взаимообмене с окружающей средой, выполняя функции адаптации, целедостижения, интеграции и латентности. В контексте данной статьи, адаптация системы представлена реакцией на изменения, происходящие во внешней среде и вырабатываемыми механизмами приспособления к новым условиям (корректировка нормативно-правовых актов, создание дополнительных структур). Функция целедостижения реализуется путем выявления и диагностики первичных симптомов развития заболеваний (регулярный мониторинг состояния здоровья и диспансеризация населения). Интеграция системы выражается в координации всех процессов и действий участников (деятельность управлений здравоохранения, медицинских учреждений, центров общественного здоровья). Латентная функция направлена на непрерывное воспроизводство наиболее эффективных ценностных установок и практик здоровьесбережения (семья, друзья, ближайшее окружение, трудовые коллективы).

Поскольку государство выделяет ресурсы (экономические, технические, человеческие) для поддержания и сохранения здоровья населения, то очевидным результатом усилий должно становиться улучшение уровня здоровья населения и повышение качества жизни. Однако успешность социальной политики связана не только с экономическими и техническими возможностями, усилиями профессионального сообщества (медицинскими работниками, учеными, организаторами здравоохранения). Получение ожидаемого результата, в первую очередь, обусловлено тем, как к формированию и охране здоровья относится сам человек, его экономические и социокультурные детерминанты (образование, образ и место жизни) [22].

Влияние социальных детерминант на уровень и сохранение здоровья очевидно, о чем свидетельствуют исследования последних лет. Озабоченность проблемами, так называемых болезней «образа жизни» (табакокурение, алкоголизм, малоподвижный образ

жизни, неправильное питание) объясняется постоянно растущими показателями развития неинфекционных заболеваний [11, 14]. В этой связи все чаще поднимается вопрос об индивидуальной ответственности человека за свое здоровье [2], а, следовательно, и готовности осуществлять конкретные превентивные действия, например, регулярное прохождение диспансеризации и мониторинг состояния здоровья. Иными словами, мы говорим о социальной ответственности каждого человека в отношении состояния своего здоровья. То есть, на личностном (микро-) уровне должно формироваться рациональное поведение, основанное на осознанной мотивации [21]. В нашем случае целью рационального поведения является личная заинтересованность в сохранении и укреплении здоровья.

Таким образом, трактуя «образ жизни» человека и его отношение к своему здоровью в понимании социального действия М. Вебера, мы приходим к идее о том, что только целерациональное поведение может выступать неким буфером, предотвращающим развитие неинфекционных заболеваний, приводящих к инвалидизации и смерти. То есть для индивида «субъективно подразумеваемый смысл» вести здоровый образ жизни и ответственно относиться к состоянию своего здоровья, включая регулярный мониторинг (в нашем случае прохождение диспансеризации) должен основываться не только на пользе, но и на экономических предпосылках [18].

Традиционно принято возлагать ответственность за сохранение здоровья на систему здравоохранения, а научно-исследовательская литература и публичные дискуссии в сфере общественного здоровья часто опираются на патерналистскую позицию в оценке эффективности социальной политики. Но насколько обосновано такое одностороннее усилие в общественном здоровье для современной ситуации [2]? Здесь неизбежно возникает вопрос о том, должен и может ли быть применен патернализм в вопросах общественного здоровья. Должны ли простые граждане – не пациенты – подвергаться давлению в вопросах самосохранения и здорового образа

жизни? И где должна располагаться та разумная грань, когда человек имеет право самостоятельно решать вопрос о целесообразности прохождения диспансеризации, или же достижение общественного здоровья допускает некоторое принуждение и давление [23]. Иными словами, допустима ли в вопросах сохранения общественного здоровья позитивная дискриминация и/или манипулирование для того, чтобы каждый человек имел возможность реализовать свой «потенциал здоровья» на протяжении всей жизни [24]?

В поиске ответов на поставленные вопросы оптимальным механизмом решения может рассматриваться деятельность Центров общественного здоровья и медицинской профилактики (далее – Центр), направленная на межсекторное координирование, детерминацию и анализ динамики формирования осознанного отношения граждан к своему здоровью. По данным статистики, в России сегодня существует 83 Центра, которые реализуют региональные, муниципальные и корпоративные программы здоровья [25, 26]. Важным этапом работы Центров является проведение регулярного социологического мониторинга и изучение процессов формирования и укрепления общественного здоровья на протяжении всей жизни.

В ходе исследования был осуществлен критический анализ процесса информирования населения по вопросам диспансеризации, а также вторичный анализ данных федерального мониторинга 2013 года [16]. Так, на сегодняшний день наиболее эффективными каналами информирования населения выступают СМИ и микроуровень (ближайшее окружение). При этом значительно снизилась «включенность» профессионального сообщества в информировании населения, однако появился новый источник – страховые компании, что может косвенно свидетельствовать о «вхождении в обиход» страховой медицины и стать дополнительным ресурсом информирования и мотивации.

В 76% случаев наши респонденты были осведомлены о том, где можно пройти диспансеризацию (в том числе углубленную

постковидную), что может быть связано с необходимостью прохождения реабилитации (обращение внимания на состояние здоровья) после перенесенной новой коронавирусной инфекции (75% респондентов либо сами, либо их родственники перенесли COVID-19).

Несмотря на хорошие показатели информированности населения, лишь 19% опрошенных респондентов в течение последнего года прошли диспансеризацию. Основными причинами «непрохождения» стали **«отсутствие времени» и «отсутствие потребности»**. Такое отношение к обследованию может быть связано как с отсутствием серьезных и диагностированных заболеваний, так и с возрастным диапазоном респондентов: по субъективной оценке респондентов, подавляющему большинству врач никогда не говорил о том, что у них имеются гипертоническая болезнь – 76%; ишемическая болезнь сердца – 96%; хроническое заболевание бронхов или легких – 91%; туберкулез – 99%; сахарный диабет или повышенный уровень сахара в крови – 90%; заболевания желудка – 82%; хроническое заболевание почек – 91%; злокачественное новообразование – 98%; повышенный уровень холестерина – 72%.

Полученные в ходе исследования результаты выступают одним из подтверждений гипотезы: «молодежная» группа до 31 года, как правило, не имеет серьезных хронических заболеваний, поэтому отношение к вопросам диспансеризации и сохранения здоровья для них рассматривается как «дальняя перспектива».

Вопрос № 6 «Оцените пожалуйста значимость прохождения диспансеризации по 5-ти балльной шкале (необходимо оценить каждое из высказываний, где 5 – полностью согласен, 1 – полностью не согласен)» показал, во-первых, уровень знаний респондентов о целях диспансеризации, во-вторых, степень ее значимости. Так, полностью согласны с тем, что диспансеризация является «инструментом» выявления онкозаболеваний 57% респондентов; 53% опрошенных отметили, что прохождение диспансеризации способствует раннему выявлению хронических неинфекционных

заболеваний, в том числе после перенесенной новой коронавирусной инфекции; для 55% это выявление факторов риска развития заболеваний; для 50% – снижение риска инвалидизации, смерти. По результатам анализа данного вопроса можно сделать заключение, что для большинства респондентов не только понятны цели и задачи диспансеризации, но продемонстрирована высокая степень значимости данной процедуры.

Изучение результативности прохождения диспансеризации и, в том числе отношение работодателя к данной процедуре, основанные на анкетах 19% респондентов, позволило обнаружить ряд проблемных зон: готовность медицинской организации к оперативному оказанию профилактических услуг населению, которая может быть связана с расписанием работы профильных кабинетов и/или врачей; логистикой и/или маршрутами диспансеризации; а также качество проведения и готовность самих специалистов акцентировать внимание на профилактическом консультировании. Как в случае индивидуального выбора человека проходить диспансеризацию, так и при выполнении профессиональных обязанностей медицинским работником, важно исходить из целерационального социального действия.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Общественное здоровье как коллективное действие, моделируется и ориентируется на индивидуальное поведение. Очевидно, что каждый человек, являясь субъективным и объективным деятелем социальной системы, оказывает влияние на благополучие, ценностные и поведенческие установки как на микроуровень (семья, близкие родственники), так и на макроуровень (общество), тем самым формируя и транслируя здоровьесберегающие практики и технологии будущему поколению.

Эффективным ресурсом повышения социальной ответственности граждан в сохранении и поддержании своего здоровья

выступают центры общественного здоровья и медицинской профилактики. Данные организации сегодня являются связующим звеном и межведомственным координатором в развитии социального партнерства.

Внедрение и реализация корпоративных программ укрепления здоровья могут

рассматриваться как эффективный ресурс в формировании и укреплении общественного здоровья на протяжении всей жизни, а также в изучении факторов риска распространённости неинфекционных заболеваний и повышении грамотности населения по вопросам общественного здоровья.

ЛИТЕРАТУРА

1. Люблянское заявление о справедливости в отношении здоровья. Ускорить прогресс на пути к обеспечению здоровой и благополучной жизни для всех жителей Европейского региона ВОЗ Конференция высокого уровня 11–13 июня 2019 г., Любляна, Словения. URL: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/403941/Ljubljana-Statement-on-Health-Equity_RU_FINAL.pdf (Дата обращения к ресурсу: 10.05.2022).
2. Feng-Gu E., Everett J., Brown R. C. H., Maslen H., Oakley J., Savulescu J. Prospective Intention-Based Lifestyle Contracts: mHealth Technology and Responsibility in Healthcare /Health Care Analysis (2021) 29:189–212 <https://doi.org/10.1007/s10728-020-00424-8> (Дата обращения к ресурсу: 03.05.2022).
3. Приказ Минздрава России от 29.10.2020 № 1177н «Об утверждении Порядка организации и осуществления профилактики неинфекционных заболеваний и проведения мероприятий по формированию здорового образа жизни в медицинских организациях».
4. Приказ Минздрава России от 29.12.2020 № 1399н «Об установлении требований к организации и выполнению работ (услуг) по организации здравоохранения и общественному здоровью, а также по медицинской статистике» (Зарегистрировано в Минюсте России 06.04.2021 № 63003).
5. Конституция Российской Федерации (Указ Президента от 3 июля 2020 года «Об официальном опубликовании Конституции Российской Федерации с внесенными в нее поправками»). Текст размещен на «Официальном интернет-портале правовой информации» (<https://pravo.gov.ru>). Ст. 41, 72).
6. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
7. Федеральный закон от 23 февраля 2013 г. № 15-ФЗ «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака или потребления никотинсодержащей продукции».
8. Приказ Роспотребнадзора РФ от 20 сентября 2010 года № 341 «Об утверждении методических рекомендаций по социально-гигиеническому мониторингу».
9. Указ президента РФ от 6 июня 2019 года № 254 «О Стратегии развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2025 года». URL: <https://docs.cntd.ru/document/554815875> (Дата обращения к ресурсу: 03.05.2022).
10. ВОЗ <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death> (Дата обращения к ресурсу: 03.05.2022).
11. Салагай О. О., Сошкина К. В., Летникова Л. И., Стародубов В. И., Драпкина О. М., Хальфин Р. А., Кобякова О. С., Хабриев Р. У. Общественное здоровье в «год коронавируса» // Общественное здоровье. 2021; 1(1):7–18. <https://doi.org/10.21045/2782-1676-2021-1-1-7-18>.
12. Бугаева И. А. Социальные проблемы охраны здоровья населения российских малых городов (социологический анализ). Автореф. На соискание степени канд. социол. наук, С.-Петербург, 2016).
13. Cullen M. R., Baiocchi M., Chamberlain L., Chu I., Horwitz R. I., Mello M., O'Hara A., Roos S. Population health science as a unifying foundation for translational clinical and public health research // Population Health 18 (2022) 101047.
14. Covert E. C., Baker A. M., Gilani O. Evaluating clinical and demographic influences on health perception: A translation of the SF-12 for use with NHANES // Population Health 18 (2022) 101081.
15. Зубкова Т. С., Замятина Е. С., Халтурина Д. А. Система индикаторов поведенческих факторов риска России на национальном и региональном уровнях // Общественное здоровье. 2021; 1(4):56–67. <https://doi.org/10.21045/2782-1676-2021-1-4-56-67>.
16. Яковлева Т. В., Вылегжанин С. В., Бойцов С. А., Калинина А. М., Ипатов П. В. Диспансеризация взрослого населения Российской Федерации: первый год реализации, опыт, результаты, перспективы <http://vestnik.mednet.ru/content/view/579/30> (Дата обращения к ресурсу: 03.05.2022).
17. Вебер М. Избранные произведения. М.: Прогресс. 1990. – 808 с.

18. Вебер М. Избранные произведения. Открытый электронный ресурс URL: https://bookscafe.net/read/veber_maks-izbrannye_proizvedeniya-229902.html#p12 (Дата обращения к ресурсу: 13.05.2022).
19. Парсонс Т. Система современных обществ/Пер. с англ. Л.А. Седова и А.Д. Ковалева. Под ред. М.С. Ковалевой. – М.: Аспект Пресс, 1998. – 270 с.
20. Ритцер Дж. Р90 Современные социологические теории. 5-е изд. – СПб.: Питер, 2002. – 688 с/С. 118–119
21. Bronfenbrenner U. The Ecology of Human Development. Cambridge, MA. Harvard University Press, 1979.
22. Стародубов В.И., Сон И.М., Сененко А.Ш., Короткова А.В., Леонов С.А., Цешковский М.С., Евдаков В.А., Бондаренко А.А. Общественное здравоохранение и формирование единого профилактического пространства // Менеджер в здравоохранении, 2016. – № 4. – С. 6–12. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/obschestvennoe-zdravoohranenie-i-formirovanie-edinogo-profilakticheskogo-prostranstva> (Дата обращения к ресурсу: 06.05.2022 г.).
23. Coggon J., Viens A. M. Collateral Paternalism and Liberal Critiques of Public Health Policy: Diminishing Theoretical Demandingness and Accommodating the Devil in the Detail Health Care Analysis (2020) 28:372–381 <https://doi.org/10.1007/s10728-020-00417-7> (Дата обращения к ресурсу: 03.05.2022).
24. Здоровье-2020: основы европейской политики и стратегия для XXI века. Евробюро ВОЗ, Копенгаген. 2013. – 248 с. URL: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/215432/Health2020-Long-Rus.pdf (Дата обращения к ресурсу: 07.05.2022).
25. Руководство для Центров общественного здоровья и медицинской профилактики – М.: ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России, 2021. – 296 с.
26. Общественное здоровье в цифрах // Общественное здоровье. 2021; 1(3):60.

REFERENCES

1. Ljubljana Health Equity Statement. Accelerate progress towards a healthy and prosperous life for all people in the WHO European Region High-level Conference 11–13 June 2019, Ljubljana, Slovenia. URL: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/403941/Ljubljana-Statement-on-Health-Equity_RU_FINAL.pdf (Resource access date: 10.05.2022).
2. Feng-Gu E., Everett J., Brown R. C. H., Maslen H., Oakley J., Savulescu J. Prospective Intention-Based Lifestyle Contracts: mHealth Technology and Responsibility in Healthcare /Health Care Analysis (2021) 29:189–212 <https://doi.org/10.1007/s10728-020-00424-8> (Resource access date: 03.05.2022).
3. Order of the Ministry of Health of Russia dated 29.10.2020 No. 1177n “On Approval of the Procedure for organizing and implementing the prevention of non-communicable diseases and taking measures to form a healthy lifestyle in medical organizations”.
4. Order of the Ministry of Health of Russia dated 29.12.2020 No. 1399n “On Establishing Requirements for the Organization and Performance of Works (Services) in the Organization of Health care and Public Health, as well as in Medical Statistics” (Registered in the Ministry of Justice of Russia on 06.04.2021 No. 63003).
5. The Constitution of the Russian Federation (Presidential Decree of July 3, 2020 “On the Official Publication of the Constitution of the Russian Federation as Amended”, the text is posted on the “Official Internet Portal of Legal Information” (<https://pravo.gov.ru>) Articles 41, 72).
6. Federal Law of 21.11.2011 No. 323-FZ “On the Basics of Protecting the Health of Citizens in the Russian Federation”.
7. Federal Law of February 23, 2013 No. 15-FZ “On protecting the health of citizens from the effects of ambient tobacco smoke and the consequences of tobacco consumption or consumption of nicotine-containing products”.
8. Order of Rospotrebnadzor of the Russian Federation dated September 20, 2010 No. 341 “On Approval of Methodological Recommendations on Social and Hygienic Monitoring”.
9. Decree of the President of the Russian Federation dated June 6, 2019 No. 254 “On the Strategy for the Development of Healthcare in the Russian Federation for the Period yes 2025”. URL: <https://docs.cntd.ru/document/554815875> (Resource access date: 03.05.2022)
10. WHO <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death> (Resource access date: 03.05.2022).
11. Salagay O. O., Soshkina K. V., Letnikova L. I., Starodubov V. I., Drapkina O. M., Khalfin R. A., Kobyakova O. S., Khabriev R. U. Public health in the “year of coronavirus” // Public health. 2021; 1(1):7–18. <https://doi.org/10.21045/2782-1676-2021-1-1-7-18>.
12. Bugaeva I. A. Social problems of protecting the health of the population of Russian small towns (sociological analysis). Autoref. For the degree of Candidate of Social Sciences, St. Petersburg, 2016).
13. Cullen M. R., Baiocchi M., Chamberlain L., Chu I., Horwitz R. I., Mello M., O'Hara A., Roos S. Population health science as a unifying foundation for translational clinical and public health research // Population Health 18 (2022) 101047.
14. Covert E. C., Baker A. M., Gilani O. Evaluating clinical and demographic influences on health perception:

- A translation of the SF-12 for use with NHANES // Population Health 18 (2022) 101081.
15. Zubkova T.S., Zamyatnina E.S., Khalturina D.A. System of indicators of behavioral risk factors of Russia at the national and regional levels // Public health. 2021; 1(4):56–67. <https://doi.org/10.21045/2782-1676-2021-1-4-56-67>.
 16. Yakovleva T.V., Vylegzhanin S.V., Boytsov S.A., Kalina A.M., Ipatov P.V. Clinical examination of the adult population of the Russian Federation: the first year of implementation, experience, results, prospects for <http://vestnik.mednet.ru/content/view/579/30> (Resource access date: 03.05.2022).
 17. Weber M. Selected works. M.: Progress. 1990. – 808 p.
 18. Weber M. Selected works. Open electronic resource URL: https://bookscafe.net/read/weber_maks-izbrannye_proizvedeniya-229902.html#p12 (Resource access date: 13.05.2022).
 19. Parsons T. System of modern societies /Per, s eng. L.A. Sedova i A.D. Kovaleva. Ed. by M.S. Kovaleva. – M.: Aspect Press, 1998. –270 p.
 20. Ritzer J. P90 Modern Sociological Theories. 5th ed. – SPb.: Piter, 2002. – 688 p/ P. 118–119.
 21. Bronfenbrenner U. The Ecology of Human Development. Cambridge, MA. Harvard University Press, 1979.
 22. Starodubov V.I., Son I.M., Senenko A.Sh., Korotkova A.V., Leonov S.A., Tseshkovsky M.S., Evdakov V.A., Bondarenko A.A. Public health care and the formation of a single preventive space // Manager Zdravoohraneniya. – 2016. – No. 4. – P. 6–12 URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/obschestvennoe-zdravoohranenie-i-formirovanie-edinogo-profilakticheskogo-prostranstva> (Resource access date: 06.05.2022).
 23. Coggon J., Viens A.M. Collateral Paternalism and Liberal Critiques of Public Health Policy: Diminishing Theoretical Demandingness and Accommodating the Devil in the Detail Health Care Analysis (2020) 28:372–381 <https://doi.org/10.1007/s10728-020-00417-7> (Resource access date: 03.05.2022).
 24. Health 2020: a European policy framework and strategy for the twenty-first century. WHO European Bureau, Copenhagen. 2013. – 248p. URL: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/215432/Health2020-Long-Rus.pdf (Resource access date: 07.05.2022).
 25. Guidelines for the Centers for Public Health and Medical Prevention – M.: FSBI “NMIC TPM” of the Ministry of Health of Russia, 2021. – 296 p.
 26. Public health in figures // Public health. 2021; 1(3):60.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ/ABOUT THE AUTHORS

Склярова Татьяна Валентиновна – к. соц. н., доцент кафедры «Философия, социология, культурология» ФГБОУ ВО «Саратовский государственный технический университет имени Гагарина Ю.А.», социолог ГУЗ «Саратовский областной центр общественного здоровья и медицинской профилактики», г. Саратов, Россия.

Tatiana V. Skliarova – Ph.D. (Sociology), Associate Professor of the Department of Philosophy, Sociology, Cultural Studies of the Yuri Gagarin state technical university of Saratov, Saratov, Russia; sociologist of the Saratov Regional Center for Public Health and Medical Prevention, Saratov, Russia.
ORCID 0000-0001-5786-1352. E-mail: skliarovatv@gmail.com

Яхина Римма Равильевна – главный врач ГУЗ «Саратовский областной центр общественного здоровья и медицинской профилактики», главный внештатный специалист по медицинской профилактике Министерства здравоохранения Саратовской области, г. Саратов, Россия.

Rimma R. Yakhina – Chief Physician of the State Health Institution “Saratov Regional Center public health and medical prevention, Chief Freelance Specialist in Medical Prevention of the Ministry of Health of the Saratov Region, Saratov, Russia.
E-mail: sarsocmp@mail.ru

Курлова Екатерина Борисовна – зам. главного врача ГУЗ «Саратовский областной центр общественного здоровья и медицинской профилактики», г. Саратов, Россия.

Ekaterina B. Kurlova – deputy Chief Physician of the State Health Institution “Saratov Regional Center public health and medical prevention”, Saratov, Russia.
E-mail: sarsocmp@mail.ru

МЕНТАЛЬНОЕ ЗДОРОВЬЕ СТУДЕНТОВ ИНКЛЮЗИВНОГО ВУЗА КАК ПОКАЗАТЕЛЬ ИХ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ

Л.Ю. БЕЛЕНКОВА¹, И.В. МИХАЛЁВ², М.В. ПЕТРОВСКАЯ³

^{1,2,3} ФГБОУИ ВО «Московский государственный гуманитарно-экономический университет»,
г. Москва, Россия

УДК: 614.2

DOI: 10.21045/2782-1676-2022-2-4-33-44

Аннотация

В работе рассматривается проблема ментального здоровья молодежи, которая имеет огромное значение в развитии и становлении личности. Проведен теоретический анализ проблемы исследования ментального, психического и психологического здоровья. В статье представлены результаты исследования ментального здоровья студентов инклюзивного вуза. Обоснована необходимость применения психологической помощи студентам, активизирующей к разворачиванию внутреннего потенциала и его реализации в выбранной им профессиональной деятельности и постижении смысла жизни.

Ключевые слова: ментальное здоровье, психическое здоровье, психологическое здоровье, психологическое благополучие, студенты, инвалидность, условно здоровые, инклюзивный вуз.

Для цитирования: Беленкова Л.Ю., Михалёв И.В., Петровская М.В. Ментальное здоровье студентов инклюзивного вуза как показатель их психологического благополучия // Общественное здоровье. 2022, 2(4):33–44. DOI: 10.21045/2782-1676-2022-2-4-33-44.

Контактная информация: Беленкова Л.Ю., e-mail: lara.belenckova@yandex.ru

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Статья поступила в редакцию: 10.10.2022. **Статья принята к печати:** 13.10.2022. **Дата публикации:** 07.11.2022.

UDC: 614.2

DOI: 10.21045/2782-1676-2022-2-4-33-44

MENTAL HEALTH OF INCLUSIVE UNIVERSITY STUDENTS AS AN INDICATOR OF THEIR PSYCHOLOGICAL WELL-BEING

L.Yu. Belenkova¹, I.V. Mikhalev², M.V. Petrovskaya³

^{1,2,3} Moscow State University for the Humanities and Economics, Moscow, Russia

Abstract

The paper considers the problem of mental health of young people, which is of great importance in the development and formation of personality. The theoretical analysis of the problem of mental, mental and psychological health research is carried out. The article presents the results of a study of the mental health of students of an inclusive university. The necessity of applying psychological assistance to students, activating the unfolding of internal potential and its realization in their chosen professional activity and comprehension of the meaning of life, is substantiated.

Keywords: mental health, mental health, psychological health, psychological well-being, students, disability, conditionally healthy, inclusive university.

For citation: Belenkova L.Yu., Mikhalev I.V., Petrovskaya M.V. Mental health of inclusive University students as an indicator of their psychological well-being // Public health. 2022; 2(4):33–44. DOI: 10.21045/2782-1676-2022-2-4-33-44.

Corresponding author: Larisa Yu. Belenkova, e-mail: lara.belenckova@yandex.ru

Conflict of interest. The authors declare that there is no conflict of interest.

ВВЕДЕНИЕ

Состояние здоровья современного молодого поколения – важнейший показатель благополучия общества, прогнозирующий будущее государства. Социальная значимость здоровья молодежи обуславливает интеллектуальный, экономический, социальный, политический и культурный потенциал общества. Однако, в начале XXI века общество столкнулось с рядом насущных проблем, которые сопряжены с изменением жизненного ритма современного человека, избытком информации и эмоционально-психологическими перегрузками, притуплением интеллектуальных способностей, в результате постепенно пропадает врожденная способность сопереживать и принимать взвешенные решения и т.д. Животрепещущие проблемы современности – самоубийства, насилие, вовлеченность в аддикции – являются непосредственным следствием снижения показателей психического (ментального) здоровья населения.

«Одной из важнейших угроз качеству высшего образования, заслуживающей значительного внимания со стороны руководства вузов, является психологическое благополучие и ментальное здоровье студентов», – отметил глава Министерства науки и высшего образования В. Фальков в ходе круглого стола, организованного в период пандемии коронавируса. По мнению В. Фалькова, одним из факторов, обеспечивающих качество высшего образования, является психологическая поддержка ментального здоровья студентов [12].

Вопрос о ментальном здоровье практически не рассматривался в отечественной науке. Интерес ученых в различных российских и зарубежных исследованиях с начала XX века был обращен к вопросам, касающимся соотношения понятий «здоровье личности», «психологическое здоровье», «психическое здоровье», «психологическое благополучие». Человек является «носителем» здоровья. Здоровье – есть процесс жизнедеятельности, который обеспечивает необходимый уровень и достаточную продолжительность жизни человека [5].

Строго научного понятия «ментальное здоровье» в отечественной научной литературе нет. Это понятие пришло из англоязычных стран (США и Великобритании). Это понятие было распространено в этих странах после второй мировой войны, в связи с тем, что благополучная жизнь довоенного периода сменилась неблагополучием послевоенного времени, к которому западное общество не было готово [15]. Острый психологический кризис проявлялся в повышенной тревоге, неуверенности в завтрашнем дне, депрессии, тенденции к суициду, в росте числа психических заболеваний, в то время как Россия во все эпохи и времена находилась в состоянии «преодоления» и оптимизма. Ментальные проблемы свидетельствует о духовном кризисе общества. Такой глубочайший духовный кризис в нашей стране возник в период перестройки (в 90-е годы XX века) на фоне экономического и политического кризисов. Термин «ментальное здоровье» используется в российской действительности не как научное понятие, а как характеристика социокультурного взгляда на личность, социальную группу, общество. Слово «ментальность» означает ум, склад души, сознания, образ мышления (от латинского *mentalite* – умственный), т.е. ментальность – это внутреннее состояние личности, отражающее эмоциональное и умственное благополучие человека, отсутствие психических расстройств, набор психологических и поведенческих реакций, особенности адаптации личности в социуме, способность к социальному взаимодействию и ценностные установки личности в жизни и деятельности (т.е. духовное или душевное здоровье). Наличие ментального здоровья позволяет личности раскрыть свой личностный потенциал, актуализировать свои задатки, способности и таланты. Ментальные расстройства подавляют личность и приводят к психическим заболеваниям, если личность сама или с помощью психолога или психиатра не выходит из данного круга ощущений и состояний [9].

В настоящее время западных и российских ученых и практиков беспокоит снижение уровня ментального здоровья молодежи.

Среди молодежи зафиксирован рост тревожности, суицидального поведения, жестокости по отношению к другим, буллинга. В условиях отсутствия нищеты, голода, войны и разрухи появилось поведение, которое явно свидетельствует о нарушениях ментального здоровья подрастающего поколения.

Рассмотрение структуры психологического здоровья представлено в основном зарубежными авторами. С точки зрения представителей западной психологии психологическое здоровье предполагает личностную зрелость (А. Маслоу, Г. Олпорт, К. Роджерс). С их точки зрения основой душевного здоровья является непреклонная решимость быть и оставаться самим собой, несмотря на все жизненные перипетии. Представители современного этапа гуманистической психологии считают, что психологическое (ментальное) здоровье предопределено гармонией жизненной энергии и сбалансированностью жизненного цикла и среды. Психическая и психологическая зрелость является опорой для полноценного развития [4].

В современной отечественной психологии понятие «психологическое здоровье» предложено и обосновано И.В. Дубровиной. В ее понимании психическое здоровье характеризует личность в целом и непосредственно высшее ее проявление в человеческом духе. Отечественная психология продвигала иные принципы изучения проблемы психологического здоровья в рамках гуманитарно-антропологического подхода в соответствии с нашими культурными ценностями и традициями, которые пронизаны идеей развития собственно человеческого в человеке [6].

Нельзя отождествлять понятия «психическое здоровье» и «психологическое здоровье». Первое из них напрямую связано с психическими процессами, от которых зависит жизнедеятельность личности, второе же – с личностью в целом, с высшими проявлениями сознания как духовной составляющей психики человека. В таком понимании состоит психологический аспект рассматриваемой проблемы, что отличает его от философского, социологического, медицинского и др. [19].

Психологическое здоровье является непременным условием полноценного позитивного функционирования и благополучия жизнедеятельности человека. Итак, с одной стороны, оно становится необходимым критерием максимально гибкого выполнения человеком своих возрастных и социальных ролей, с другой стороны, обеспечивает ему возможность постоянного саморазвития и реализации своего внутреннего потенциала. Психологическое здоровье личности – есть не что иное, как совокупность функциональных способностей, установок и качеств личности, которые позволяют человеку адаптироваться к жизни. Согласно уставу Всемирной организации здравоохранения, здоровье рассматривалось как состояние благополучия, которое отличается правильным функционированием мотивационной, волевой, познавательной и эмоциональной сфер личности, отсутствием расстройств сознания, гарантирующее адекватную условиям реальной действительности регуляцию поведения и деятельности [20, 21].

Уточнение понятия «психологическое здоровье» позволяет не противопоставлять психически больного и психически здорового человека, поскольку болезнь реальна, а самочувствие человека субъективно. Человек даже при наличии подтвержденного диагноза невротического расстройства и психического заболевания может изыскать в себе жизненные ресурсы, которые позволят справиться со стрессами, продуктивно работать, внося весомый вклад в жизнедеятельность социума [7].

Всемирная организация здравоохранения вынуждена была внести изменения в трактовку понятия «здоровье»: вместо понимания здоровья как отсутствия болезней или физических дефектов (1946) возникло понятие здоровья как нормы, в пределах которой человек может реализовать свои планы, удовлетворить потребности, изменив среду. Отсюда здоровье – это источник жизни, а не смысл существования. Позитивный смысл здоровья включает личные ресурсы, физические возможности и социальный потенциал (1984) [22].

Оценивание показателей психического (ментального) здоровья человека основано

на использовании различных критериев, включая: стрессоустойчивость, рефлексивность, умение применять внутренние ресурсы для выхода из трудной жизненной ситуации (И.В. Дубровина), личностные и поведенческие проявления свойств нервной системы (В.С. Хомик), внутренний психологический стержень личности (А.Е. Созонов, Ф. Перлз), внутреннюю гармонию и умение владеть своими эмоциями, объективность самооценки, наличие системы смысло-жизненных ценностей (Г. Олпорт), характер и регуляцию психического состояния, определяющего внутренний мир человека (Л.М. Аболин), особенности развития духовного мира личности на разных возрастных этапах (К.А. Абульханова, Б.С. Братусь, С.Л. Рубинштейн, Э. Эриксон).

Следует отметить, что при количественной оценке уровня здоровья одной из значимых составляющих, наряду с заболеваемостью

и благополучием, считаются показатели инвалидности, которые представляют собой состояние, при котором человек утрачивает способность выполнять те или иные функции вследствие физического или психического состояния. Число людей с инвалидностью, по данным Всемирного банка, один миллиард человек (или 15% населения) имеют ту или иную форму инвалидности [23, 24]. При этом наблюдается положительная динамика количества людей с инвалидностью, что обусловлено многими факторами, в том числе уровнем социально-экономического развития и развития системы здравоохранения, политическими причинами (участие в военных конфликтах), демографическими тенденциями и увеличением бремени хронических заболеваний.

Структура заболеваний, по которым впервые признаны инвалидами лица старше 18 лет, представлена в таблице 1.

Таблица 1

Структура заболеваний, по которым лица старше 18 лет впервые признаны инвалидами

Заболевания	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
туберкулез	2,91	2,85	2,73	2,65	2,61	2,45	2,55	2,42	2,18	1,89	1,79
злокачественные новообразования	20,38	21,97	22,86	24,67	26,47	30,65	31,83	32,48	33,54	34,91	35,24
болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	2,91	2,73	2,48	2,25	2,06	1,87	1,80	1,96	2,03	2,04	1,97
психические расстройства и расстройства поведения	4,14	4,16	4,10	4,24	4,39	4,60	4,80	4,98	4,84	4,87	4,65
болезни нервной системы	3,47	3,56	3,60	3,71	3,70	3,74	3,90	3,93	4,06	4,09	3,94
болезни глаза и его придаточного аппарата	2,91	2,97	2,86	2,92	2,88	3,17	3,15	3,02	2,96	2,99	2,50
болезни уха и сосцевидного отростка	1,23	1,19	1,24	1,33	1,51	1,73	1,95	2,27	2,65	2,67	2,33
болезни системы кровообращения	39,19	37,41	36,27	35,15	33,47	31,80	31,08	30,36	29,95	28,93	29,87
болезни органов дыхания	2,46	2,38	2,24	2,12	1,92	2,01	2,10	1,96	1,87	1,73	1,61
болезни органов пищеварения	1,90	1,90	1,99	1,99	2,06	2,01	2,10	2,11	2,03	2,04	2,15
болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	9,41	9,74	9,94	9,95	9,88	7,34	6,31	6,19	5,93	5,50	6,08
последствия травм, отравлений и других воздействий внешних причин	5,82	5,82	5,71	5,44	5,08	4,03	3,90	3,63	3,12	2,99	3,04
последствия производственных травм	0,56	0,48	0,50	0,53	0,41	0,29	0,30	0,30	0,16	0,16	0,18
профессиональные болезни	0,34	0,24	0,25	0,27	0,27	0,14	0,15	0,15	0,16	0,16	0,18

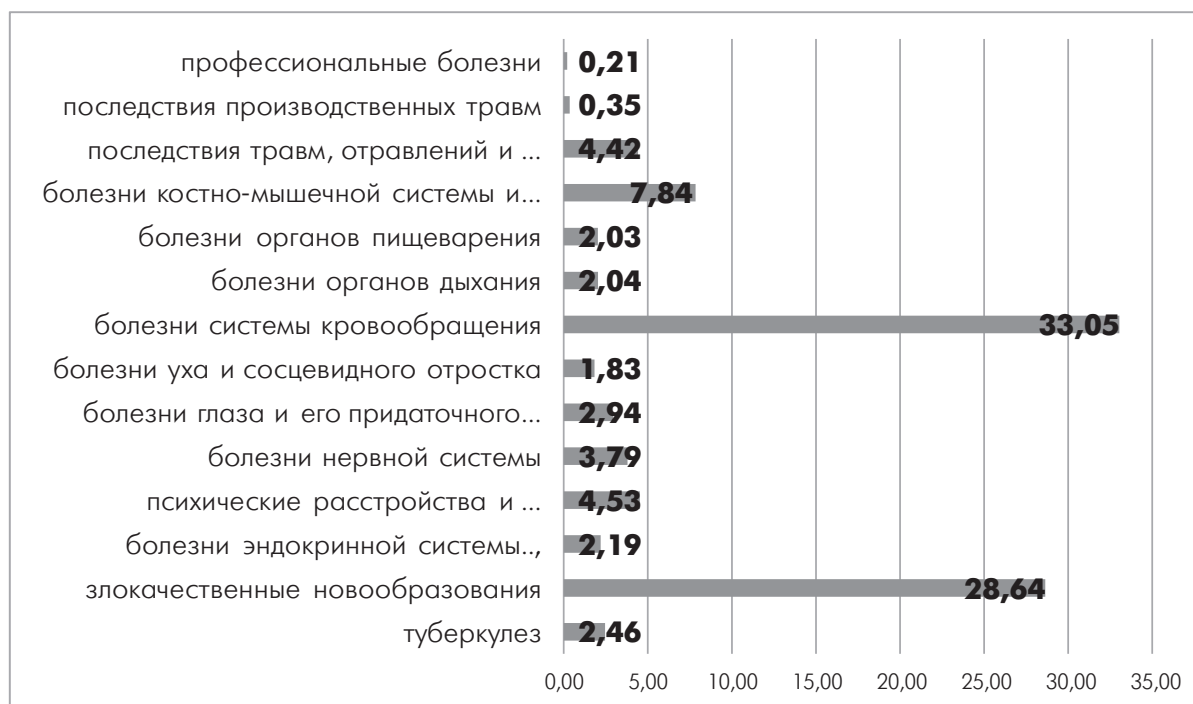


Рис. 1. Структура заболеваний в среднем за 2010–2020 гг., в %.

На рис. 1 представлена структура заболеваний, по которым лица старше 18 лет впервые признаны инвалидами на основе средних значений за десятилетний период.

Наиболее значимыми в структуре заболеваний являются болезни системы кровообращения, в среднем 33%, злокачественные новообразования – 28,64%. В общем их доля составляет более 61%. Существенный процент заболеваний костно-мышечной системы и соединительной ткани – 7,84% и доля психических расстройств

и расстройств поведения и болезней нервной системы 4,53% и 3,79% соответственно. Доля психических расстройств до 2017 года имела устойчивую тенденцию к увеличению, затем стала незначительно уменьшаться [2] (рис. 2).

На рис. 3 представлены данные о доле лиц старше 18 лет, впервые признанных инвалидами, по группе болезней нервной системы.

Инвалидизация по группе болезней нервной системы в РФ также имела устойчивую тенденцию к увеличению, однако в 2020 году

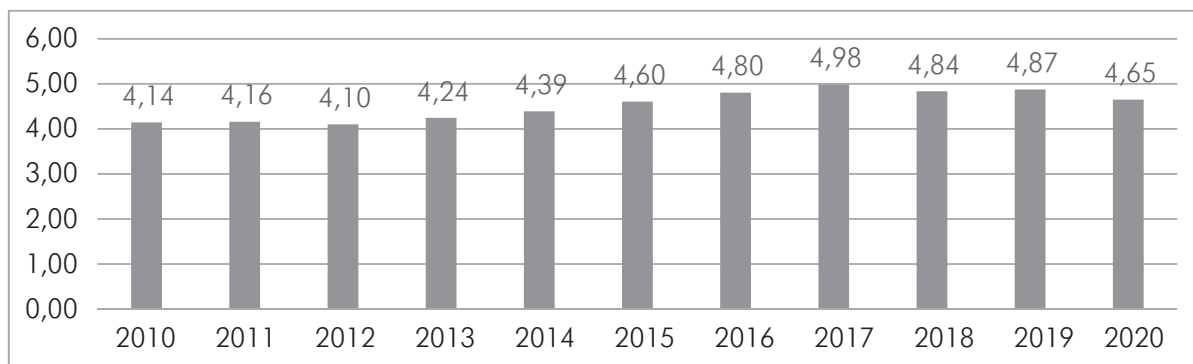


Рис. 2. Доля лиц, признанных инвалидами впервые, по причине психических расстройств и нарушений поведения, %.

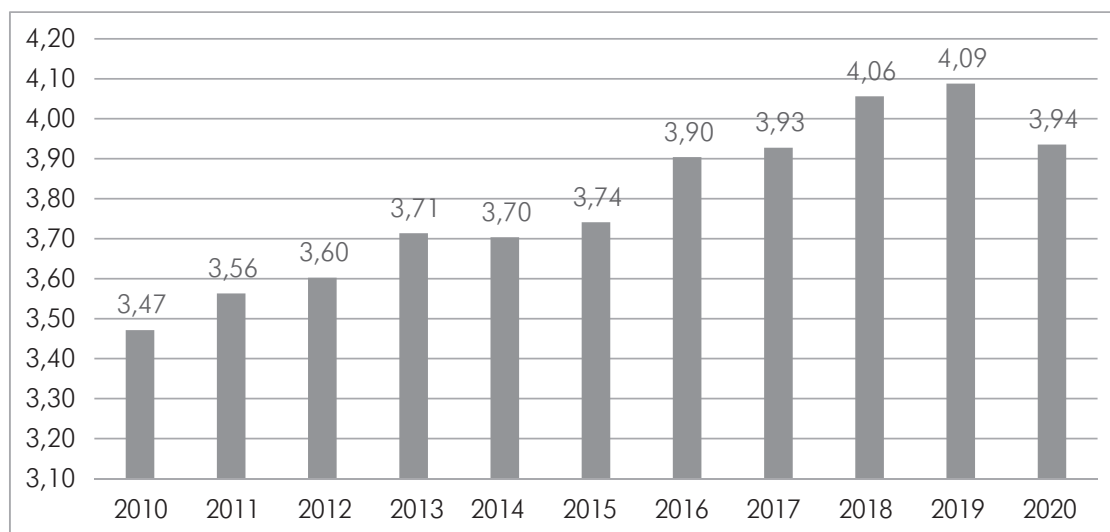


Рис. 3. Доля лиц, признанных инвалидами впервые, по группе болезней нервной системы в РФ, в %.

снизилась на 0,15%. В отношении числа случаев инвалидности (для лиц, которым впервые установлена инвалидность) наблюдается устойчивая тенденция к снижению числа лиц, впервые признанных инвалидами [2].

В большинстве регионов мира психическим заболеваниям не придается такого особого внимания, как физическим нарушениям. Согласно такому подходу в мире возрастает процент психических расстройств. В настоящее время более 450 миллионов людей страдает психическими или поведенческими расстройствами. В развивающихся странах мира значительное число людей, имеющих серьезные психические расстройства (зависимость от психоактивных веществ, депрессия, деменция, шизофрения и т.п.), не получают медицинскую и психологическую помощь. Более 90% стран мира не уделяют должного внимания сохранению психического и психологического здоровья молодежи, что создает для них и их семей значительные трудности [20, 21].

Психологическое здоровье для молодежи имеет существенное значение, поскольку оно определяет адекватность восприятия накопленного опыта. От того, как они его усвоят, зависит продуктивность дальнейшей профессиональной деятельности и успешная социализация.

Студенческие годы являются важной ступенью становления человека как личности.

Однако, этот этап по ряду причин является одним из критических в жизни человека. Связано это, прежде всего, с резкими переменами в привычном образе жизни, со сменой жизненных стереотипов, переходом от детства (юности) к зрелому периоду жизни, с выстраиванием новых межличностных отношений, значительными интеллектуальными нагрузками, а также необходимостью адаптации к новым условиям учебного труда, социально-бытовым условиям жизнедеятельности [3]. Социальным заказом общества для учреждений высшего образования становится подготовка не только профессионально компетентных и востребованных специалистов, но и ориентированных на сохранение и поддержание своего психофизического и духовного здоровья, и здоровья нации в целом. Быть готовыми к принятию безотлагательных решений, брать на себя ответственность за психологическое здоровье людей требует от будущих психологов и педагогов не только огромных физических и моральных сил, но и психических. Таким образом, психологическое (ментальное) здоровье – это обладание жизненной энергией и умение ею управлять, которое напрямую связано с психическим здоровьем, как его природной основой.

В настоящее время выпускникам образовательных учреждений предъявляют повышенные

требования к высокому профессионализму, творческому подходу к делу, организации психических возможностей личности при принятии важных решений, что возможно лишь при наличии хорошего здоровья как показателя зрелости специалиста [16].

Следует отметить, что учебно-профессиональная среда вуза оказывает существенное влияние на психологическое здоровье студента с инвалидностью: недостаточный опыт самостоятельной деятельности и проблемы адаптации к новому вузовскому сообществу сопровождаются нервно-психическим напряжением, пониженной двигательной активностью, неумением налаживать межличностную коммуникацию, рационально организовать свою жизнедеятельность; значительные трудности с профессиональным самоопределением [8].

Студенческий возраст, который охватывает возрастной диапазон от 17 до 22 лет, по психологическим параметрам считается самым динамичным этапом профессионального становления личности, формирования жизненно важных ценностных ориентаций, определяющих цели и смыслы жизни [10]. Этот период ознаменован переходом к самостоятельной жизни, когда наступает пик самоопределения и зрелости, обретается гражданское самосознание личности.

Перемены, протекающие в этот возрастной период, по-разному оказывают воздействие на психологическое здоровье личности. Взросление и обучение сопровождается набором характеристик личности, которые обладают положительным эффектом для психологического здоровья. Основные проблемы юношеского возраста возникают из-за неумения рассчитывать свои внутренние ресурсы и управлять эмоциями. Возраст обучения в ВУЗе характеризуется очень многими переживаниями, связанными с социальной и профессиональной сферами будущего специалиста, а также неправильным восприятием вопросов здоровья [16].

Многие студенты с сильной нервной системой не только успешно проходят обучение, но и проявляют себя в других видах общественной деятельности. Студенты со слабой нервной

системой систематически имеют задолженности в учебной деятельности и мало чем проявляют себя в свободное время. Студенты второго типа чаще всего приходят на экзамены с повышенной тревожностью из-за плохой подготовки, с нарушением сна, что в свою очередь мешает им проявить даже имеющиеся знания [19].

Для молодежи, имеющей инвалидность, получение высшего образования жизненно важно, поскольку оно оказывает мощное воздействие на развитие личности, повышая социальный статус. В личностном плане получение высшего образования предоставляет свободу выбора жизненных целей, позволяет обрести духовную и материальную независимость, придает жизнестойкость и жизнеспособность личности, гармонизируя ее существование.

Получение молодежью профессии обеспечивает выход на рынок труда, финансовую независимость и социальную востребованность. Доступность высшего образования для молодежи с инвалидностью выступает показателем гуманизации общества и проявлением заботы о незащищенной его части, увеличивая значимость социального взаимодействия. Успешная социализация является основным критерием эффективности инклюзивного высшего образования выпускников с инвалидностью, способствует овладению ими культурой и успешному профессиональному самоопределению. Высшее образование обеспечивает активность и созидательность лиц с инвалидностью, достижение ими значимых результатов в разных сферах жизнедеятельности [9].

Состояние здоровья студентов с инвалидностью и ОВЗ сказывается на качестве их учебной деятельности в плане возможных психологических проблем, связанных с пространственной ориентацией в новых условиях, с восприятием большого потока информации и возможности его фиксации, с качеством выполнения письменных работ согласно требованиям, со сложностями в самостоятельном освоении дополнительной информации по дисциплинам, с самореализацией вне вуза [14].

Основная мотивация современного человека – это поиск своего пути, а жизненная ценность – это успех во всем, который предстаёт

разнообразием жизненных установок. Работа должна приносить не только радость и доход, но и комфорт, и спокойствие и не отнимать много времени [18].

Современное поколение является психологически эмоционально слабым, склонным к агрессии и аутодеструкции. В мире среди 70% обучающихся самым распространенным расстройством психического здоровья является невроз, рост депрессивных состояний и социальных девиаций.

Ориентация на жизненные ценности происходит через информационные стенды и пользование Интернет-сайтами, где обучающиеся получают информацию о получении психологической помощи в школе и вне ее, а также анонимной экстренной помощи по телефону доверия [10].

Реальность сегодняшнего дня показывает, что большинство болезней как психических, так и физических, возникает под влиянием комбинации биологических, психологических и социальных факторов. Понятно, что психические и поведенческие расстройства основываются на работе мозга. В большинстве случаев правильно поставленный диагноз и лечение становятся эффективными. Из этого следует, что люди с психическими или поведенческими расстройствами имеют возможность жить полноценной жизнью в разных сообществах [17].

Таким образом, психическое здоровье создает основу для здоровья психологического. Основой психологического здоровья являются определенные качества индивида: адекватное восприятие окружающей действительности и взаимоотношения с ней; принятие себя и окружения; естественность поведения, спонтанность деятельности и поступков; автономия личности; правильная оценка людей, событий

и фактов; чувства сопричастности со всем происходящим в мире.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Целью опытно-экспериментального исследования стало изучение подверженности студентов факультета психологии и педагогики к эмоциональному выгоранию и выявление связи эмоционального выгорания и типа эмоциональной реакции на воздействия стимулов окружающей среды.

Исследование проводилось на базе ФГБОУ ВО «Московский государственный гуманитарно-экономический университет» г. Москвы. В исследовании приняли участие 40 студентов (факультета «Педагогика и психология») в возрасте от 18 до 30 лет.

Для проведения исследования был подобран следующий диагностический инструментарий: метод экспресс-оценки выгорания (В. Каппони, Т. Новак); «Методика диагностики эмоционального выгорания MBI» (К. Маслач и С. Джексон, адаптация Н.Е. Водопьяновой); Методика выявления типа эмоциональной реакции на воздействия стимулов окружающей среды (В.В. Бойко).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Результаты исследования двух групп испытуемых с помощью методики «Опросник на «выгорание» MBI» представлены в таблице 2.

Анализ результатов исследования показал, что у 22% условно здоровых респондентов

Таблица 2

Результаты диагностики сформированности фаз эмоционального выгорания у студентов инклюзивного вуза, в %

Название фаз	Условно здоровые студенты	Студенты с инвалидностью и ОВЗ
Редукция личностных достижений	22	18
Деперсонализация	58	40
Эмоциональное истощение	20	22

редукция личностных достижений выражена на низком уровне; у 58% студентов по показателю «деперсонализация» выражен высокий уровень; 55% студентов по показателю «эмоциональное истощение» имеют средний уровень; 18% студентов с инвалидностью по показателю «редукция личностных достижений» имеют низкий уровень; по показателю «деперсонализация» 40% студентов имеют высокий уровень; по показателю эмоционального истощения 22% студентов обладают средним уровнем. Выраженной фазой 2-х групп респондентов является «деперсонализация». Данный защитный механизм указывает на ограничение диапазона эмоциональной включенности в профессиональное общение. Такой механизм формируется в условиях постоянного напряжения и тревоги. По данному показателю определяется эмоциональное выгорание, оно выражается у студентов уже во время обучения, т.к. происходят затраты определенных когнитивных, эмоциональных и психических сил, в процессе освоения новых знаний, умений и навыков.

Анализ результатов показал, что у 56% условно здоровых респондентов отмечен низкий уровень эмоционального выгорания, средний уровень – у 44%, высокий уровень не выявлен вообще. Студенты с инвалидностью показали следующие результаты: низкий уровень

характерен 48% респондентов, средний уровень – 52%, высокий уровень не выявлен вообще (таблица 3). Выявленные показатели требуют дополнительных исследований, поскольку присутствует вероятность социальной желательности респондентов. Первичные данные показали, что студенты подвержены эмоциональному выгоранию, как и было зафиксировано в первой методике.

Анализ результатов свидетельствует о том, что эйфорический тип реакции выявлен у 65% респондентов, рефрактерная реакция – у 25%, дисфорическая реакция – у 10% испытуемых (таблица 4). Такие показатели связаны с возрастными особенностями, точнее с сенситивным периодом студентов и приобретением нового комплекса эмоций у более старших респондентов.

Анализ данных показал, что у большинства респондентов (83% и 58%) преобладает эйфорический тип реагирования как на положительные, так и на отрицательные стимулы окружающей среды, что указывает на склонность к синдрому эмоционального выгорания. Таким образом, исследование показало, что эмоциональное выгорание напрямую зависит от доминирующего типа эмоциональных реакций у всех респондентов юношеского возраста. Также влияет окружающая среда и отношение к ситуациям разного характера (таблица 5).

Таблица 3

Результаты диагностики выраженности уровней эмоционального выгорания у студентов инклюзивного вуза, в %

Название реакций	Условно здоровые студенты	Студенты с инвалидностью и ОВЗ
Низкий уровень	56	48
Средний уровень	44	52
Высокий уровень	0	0

Таблица 4

Результаты диагностики доминирующих типов эмоционального реагирования по среднему показателю у студентов инклюзивного вуза, в %

Название реакций	Общая группа
Эйфорический тип реагирования	65
Рефрактерная реакция	25
Дисфорическая реакция	10

Таблица 5

Результаты диагностики доминирующих типов эмоционального реагирования
по среднему показателю у студентов, в %

Название реакций	Позитивные реакции	Амбициозные реакции	Негативные реакции
Эйфорический тип реагирования	83	56	58
Рефрактерная реакция	10	40	40
Дисфорическая реакция	7	4	2

ВЫВОДЫ

Здоровье для каждого из нас является важной жизненной ценностью, которая занимает верхнюю позицию в иерархии ценностей. Поэтому сейчас феномен здоровья стал ценным капиталом и выигрышной инвестицией в будущее молодого поколения. Однако, только сам человек может обеспечить себе полноценную гармоничную жизнь, обеспечивая социальное, физическое и ментальное здоровье.

Образование сегодня – это инструмент, который поможет решить проблему здоровьесбережения молодежи и создать условия для становления человека как личности через мобилизацию внутренних резервов психики, позволяющих успешно адаптироваться

и реализовать в будущем потенциал в жизни и выбранной им деятельности.

Исходя из этого нужно понимать, что образовательная среда в ВУЗе должна быть эмоционально благополучной, с главенством культуры человеческих отношений. Обучение должно быть пронизано взаимоуважением преподавателей и студентов. Создание благоприятного режима проведения занятий для здоровья и формирование у субъектов образовательной деятельности умений активного преодоления негативных состояний психики приводит к повышению психологического благополучия и культуры ментального здоровья. Своевременная психологическая поддержка студентов содержит значительный потенциал для сохранения ментального здоровья.

ЛИТЕРАТУРА

- Беленкова Л. Ю., Соловей Л. Б. Взаимосвязь психологического здоровья и психологической культуры студентов вуза // Казанский педагогический журнал. – 2021. – № 5. – С. 247–252.
- Бузин В. Н., Михайлова Ю. В., Бузина Т. С., Чухриенко И. Ю., Шикина И. Б., Михайлов А. Ю. Российское здравоохранение глазами населения: динамика удовлетворенности за последние 14 лет (2006–2019): обзор социологических исследований // Профилактическая медицина. – 2020. – 23(3). – С. 42–47. URL: <https://doi.org/10.17116/profmed20202303142> (Дата обращения: 29.07.2022 г.).
- Волкова О. В., Цветкова О. А., Шадрин А. Ю., Рупека А. В. Актуальные проблемы в сфере психологического здоровья студенчества: вызов пандемии COVID-19 // Вестник Кемеровского государственного университета. – 2021. – Т. 23. – № 3. – С. 661–672.
- Волочков А. А., Репина Е. В. Структура психологического здоровья студентов // Вестник ПГГПУ. Психологические и педагогические науки. – 2016. – № 4. – С. 38–51.
- Григорьев Г. П. Проблемы психического и психологического здоровья в трудах отечественных и зарубежных исследователей // Проблемы психологического здоровья личности: коллективная монография. – Уфа: АЭТЕРНА, 2018. – 244 с.
- Дубровина И. В. Психическое и психологическое здоровье в контексте психологической культуры личности / И. В. Дубровина // Вестник практической психологии образования. – 2009. – № 3. – С. 17–21.
- Жесткова Н. А. Сущность и структура понятия «психологическое здоровье человека» // Вестник пермского университета. – 2018. – Вып 3 (35). – С. 384–392.
- Жигинас Н. В., Семке В. Я. Психическое здоровье студентов. – Томск: ТГПУ, 2009. – 179 с.
- Каунова Е. В. Здоровье современной молодежи как ментальная проблема // Система ценностей

- современного общества. – Новосибирск: Изд. ЦРНС, 2014. – С. 99–105.
10. Проблемы психологического здоровья личности: коллективная монография. – Уфа: АЭТЕРНА, 2018. – 244 с.
 11. Родин Ю. И., Метелкина Д. С., Мишина А. В. Психологическое здоровье студентов младших курсов педагогического вуза // Психология. Историко-критические обзоры и современные исследования. – 2018. – Т. 7. – № 2А. – С. 90–96.
 12. Российские студенты доучились до депрессии. URL: <https://www.kommersant.ru/doc/4985925> (Дата обращения: 29.07.2022 г.).
 13. Результаты качества образования в вузах. URL: <https://rg.ru/2021/09/13/falkov-predstavil-rezultaty-issledovaniia-kachestva-obrazovaniia-v-vuzah.html> (Дата обращения: 29.07.2022 г.).
 14. Сахаров А. В., Тимкина О. А., Говорин Н. В. Психическое здоровье студентов. – Томск: Изд-во «Иван Федоров», 2018. – 100 с.
 15. Солякова Е. Е., Прохневич Д. Д. Ментальное здоровье современных подростков и молодежи. URL: http://med-obr.info/med-organisation/thesis/mentalnoe_zdorove_sovremennykh_podrostkov_i_molodezhi.php?clear_cache=Y (Дата обращения: 29.07.2022 г.).
 16. Семина М. В., Грудина В. Е. Психологическое благополучие студентов в условиях инклюзивного образования // Материалы XII Международной студенческой научной конференции «Студенческий научный форум». URL: <https://scienceforum.ru/2020/article/2018021183> (Дата обращения: 29.07.2022 г.).
 17. Стародубов В. И., Улумбекова Г. Э. Здравоохранение России: проблемы и решения. ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. – 2015. – № 1. – С. 12–27. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/zdravoohranenie-rossii-problemy-i-resheniya/viewer> (Дата обращения: 29.07.2022 г.).
 18. Тесленко А. Н. Социально-психологическая служба в контексте укрепления психологического здоровья и молодежной работы // Вестник самарской гуманитарной академии. Серия: Психология. – 2018. – № 1 (23). – С. 3–15.
 19. Шувалов А. В. Психологическое здоровье человека // Вестник ПСТГУ IV: Педагогика. Психология. – 2009. – Вып. 4 (15). – С. 87–101.
 20. The World health report (2001). Mental health: new understanding, new hope. A Public Health Approach to Mental Health. World Health Organisation (2010). Mental health and development: Targeting people with mental health conditions as a vulnerable group. WHO Press, Geneva. URL: http://www.who.int/mental_health/policy/development/en/index.html (Дата обращения: 29.07.2022 г.).
 21. World Health Organisation (2010). Mental health and development: Targeting people with mental health conditions as a vulnerable group. WHO Press, Geneva. URL: http://www.who.int/mental_health/policy/development/en/index.html (Дата обращения: 29.07.2022 г.).
 22. World report on disability: Main report. URL: <https://documents.worldbank.org/en/publication/documents-reports/documentdetail/665131468331271288/main-report> (Дата обращения: 29.07.2022 г.).
 23. Fekri O., Macarayan E.R., Klazinga N. Health system performance assessment in the WHO European Region: which domains and indicators have been used by Member States for its measurement? Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2018. Accessed January 26, 2021. URL: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/365386/hen-55-eng.pdf (Дата обращения: 29.07.2022 г.).
 24. Murray C.J.L., Frenk J. A framework for assessing the performance of health systems // Bull World Health Organ. – 2000. – № 78(6). – P. 717–730.

REFERENCES

1. Belenkova L.Yu., Solovey L.B. Interrelation of psychological health and psychological culture of university students // Kazan Pedagogical Journal. – 2021. – No. 5. – P. 247–252.
2. Buzin V.N., Mikhailova Yu.V., Buzina T.S., Chukhrienko I.Yu., Shikina I.B., Mikhailov A.Yu. Russian health-care through the eyes of the population: the dynamics of satisfaction over the past 14 years (2006–2019): a review of sociological research // Preventive medicine. – 2020. – 23(3). – P. 42–47. URL: <https://doi.org/10.17116/profmed20202303142> (Accessed: 29.07.2022).
3. Volkova O.V., Tsvetkova O.A., Shadrina A.Yu., Rupka A.V. Actual problems in the field of psychological health of students: the COVID-19 pandemic challenge // Bulletin of Kemerovo State University. – 2021. – Vol. 23. – No. 3. – P. 661–672.
4. Volochkov A.A., Repina E.V. Structure of psychological health of students // Vestnik PGGPU. Psychological and pedagogical sciences. – 2016. – No. 4. – P. 38–51.
5. Grigoriev G.P. Problems of mental and psychological health in the works of domestic and foreign studies // Problems of psychological health of the individual: a collective monograph. – Ufa: AETERNA, 2018. – 244 p.
6. Dubrovina I.V. Mental and psychological health in the context of psychological culture of personality / I.V. Dubrovina // Bulletin of practical psychology of education. – 2009. – No. 3. – C. 17–21.

7. Zhestkova N.A. The essence and structure of the concept of "psychological human health" // Bulletin of Perm University. – 2018. – Issue 3 (35). – P. 384–392.
8. Zhiginas N.V., Semke V.Ya. Mental health of students. – Tomsk: TSPU, 2009. – 179 p.
9. Kaunova E.V. Health of modern youth as a mental problem // System of values of modern society. – Novosibirsk: Publishing House of the CRNS, 2014. – P. 99–105.
10. Problems of psychological health of the individual: a collective monograph. – Ufa: AETERNA, 2018. – 244 p.
11. Rodin Yu.I., Metelkina D.S., Mishina A.V. Psychological health of students of junior courses of pedagogical university // Psychology. Historical and critical reviews and modern research. – 2018. – Vol. 7. – No. 2A. – P. 90–96.
12. Russian students have graduated to depression. URL: <https://www.kommersant.ru/doc/4985925> (Accessed: 29.07.2022).
13. Results of the quality of education in universities. URL: <https://rg.ru/2021/09/13/falkov-predstavil-rezulytaty-issledovaniia-kachestva-obrazovaniia-v-vuzah.html> (Accessed: 29.07.2022).
14. Sakharov A.V., Timkina O.A., Govorin N. V. Mental health of students. – Tomsk: Publishing house "Ivan Fedorov", 2018. – 100 p.
15. Solyakova E.E., Prokhnevich D.D. Mental health of modern adolescents and young people. URL: http://med-obr.info/med-organisation/thesis/mental-noe_zdorove_sovremennykh_podrostkov_i_molodezhi.php?clear_cache=Y (Accessed: 29.07.2022).
16. Semina M.V., Grudinina V.E. Psychological well-being of students in inclusive education // Materials of the XII International Student Scientific Conference "Student Scientific Forum". URL: <https://scienceforum.ru/2020/article/2018021183> (Accessed: 29.07.2022).
17. Starodubov V.I., Ulumbekova G.E. Healthcare of Russia: problems and solutions. ORG-ZDRAV: news, opinions, training. – 2015. – No. 1. – P. 12–27. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/zdravooohranenie-rossii-problemy-i-resheniya/viewer> (Accessed: 29.07.2022).
18. Teslenko A.N. Socio-psychological service in the context of strengthening psychological health and youth work // Bulletin of the Samara Humanitarian Academy. Family: Psychology. – 2018. – № 1 (23). – P. 3–15.
19. Shuvalov A. V. Psychological health of a person // Bulletin of PSTSU IV: Pedagogy. Psychology. – 2009. – Issue 4 (15). – P. 87–101.
20. The World health report (2001). Mental health: new understanding, new hope. A Public Health Approach to Mental Health. World Health Organisation (2010). Mental health and development: Targeting people with mental health conditions as a vulnerable group. WHO Press, Geneva. URL: http://www.who.int/mental_health/policy/development/en/index.html (Accessed: 29.07.2022 г.).
21. World Health Organisation (2010). Mental health and development: Targeting people with mental health conditions as a vulnerable group. WHO Press, Geneva. URL: http://www.who.int/mental_health/policy/development/en/index.html (Accessed: 29.07.2022 г.).
22. World report on disability: Main report. URL: <https://documents.worldbank.org/en/publication/documents-reports/documentdetail/665131468331271288/main-report> (Accessed: 29.07.2022 г.).
23. Fekri O., Macarayan E.R., Klazinga N. Health system performance assessment in the WHO European Region: which domains and indicators have been used by Member States for its measurement? Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2018. Accessed January 26, 2021. URL: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/365386/hen-55-eng.pdf (Accessed: 29.07.2022 г.).
24. Murray C.J.L., Frenk J. A framework for assessing the performance of health systems // Bull World Health Organ. – 2000. – № 78(6). – P. 717–730.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ/ABOUT THE AUTHORS

Беленкова Лариса Юрьевна – канд. психол. наук, доцент кафедры педагогики и психологии ФГБОУ ВО «Московский государственный гуманитарно-экономический университет», г. Москва, Россия.

Larisa Y. Belenkova – PhD in Psychological Sciences, Associate Professor of the Department of Pedagogy and Psychology of the Moscow State University of Humanities and Economics, Moscow, Russia. ORCID: 0000-0001-8172-2520. E-mail: lara.belencikova@yandex.ru.

Михалёв Игорь Васильевич – канд. социол. наук, доцент, и.о. ректора ФГБОУ ВО «Московский государственный гуманитарно-экономический университет», г. Москва, Россия.

Igor V. Mikhalev – PhD in Sociological Sciences, Associate Professor, Associate Professor acting rector of the Moscow State University of Humanities and Economics, Moscow, Russia. ORCID: 0000-0002-1725-3114. E-mail: mihalev@mggeu.ru/

Петровская Мария Владимировна – канд. экон. наук, доцент, начальник Управления по науке и проектной деятельности ФГБОУ ВО «Московский государственный гуманитарно-экономический университет», г. Москва, Россия.

Maria V. Petrovskaya – PhD in Economics, Associate Professor, Head of the Department for Science and Project Activities of the Moscow State University of Humanities and Economics, Moscow, Russia. ORCID: 0000-0002-0668-9019. E-mail: maar74@mail.ru.

ПЕДОФИЛИЯ: СОЦИАЛЬНО-ПРАВОВЫЕ И МЕДИЦИНСКИЕ АСПЕКТЫ

С.В. ШПОРТ¹, М.Ю. КАМЕНСКОВ², Г.Е. ВВЕДЕНСКИЙ³,
Л.Ю. ДЕМИДОВА⁴, Н.Г. ВАСИЛЬЕВ⁵, А.А. ТКАЧЕНКО⁶

^{1,2,3,4,5,6} ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва, Россия;

⁶ ФГАОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), г. Москва, Россия.

УДК: 616.89

DOI: 10.21045/2782-1676-2022-2-4-45-57

Аннотация

Сексуальное злоупотребление детьми вызывает естественный общественный резонанс, поддерживающий активные дискуссии по проблеме сексуальных действий в отношении несовершеннолетних как в законодательном поле, где предлагаются все новые и новые правовые нормы по регуляции и профилактике такого противоправного поведения, так и в медицинском сообществе, поскольку в ряде случаев механизмы таких правонарушений связаны со специфическими формами психической патологии. Целью настоящей статьи стала оценка медицинских, юридических и социальных аспектов, связанных с педофилией и ее ролью в противоправном сексуальном поведении. *Материалы и методы.* В данный обзор были включены наиболее влиятельные работы в области сексологии и сексуальной патологии, официальные материалы Всемирной Организации Здравоохранения и Американской Психиатрической Ассоциации, статистические сводки правовой и медицинской информации. В результате проведенного обзора показано место педофилии в ряду психических расстройств, обозначена необходимость работы с этим расстройством с учетом современных данных о распространенности аномальных сексуальных интересов в популяции, а также важность рассмотрения сексуальной преступности в отношении несовершеннолетних в более широком контексте, потребность в разработке психотерапевтических и профилактических подходов.

Ключевые слова: педофилия, педофильное расстройство, сексуальная преступность, Международная классификация болезней.

Для цитирования: Шпорт С.В., Каменсков М.Ю., Введенский Г.Е., Демидова Л.Ю., Васильев Н.Г., Ткаченко А.А. Педофилия: социально-правовые и медицинские аспекты // Общественное здоровье. 2022, 2(4):45–57. DOI: 10.21045/2782-1676-2022-2-4-45-57.

Контактная информация: Демидова Любовь Юрьевна, e-mail: demidova.l@serbsky.ru.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Статья поступила в редакцию: 10.10.2022. **Статья принята к печати:** 12.10.2022. **Дата публикации:** 07.11.2022.

UDC: 616.89

DOI: 10.21045/2782-1676-2022-2-4-45-57

PEDOPHILIA: SOCIAL, LEGAL AND MEDICAL ASPECTS

S.V. Shport¹, M.Yu. Kamenskov², G.E. Vvedenskii³, L.Yu. Demidova⁴, N.G. Vasiliev⁵, A.A. Tkachenko⁶

^{1,2,3,4,5,6} FSBI "V. Serbsky National Medical Research Centre for Psychiatry and Narcology" of the Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, Russia;

⁶ FSAEI HE I.M. Sechenov First Moscow State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation (Sechenov University), Moscow, Russia.

Abstract

Sexual abuse against children causes a real public response that supports active discussions on the problem of sexual actions against minors both in the legislation, where new legal norms are proposed to regulate and prevent such offensive behavior, and in the medical community, since in some cases the mechanisms of such offenses are associated with specific forms of mental pathology. The aim of this article was the evaluation of the medical, legal and social aspects associated with pedophilia and its role in criminal sexual behavior. *Materials and methods.* This review included the most influential works in the field of sexology and sexual pathology, official materials of the World Health

Organization and the American Psychiatric Association, legal and medical statistical reports. In the result this review reveals the place of pedophilia in mental disorders, the necessity of taking into account current data on the prevalence of abnormal sexual interests in population for work with it, as well as the importance of considering sexual crimes against minors in a broader context, the need to develop psychotherapeutic and preventive approaches.

Key words: pedophilia, pedophilic disorder, sexual crimes, International Classification of Diseases.

For citation: Shport S.V., Kamenskov M.Yu., Vvedenskii G.E., Demidova L.Yu., Vasiliev N.G., Tkachenko A.A. Pedophilia: social, legal and medical aspects // Public health. 2022; 2(4):45–57. DOI: 10.21045/2782-1676-2022-2-4-45-57.

Corresponding author: Liubov Yu. Demidova, e-mail: demidova.l@serbsky.ru.

Conflict of interest. The authors declare that there is no conflict of interest.

ПЕДОФИЛИЯ И СЕКСУАЛЬНАЯ ПРЕСТУПНОСТЬ В ОТНОШЕНИИ ДЕТЕЙ

Значительное число сексуальных правонарушителей не отвечают медицинским критериям педофилии [1]. Согласно данным по судебной статистике от Агентства правовой информации в Российской Федерации, за совершение сексуальных правонарушений в отношении несовершеннолетних¹ в 2018 г. было осуждено 5722 человек, в 2019 г. – 5486, в 2020 г. – 4788, в 2021 – 5803 [2]. Эти данные, однако, несколько отличаются от статистики, приводимой в ежегодном докладе уполномоченного при президенте Российской Федерации по правам ребенка, согласно которому в 2020 году сексуальные преступления в отношении несовершеннолетних были совершены 7072 лицами [3], а в 2021 г. – 7687 лицами [4].

В совокупности с этими цифрами целесообразно проанализировать данные по тем же годам о числе обвиняемых, которым по результатам судебно-психиатрической экспертизы была установлена педофилия. За 2018 г. число таких лиц составило 236 человек [5], за 2019 г. – 239 [6], за 2020 г. – 234 [7], за 2021 г. – 316 (пока не опубликованные данные).

Какая бы статистика из приведенных не бралась за основу, даже если исключить из анализа осужденных по статьям и частям статей Уголовного кодекса, где фигурируют несовершеннолетние старше 12 лет (когда установление педофилии маловероятно,

поскольку объект в основном уже соответствует пубертатному возрасту), встречаемость педофилов среди лиц, совершающих сексуальные правонарушения в отношении малолетних детей, не превышает 20%. То есть более 80% лиц, совершающих сексуальные действия в отношении несовершеннолетних, не имеют стойкого влечения к лицам детского возраста. По оценкам зарубежных авторов число сексуальных правонарушителей, обнаруживающих признаки влечения к детям, составляет приблизительно 50% [1], однако эти цифры основаны преимущественно на результатах фаллометрической оценки, что не гарантирует выраженности и стойкости сексуального предпочтения, то есть не обязательно означает наличие парафилии. Как указывают зарубежные исследователи, реальная оценка частоты встречаемости педофилии среди сексуальных правонарушителей, когда речь идет именно об установленном диагнозе, гораздо ниже и находится на уровне 10% [8].

Более того, по данным некоторых зарубежных оценок, существует процент больных педофилией, которые никогда не совершали сексуальных правонарушений. Этот процент весьма невелик (около 7%), но такие лица существуют [9].

Вместе с тем тесное пересечение юридической, социальной и медицинской проблематики в контексте сексуального злоупотребления детьми повлияло на расширение значения слова «педофилия», придав ему не только медицинское значение психиатрического диагноза с установленными критериями, но и превратив его в ярлык для описания любых сексуальных действий с несовершеннолетними. Этому

¹ Статьи 131 (части 3, 4 и 5), 132 (части 3, 4 и 5), 133 (части 2 и 3), 134, 135, 240 (часть 3), 240.1, 241 (части 2 и 3), 242 (части 2 и 3), 242.1 и 242.2 Уголовного кодекса Российской Федерации.

немало поспособствовал рост раскрываемости сексуальных преступлений в отношении несовершеннолетних в последние годы [3, 4], что опять же не обязательно связано с объективным ростом числа таких правонарушений, а, вероятно, отражает активную работу правоохранительных органов в связи с актуальной повесткой.

Таким образом, **целью** настоящей статьи стала оценка медицинских, юридических и социальных аспектов, связанных с педофилией и ее ролью в противоправном сексуальном поведении.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В данный обзор были включены наиболее влиятельные работы в области сексологии и сексуальной патологии, в том числе статьи с данными масштабных популяционных исследований о частоте встречаемости аномальных вариантов сексуального предпочтения, а также публикации разработчиков, принимавших непосредственное участие в утверждении рубрики парафильных расстройств для Международной классификации болезней 11-го пересмотра. Кроме того, в анализ были включены официальные материалы Всемирной Организации Здравоохранения и Американской Психиатрической Ассоциации, статистические сводки правовой и медицинской информации. В общей совокупности проанализированы и обобщены сведения из 32 источников.

ПОЛОЖЕНИЕ ПЕДОФИЛИИ В МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ БОЛЕЗНЕЙ

Медицинская модель педофилии зафиксирована в Международной классификации болезней 10-го пересмотра, действующей в настоящее время и на территории Российской Федерации [10]. Педофилия (F65.4) входит в рубрику «Расстройства сексуального предпочтения» (F65), расположенную, в свою очередь, в разделе «Расстройства личности

и поведения в зрелом возрасте» (F60–F69). Здесь педофилии дается следующее определение: «сексуальная тяга к детям (мальчикам, девочкам или к тем и другим), обычно препубертатного или раннего пубертатного возраста» [10, С. 370].

Для установления диагноза, помимо аномальных сексуальных побуждений, требуется соблюдение и двух других критериев, общих для расстройств сексуального предпочтения: действие в соответствии с аномальными побуждениями или значимый дистресс из-за них, а также сохранение аномального предпочтения на протяжении 6 месяцев и более. Также необходимым для установления диагноза считается достижение субъектом по меньшей мере 16-летнего возраста и наличие 5-летней разницы с объектом [11]. В данную диагностическую категорию включаются и те мужчины, которые, несмотря на предпочтение взрослых сексуальных партнеров, привычно обращаются в качестве замены к педофильному объекту. Точно так же диагноз педофилии может быть установлен в отношении мужчин, сексуально посягающих на собственных детей препубертатного возраста [12].

Таким образом, действующая Международная классификация болезней содержит как минимум две модели педофилии – помимо постоянного или доминирующего сексуального предпочтения детей препубертатного или раннего пубертатного возраста соответствующим диагнозу подразумевается и «привычное» обращение к детям в условиях фрустрации у лиц, способных поддерживать нормативные сексуальные отношения со взрослыми партнерами.

Установки мирового психиатрического сообщества по отношению к педофилии в целом остались неизменными и при переходе к Международной классификации болезней 11-го пересмотра [13]. Описание педофилии (6D32) в МКБ-11 выглядит следующим образом²:

2 В связи с отсутствием пока официального русскоязычного перевода МКБ-11 здесь приводится перевод, выполненный сотрудниками Лаборатории судебной сексологии ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России (основной переводчик – Л.Ю. Демидова) и одобренный рабочей группой по переводу и адаптации МКБ-11 в Российской Федерации, созданной в соответствии с приказом Минздрава России от 22 апреля 2021 г. № 385.

«Педофильное расстройство характеризуется стойким, целенаправленным и интенсивным паттерном сексуального возбуждения, который проявляется в повторяющихся сексуальных мыслях, фантазиях, побуждениях или действиях, включающих детей препубертатного возраста. В дополнение, чтобы диагностировать данное расстройство, человек должен был совершать действия в соответствии с этими мыслями, фантазиями или побуждениями или испытывать существенный дистресс в связи с ними».

Таким образом, некоторая коррекция подходов к диагностике парафилий в целом по своему содержанию не затрагивает устоявшихся представлений о конкретных диагностических критериях педофилии.

Конкретные критерии парафильных расстройств вызывают вопросы и критику, в том числе и за рубежом. Например, критикуется необходимость наличия дистресса для постановки диагноза при отсутствии реализации аномальных сексуальных желаний, также обозначаются трудности однозначной и объективной оценки «сексуального возбуждения», выведенного в критерии парафилий [14]. В научном сообществе обсуждается, достаточно ли «девиантных» сексуальных фантазий для постановки диагноза или в соответствии с этими фантазиями необходимо действовать [8]. Это все сложные вопросы, на которые еще только предстоит ответить, но важно понимать, что такие дискуссии ведутся.

Примечательно одно немаловажное обстоятельство – рабочая группа МКБ-11 рекомендовала оставить группу «Парафильных расстройств» в рамках «Психических и поведенческих расстройств». Если говорить в целом о группе парафилий, то существенные модификации рубрики расстройств сексуального предпочтения исходили из проведения кардинальных отличий состояний, относящихся к общественному здоровью и нуждающихся в медицинской коррекции, от состояний, носящих характер особенностей поведения отдельно взятого индивида, не влияющих на общественное здоровье и не требующих вмешательства со стороны органов здравоохранения [15].

Дискуссии разработчиков МКБ-11 вокруг парафильных расстройств в основном касаются именно необходимости разграничения частного варианта поведения и заболевания. Как указывают разработчики, «сам факт того, что индивид имеет “атипичный” паттерн сексуального возбуждения, отличающийся от того, что возбуждает большинство людей или от того, что считается нормативным в данной культуре или субкультуре, не указывает на наличие у индивида психического расстройства» [16, С. 1533–1534]. Частное поведение должно регулироваться уголовным кодексом, религией или общественной моралью, но не всегда является основанием для суждения о психическом здоровье [15]. В процессе работы над МКБ-11 в качестве границы, по которой следует проводить демаркационную линию между «атипичным» поведением, но не отвечающим критериям болезни, и «психической болезнью», было предложено рассматривать паттерны возбуждения, включающие других лиц, которые в силу возраста или состояния не испытывают желания или неспособны дать свое согласие на сексуальную активность [16]. Лучшего и более четкого разграничения пока просто не существует, в противном случае слишком размываются границы, в пределах которых медицина может вмешиваться в частную жизнь, а здравоохранение начинает выполнять функции социального института, судящего о морали, которые в действительности должны нести на себе именно общество, полиция, религия.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПЕДОФИЛЬНОГО РАССТРОЙСТВА

Распространенность педофилии в общей популяции к настоящему времени достоверно не известна. На основании аналитического обобщения ранее проведенных исследований М.С. Seto оценивал максимально возможную распространенность педофилии в 5%, но в своих последних работах отмечает, что более реалистичная оценка соответствует 1–3% [1]. Цифры в районе 3–5% приведены

и в Американской классификации болезней DSM-V [17]. На основании аналитических обзоров все чаще исследователи приходят к выводу, что распространенность истинных педофильных сексуальных предпочтений у мужчин в общей популяции составляет приблизительно 1%, но при исследовании фантазий распространенность может подниматься до 5% [18].

Частота встречаемости сексуального интереса к детям в популяции широко варьируется по данным разных исследований. К подобного рода статистике надо относиться с большой осторожностью. Получаемые оценки сильно зависят от репрезентативности выборки, от дизайна исследования и специфики задаваемых вопросов. Например, в одной из работ испытуемых спрашивали о наличии фантазий о сексуальной инициации «young girl» (что можно перевести и как «молодой девушки», и как «юной девочки») и получили утвердительные ответы в 61,7% случаев [19], что представляется неудивительным, учитывая неоднозначность использованной авторами формулировки.

Большинство исследований по эпидемиологии парафилий проводятся анонимно, нередко с использованием Интернета, или же на добровольцах. Остается неясным, что из себя представляют лица, согласившиеся принять участие в опросе на сексуальную тематику, не являются ли они в среднем более девиантными, чем прошедшие мимо такого опроса, насколько искренне они отвечали и т.п. Например, в одной из таких работ запрос на участие был отправлен 1915 лицам, ранее принимавшим участие в другом исследовательском проекте, и из них только 367 человек согласились принять участие в исследовании, где требовалось отвечать о девиантных сексуальных предпочтениях [20]. В тщательно проведенных популяционных исследованиях, выборки в которых представляются наиболее репрезентативными, процент лиц, утвердивших о желании иметь сексуальный контакт с ребенком, не превысил для канадской выборки 1,1% (для мужчин) и 0,2% (для женщин) [21], для чешской выборки – 1% (для мужчин) и 0,1% (для женщин) [22].

ДИСКУССИЯ ОБ ОТНЕСЕНИИ ПЕДОФИЛИИ К ПСИХИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВАМ

Одним из острейших является вопрос о том, можно ли рассматривать педофилию как сексуальную ориентацию. В частности, в первом издании DSM-5 лица с сексуальным интересом к детям, которые не совершают контактных сексуальных правонарушений, были представлены как лица с «педофильной сексуальной ориентацией» [17, С. 698]. Впоследствии Американской психиатрической ассоциацией было выпущено заявление, указывающее, что отсылка к педофилии как ориентации была «опечаткой» и вместо слова «ориентация» должно было быть слово «интерес» [23, С. 110].

J. P. Fedoroff прямо указывает, что некоторые мужчины с педофилией зацепились за идею об ориентации и надеются, что общество изменит свои установки в отношении педофилии тем же путем, как некоторые общества изменили свои установки в отношении гомосексуальности или трансгендерных лиц, а также, что лечение от педофилии в этом контексте будет признано как незтичное, неэффективное и незаконное [23].

Хотя описание педофилии как ориентации в конечном итоге было отвергнуто в DSM-5, остается вопрос о самой возможности рассмотрения педофилии в таком контексте. Как указывают зарубежные исследователи, ответ на этот вопрос зависит от того, что имеется в виду под словом «ориентация». M. C. Seto [24] попытался привести аргументы в пользу того, что понятие педофилии поглощается понятием ориентации, но они были раскритикованы другими исследователями [25, 26]. J. P. Fedoroff указывает: «Сторонники идеи о том, что педофилия является ориентацией, путают устойчивость влечения с ориентацией, а также безапелляционно принимают идею, что ориентация определяется генетически, хотя на данный момент нет убедительных исследований, в которых были бы подтверждены ген или гены, связанные с сексуальной ориентацией [23]».

Сам М.С. Seto, отстаивающий точку зрения о педофилии как ориентации, опирается при этом именно на критерий длительности и некоторые свидетельства биологической подоплеку под этим расстройством, и он же отмечает: «Тот факт, что я аргументировал, что в педофилии может быть сходство с сексуальной ориентацией по возрасту, не исключает рассмотрения ее также как психического расстройства» [1, С. 114].

Таким образом, в настоящее время дискуссии о возможности использования слова «ориентация» в контексте педофилии носят характер концептуального научного спора. Представляется, однако, что прежде, чем концептуально спорить о таком вопросе, необходимо сформировать четкое и недвусмысленное представление о том, что такое ориентация. В противном случае в сознании любого человека произвольно происходит смешение категорий, прочно связанных со словом «ориентация» (сексуальное влечение, нормативность, правомерность, неизменность), и категории педофилии. То есть суждение М. Seto о том, что педофилия – это ориентация, но болезнь [1], и точка зрения J.P. Fedoroff о том, что ориентация – это не сексуальное, а платоническое отношение [23], внутренне противоречивы. В контексте же наиболее устоявшегося представления об ориентации, имеющиеся данные показывают, что педофилия не может рассматриваться в качестве таковой.

ЗАКОНОДАТЕЛЬНЫЕ ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ ПЕДОФИЛИИ В РОССИИ

В Российской Федерации действующая на сегодняшний день система законодательного регулирования мер медицинского характера в отношении лиц с педофилией сложилась после вступления в силу Федерального закона от 29.02.2012 г. № 14-ФЗ «О внесении изменений в Уголовный кодекс Российской Федерации и отдельные законодательные акты Российской Федерации в целях усиления ответственности за преступления сексуального

характера, совершенные в отношении несовершеннолетних» [27, 28]. Основным нововведением является появление в УК, УПК и УИК РФ субъекта, характеризующегося признаками, наличие которых влечет специфические правовые последствия: это лицо старше 18 лет, страдающее расстройством сексуального предпочтения в форме педофилии, не исключая вменяемости, совершившее сексуальное преступление в отношении потерпевшего, не достигшего 14 лет.

Статья 196 УПК РФ («Обязательное назначение судебной экспертизы») была дополнена пунктом 3.1, устанавливающим в таком случае обязательное назначение судебной экспертизы для решения вопроса о наличии или об отсутствии у обвиняемого расстройства сексуального предпочтения (педофилии). С наличием педофилии закон связывает правовое последствие в виде применения специфической принудительной меры медицинского характера. Она предусмотрена пунктом «д» части 1 ст. 97, а также пунктом «а» части 1 ст. 99 УК РФ – это амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра.

Таким образом, если у обвиняемого в противоправных действиях сексуального характера в отношении несовершеннолетнего диагностируется педофилия, то даже в отсутствие иных психических расстройств, имеющих юридическое значение, он подлежит амбулаторному принудительному наблюдению и лечению у психиатра. Исполнение принудительного лечения во время отбывания наказания возлагается на медицинскую службу Федеральной службы исполнения наказаний (ФСИН) Министерства юстиции РФ.

Вне зависимости от времени последнего освидетельствования и даже в случае отмены принудительного лечения лицо, к которому принудительное лечение применяется (либо применялось, но было отменено) должно быть направлено на судебно-психиатрическую экспертизу не позднее 6 месяцев до истечения срока наказания. Экспертиза назначается судом по ходатайству администрации учреждения, исполняющего наказание. Целью экспертного исследования в таком

случае является вопрос о необходимости применения принудительного лечения лица после отбытия им наказания (а также в период условно-досрочного освобождения или в период отбывания более мягкого наказания). Экспертам в своем заключении следует указать диагноз (наличие или отсутствие расстройства сексуального предпочтения в форме педофилии), а также наличие или отсутствие необходимости применения к осужденному после отбытия им наказания амбулаторного принудительного наблюдения и лечения. «Суд на основании заключения судебно-психиатрической экспертизы может назначить принудительную меру медицинского характера, предусмотренную пунктом «а» части первой статьи 99 настоящего Кодекса, или прекратить ее применение» (ч. 2.1 ст. 102 УК РФ).

Исполнение амбулаторного принудительного наблюдения и лечения у психиатра, назначенного в качестве принудительной меры медицинского характера после отбывания наказания, возлагается на учреждения органов здравоохранения, оказывающие амбулаторную психиатрическую помощь (психоневрологические диспансеры, кабинеты психиатров) (ч. 1 ст. 104 УК РФ). Амбулаторное принудительное лечение, назначенное после отбывания наказания, продлевается и прекращается по правилам, предусмотренным в ч. 2 ст. 102 УК РФ, и не может быть заменено на принудительное стационарное лечение.

В процессе исполнения амбулаторного принудительного наблюдения и лечения у психиатра психиатрические учреждения взаимодействуют с уголовно-исполнительными инспекциями, уполномоченными осуществлять контроль за применением принудительных мер медицинского характера, назначенных в соответствии с ч. 2.1 ст. 102 УК РФ (ч. 13 ст. 16 УИК РФ).

В полномочия уголовно-исполнительных инспекций включено право направлять в суд представление о продлении и прекращении применения принудительных мер медицинского характера. В соответствии с ч. 1 ст. 102

УК РФ продление и прекращение применения принудительных мер медицинского характера в этих случаях осуществляются судом по представлению уголовно-исполнительной инспекции, контролирующей применение принудительных мер медицинского характера, на основании заключения комиссии врачей-психиатров. Также уголовно-исполнительные инспекции в ч. 2 ст. 102 УК РФ названы в качестве органа, куда может быть подано ходатайство лица, в отношении которого исполняется принудительная мера медицинского характера, его законного представителя и (или) близкого родственника о прекращении принудительного лечения.

Кроме того, на лиц, указанных в п. «д» ч. 1 ст. 97 УК РФ, которым после отбывания наказания назначено амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра, распространяется совместный приказ Минздрава РФ и МВД РФ от 30 апреля 1997 г. № 133/269 «О мерах по предупреждению общественно опасных действий лиц, страдающих психическими расстройствами», в частности, те положения, которые касаются лиц, направленных судом на амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра. Так, утвержденная приказом Инструкция об организации взаимодействия органов здравоохранения и органов внутренних дел Российской Федерации по предупреждению общественно опасных действий лиц, страдающих психическими расстройствами, предусматривает выделение группы пациентов, подлежащих активному диспансерному наблюдению в психоневрологических диспансерах (отделениях, кабинетах).

Согласно полученным ответам главных внештатных специалистов психиатров регионов, на сегодняшний день на амбулаторном принудительном наблюдении и лечении у психиатра в связи с педофилией находится чуть больше 80 человек. С учетом того, что данная законодательная норма вступила в силу лишь в 2012 г., а срок уголовного заключения по данной категории дел в большинстве случаев составляет 12 и более лет, в ближайшие годы следует прогнозировать

существенный приток в амбулаторное звено психиатрической помощи освобождающихся лиц с педофилией, которым данная принудительная мера медицинского характера была назначена судом.

ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ И ИХ ЭФФЕКТИВНОСТЬ

Парафилии являются хроническими, длятся много лет, если не всю жизнь, имеют разную тяжесть, связанную с числом потерпевших, их возрастом и степенью причиняемого вреда [8]. Тем не менее, нет никаких доказательств, что парафильные интересы не изменяются со временем или не корректируются в ответ на проводимую терапию [26]. Цели лечения парафильных расстройств заключаются в контроле над парафильными фантазиями и поведением для снижения риска совершения сексуальных преступлений, контроле сексуальных побуждений, снижении дистресса и подкреплении непарафильных (нормативных) сексуальных интересов и поведения [8]. Представляется важным отметить, что терапевтическая помощь за рубежом предлагается всем сексуальным правонарушителям, независимо от наличия диагноза парафилии, а сам диагноз служит лишь одним из существенных факторов риска, утяжеляющих терапевтическую работу.

Методы лечения, которые в настоящее время используются в разных странах мира, делятся на три категории: билатеральная орхизэктомия (хирургическая кастрация), психотерапия, фармакотерапия (в том числе «химическая кастрация»), а выбор конкретного способа лечения зависит от предыдущей истории субъекта, его готовности сотрудничать, интенсивности парафильных сексуальных фантазий и риска совершения им сексуального насилия [8]. Применение хирургических методов, как вызывающих необратимые последствия, при принудительном лечении психических расстройств в России запрещено в соответствии с п. 5 ст. 11 Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях

прав граждан при ее оказании» от 02.07.1992 № 3185–1.

Согласно многочисленным обзорам и мета-анализам, сочетание фармакологического лечения и разновидностей когнитивно-бихевиоральной терапии (показывающей наибольшую эффективность при лечении парафильных расстройств) под пристальным юридическим контролем в целом снижает риск повторных правонарушений [8]. При этом лечение должно соответствовать принципам модели «Риск-Потребность-Восприимчивость» («Risk-Need-Responsivity») [29], согласно которым эффективность проводимой терапии и ее интенсивность будут тем выше, чем выше уровень риска у конкретного правонарушителя, а в качестве мишеней терапии необходимо выбирать именно изменчивые (динамические) факторы риска.

Алгоритм лечения расстройств сексуального предпочтения представляет собой многоуровневую систему, а выбор конкретного уровня зависит от степени тяжести сексуального расстройства. На первом, легком, уровне речь идет только о наличии у субъекта педофильных сексуальных фантазий, а лечение может ограничиваться психотерапией; на последних уровнях, четвертом и пятом, речь идет о наиболее тяжелых формах парафильных расстройств, сопряженных со средним и высоким риском совершения контактных правонарушений, и в курации таких больных помимо психотерапии всегда используются фармакологические препараты, в том числе агонисты гонадотропин релизинг гормона длительного действия и антиандрогены (так называемая «химическая кастрация») [8].

Говоря о возможности первичной профилактики сексуальных правонарушений в отношении несовершеннолетних, необходимо отметить, что вследствие закономерных опасений пациентов по поводу разглашения информации об их аномальном сексуальном влечении к детям, обращаемость к врачам у таких лиц крайне низкая. В этом контексте способом, повышающим шанс на добровольное обращение за помощью, является анонимное лечение, примером которого может быть

Германия, где в рамках проекта Dunkelfeld (нем. «темное поле») налажена медицинская помощь лицам с педофильным расстройством [30, 31]. Ежегодно около двух тысяч человек обращаются с просьбой о помощи в рамках этого проекта из-за наличия у них аномального сексуального влечения [32]. Работа с лицами, осознающими свой аномальный сексуальный интерес, а также с лицами, не успевшими совершить контактные правонарушения, включение их в программы профилактики позволяет избегать совершения контактных преступлений.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Среди лиц, совершающих сексуальные действия в отношении детей, субъекты с педофилией составляют лишь часть, а подавляющее большинство таких правонарушителей не соответствуют медицинским критериям расстройства сексуального предпочтения, их преступления определяются иными механизмами. Предпринимая действия по первичной и вторичной профилактике сексуальной преступности в отношении несовершеннолетних, необходимо рассматривать эту проблему в более широком контексте, с учетом современных данных о распространенности аномальных сексуальных интересов в популяции.

Отсутствие разработанных в нашей стране терапевтических подходов к лечению сексуальных правонарушителей вызывает опасения, поскольку «гормональное лечение не меняет содержание парафилии (особенно в случае ее эксклюзивных форм), и терапия оказывается преимущественно симптоматической» [8, С. 65], то есть после отмены препаратов через некоторое время аномальные сексуальные фантазии возвращаются. Возможным выходом из этой ситуации была бы разработка в нашей стране психотерапевтических подходов к лечению педофилии и в целом к профилактике сексуальных

правонарушений в отношении несовершеннолетних.

ВКЛАД АВТОРОВ

С.В. Шпорт – разработка концепции работы, окончательное редактирование и утверждение публикуемой версии рукописи; М.Ю. Каменсков – редактирование текста и обзор работ по криминальной статистике и распространенности педофилии в популяции; Г.Е. Введенский – обзор работ по терапии расстройств сексуального предпочтения; Л.Ю. Демидова – редактирование текста и обзор работ по распространенности и терапии педофилии, об отнесении педофилии к психическим расстройствам; Н.Г. Васильев – обзор работ по криминальной статистике и распространенности педофилии в популяции; А.А. Ткаченко – формулировка идеи, окончательное редактирование публикуемой версии рукописи, описание положения педофилии в классификации болезней, законодательных подходов к оценке и лечению сексуальных правонарушителей с педофилией.

AUTHOR CONTRIBUTIONS

S.V. Shport – development of the concept of the work, final editing and approval of the published version of the manuscript; M. Yu. Kamenskov – text editing and review on the criminal statistics and the prevalence of pedophilia in the population; G.E. Vvedenskii – review on the therapy of disorders of sexual preference; L. Yu. Demidova – text editing and review on works on the prevalence and therapy of pedophilia, on the attribution of pedophilia to mental disorders; N.G. Vasilyev – review on criminal statistics and the prevalence of pedophilia in the population; A.A. Tkachenko – formulation of the idea, final editing of the published version of the manuscript, description of pedophilia in classification of diseases, legislative basis on the assessment and treatment of sex offenders with pedophilia.

ЛИТЕРАТУРА

1. Seto M.C. Pedophilia and Sexual Offending Against Children. Theory, Assessment, and Intervention. Washington, DC: American Psychological Association, 2018. – 330 p.
2. Агентство Правовой Информации. Судебная статистика Российской Федерации [Электронный ресурс]. URL: <https://stat.api-пресс.пф> (Дата обращения: 04.10.2022).
3. Кузнецова А. Ю. Доклад о деятельности уполномоченного при президенте Российской Федерации по правам ребёнка в 2020 году. 2020. – 188 с.
4. Львова-Белова М. А. Доклад о деятельности уполномоченного при президенте Российской Федерации по правам ребёнка в 2021 году. 2021. – 481 с.
5. Основные показатели деятельности судебно-психиатрической экспертной службы Российской Федерации в 2018 году: Аналитический обзор. Выпуск 27 / Под ред. Макушкина Е. В. Москва: ФГБУ «НМИЦ ПН им. В. П. Сербского» Минздрава России, 2019. – 200 с.
6. Основные показатели деятельности судебно-психиатрической экспертной службы Российской Федерации в 2019 году: Аналитический обзор. Выпуск 28 / Под ред. Макушкина Е. В. Москва: ФГБУ «НМИЦ ПН им. В. П. Сербского» Минздрава России, 2020. – 200 с.
7. Основные показатели деятельности судебно-психиатрической экспертной службы Российской Федерации в 2020 году: Аналитический обзор. Выпуск 29 / Под ред. Макушкин Е. В. Москва: ФГБУ «НМИЦ ПН им. В. П. Сербского» Минздрава России, 2021. – 203 с.
8. Thibaut F., Cosyns P., Fedoroff J. P., Briken P., Goethals K., Bradford J. M. W. The WFSBP Task Force on Paraphilias. The World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) 2020 guidelines for the pharmacological treatment of paraphilic disorders // *World J Biol Psychiatry*. 2020; 21 (6): 412–490. DOI: 10.1080/15622975.2020.1744723.
9. Grundmann D., Krupp J., Scherner G., Amelung T., Beier K. M. Stability of Self-Reported Arousal to Sexual Fantasies Involving Children in a Clinical Sample of Pedophiles and Hebephiles // *Arch Sex Behav*. 2016; 45 (5): 1153–1162. DOI: 10.1007/S10508-016-0729-Z.
10. Всемирная организация здравоохранения. МКБ-10. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем. Десятый пересмотр. Том 1 (часть 1). Москва: издательство «Медицина» по поручению Министерства здравоохранения и медицинской промышленности Российской Федерации, которому ВОЗ вверила выпуск данного издания на русском языке, 1995. – 698 с.
11. World Health Organization. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Diagnostic criteria for research. Geneva: World Health Organization, 1993. – 248 p.
12. World Health Organization. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: World Health Organization, 1992. – 362 p.
13. World Health Organization. International classification of diseases for mortality and morbidity statistics (11th Revision). 2018. [Электронный ресурс]. URL: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en> (Дата обращения: 04.10.2022).
14. O'Donohue W. A critique of the proposed DSM-V diagnosis of pedophilia // *Arch Sex Behav*. 2010; 39 (3): 587–590. DOI: 10.1007/S10508-010-9604-5.
15. Reed G. M., Drescher J., Krueger R. B., Atalla E., Cochran S. D., First M. B., Cohen-Kettenis P. T., Arango-de Montis I., Parish S. J., Cottler S., Briken P., Saxena S. Disorders related to sexuality and gender identity in the ICD-11: revising the ICD-10 classification based on current scientific evidence, best clinical practices, and human rights considerations // *World Psychiatry*. 2016; 15 (3): 205–221. DOI: 10.1002/WPS.20354.
16. Krueger R. B., Reed G. M., First M. B., Marais A., Kismodi E., Briken P. Proposals for Paraphilic Disorders in the International Classification of Diseases and Related Health Problems, Eleventh Revision (ICD-11) // *Arch Sex Behav*. 2017; 46 (5): 1529–1545. DOI: 10.1007/S10508-017-0944-2.
17. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2013. – 943 p.
18. Tenbergen G., Wittfoth M., Frieling H., Ponseti J., Walter M., Walter H., Beier K. M., Schiffer B., Krueger T. H. C. The Neurobiology and Psychology of Pedophilia: Recent Advances and Challenges // *Front Hum Neurosci*. 2015; 9 (June), 1. DOI: 10.3389/FNHUM.2015.00344
19. Crépault C., Couture M. Men's erotic fantasies // *Arch Sex Behav*. 1980; 9 (6): 565–581. DOI: 10.1007/BF01542159.
20. Ahlers C. J., Schaefer G. A., Mundt I. A., Roll S., Englert H., Willich S. N., Beier K. M. How unusual are the contents of paraphilias? Paraphilia-associated sexual arousal patterns in a community-based sample of men // *J Sex Med*. 2011; 8 (5): 1362–1370. DOI: 10.1111/J.1743–6109.2009.01597.X.
21. Joyal C. C., Carpentier J. The Prevalence of Paraphilic Interests and Behaviors in the General Population: A Provincial Survey // *J Sex Res*. 2017; 54 (2): 161–171. DOI: 10.1080/00224499.2016.1139034
22. Bárťová K., Androvičová R., Krejčová L., Weiss P., Klapiřová K. The Prevalence of Paraphilic Interests in the Czech Population: Preference, Arousal, the Use of Pornography, Fantasy, and Behavior // *J Sex Res*. 2021; 58 (1): 86–96. DOI: 10.1080/00224499.2019.1707468.

23. *Fedoroff J.P.* The Paraphilias. Changing Suits in the Evolution of Sexual Interest Paradigms. New York, NY: Oxford University Press, 2020. – 296 p.
24. *Seto M.C.* Is pedophilia a sexual orientation? // *Arch Sex Behav.* 2012; 41 (1): 231–236. DOI: 10.1007/S10508-011-9882-6.
25. *Cantor J.M.* Is Homosexuality a Paraphilia? The Evidence For and Against // *Arch Sex Behav.* 2012; 41 (1): 237–247. DOI: 10.1007/S10508-012-9900-3.
26. *Fedoroff J.P.* More Puzzles: A Response to Seto's (2017) «The Puzzle of Male Chronophilias» // *Arch Sex Behav.* 2018; 47 (8): 2171–2173. DOI: 10.1007/S10508-018-1242-3.
27. *Ткаченко А.А., Шишков С.Н.* Судебно-психиатрическая экспертиза по определению расстройств сексуальных предпочтений в свете Федерального закона от 29.02.2012 № 14-ФЗ «О внесении изменений в Уголовный кодекс Российской Федерации и отдельные законодательные акты Российской Федерации в целях усиления ответственности за преступления сексуального характера, совершенные в отношении несовершеннолетних». Информационное письмо. Москва: ГНЦ ССП им. В.П. Сербского, 2012. – 8 с.
28. *Ткаченко А.А., Введенский Г.Е., Дворянчиков Н.В.* Судебная сексология. Москва: Бином, 2015. – 648 с.
29. *Bonta J., Andrews D.A.* The Psychology of Criminal Conduct. Sixth Edition. New York, NY: Routledge, 2017. – 470 p.
30. *Beier K.M., Grundmann D., Kuhle L.F., Scherner G., Konrad A., Amelung T.* The German Dunkelfeld Project: A Pilot Study to Prevent Child Sexual Abuse and the Use of Child Abusive Images // *J Sex Med.* Elsevier. 2015; 12 (2): 529–542. DOI: 10.1111/JSM.12785.
31. *Mokros A., Banse R.* The «Dunkelfeld» Project for Self-Identified Pedophiles: A Reappraisal of its Effectiveness // *J Sex Med.* 2019; 16 (5): 609–613. DOI: 10.1016/J.JSXM.2019.02.009.
32. *Демидова Л.Ю., Ткаченко А.А.* Отчёт о семинаре и мастер-классе с международным участием «Терапия педофильного расстройства» // *Российский психиатрический журнал.* 2019; (4): 84–86.

REFERENCES

1. *Seto M.C.* Pedophilia and Sexual Offending Against Children. Theory, Assessment, and Intervention. Washington, DC: American Psychological Association, 2018. – 330 p.
2. Legal Information Agency. Forensic statistics of the Russian Federation [Electronic resource]. URL: <https://stat.ani-npesc.pf> (Accessed: 04.10.2022). (In Russian).
3. *Kuznetsova A.Yu.* Report on the activities of the authorized by president of the Russian Federation for children's rights in 2020. – 188 p. (In Russian).
4. *Lvova-Belova M.A.* Report on the activities of the authorized by president of the Russian Federation for children's rights in 2021. – 481 p. (In Russian).
5. Key indicators of the activity in Forensic Psychiatric Expert Service of the Russian Federation in 2018. Analytical review. Issue 27 / Ed. E. V. Makushkin. Moscow: FSBI "V. Serbsky NMRCPPN" of the Ministry of Health of Russia, 2019. – 200 p. (In Russian).
6. Key indicators of the activity in Forensic Psychiatric Expert Service of the Russian Federation in 2019. Analytical review. Issue 28 / Ed. E. V. Makushkin. Moscow: FSBI "V. Serbsky NMRCPPN" of the Ministry of Health of Russia, 2020. 200 p. (In Russian).
7. Key indicators of the activity in Forensic Psychiatric Expert Service of the Russian Federation in 2020. Analytical review. Issue 29 / Ed. E. V. Makushkin. Moscow: FSBI "V. Serbsky NMRCPPN" of the Ministry of Health of Russia, 2021. 203 p. (In Russian).
8. *Thibaut F., Cosyns P., Fedoroff J.P., Briken P., Goethals K., Bradford J.M.W.,* The WFSBP Task Force on Paraphilias. The World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) 2020 guidelines for the pharmacological treatment of paraphilic disorders // *World J Biol Psychiatry.* 2020;21(6):412–490. DOI: 10.1080/15622975.2020.1744723
9. *Grundmann D., Krupp J., Scherner G., Amelung T., Beier K.M.* Stability of Self-Reported Arousal to Sexual Fantasies Involving Children in a Clinical Sample of Pedophiles and Hebephiles // *Arch Sex Behav.* 2016; 45(5):1153–1162. DOI: 10.1007/S10508-016-0729-Z.
10. World Health Organization. ICD-10. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. Tenth Revision. Volume 1 (part 1). Moscow: Publisher "Meditsina" by order of the Ministry of Health of Russia, to which WHO entrusted the publication in Russian, 1995. – 698 p. (In Russian).
11. World Health Organization. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Diagnostic criteria for research. Geneva: World Health Organization, 1993. – 248 p.
12. World Health Organization. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: World Health Organization, 1992. – 362 p.
13. World Health Organization. International classification of diseases for mortality and morbidity statistics (11th Revision). 2018. [Electronic resource]. URL: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en> (Accessed: 04.10.2022).
14. *O'Donohue W.* A critique of the proposed DSM–V diagnosis of pedophilia // *Arch Sex Behav.* 2010;39(3):587–590. DOI: 10.1007/S10508-010-9604-5.
15. *Reed G.M., Drescher J., Krueger R.B., Atalla E., Cochran S.D., First M.B., Cohen-Kettenis P.T., Arango-de*

- Montis I., Parish S.J., Cottler S., Briken P., Saxena S. Disorders related to sexuality and gender identity in the ICD-11: revising the ICD-10 classification based on current scientific evidence, best clinical practices, and human rights considerations // *World Psychiatry*. 2016; 15(3):205–221. DOI: 10.1002/WPS.20354.
16. Krueger R.B., Reed G.M., First M.B., Marais A., Kismodi E., Briken P. Proposals for Paraphilic Disorders in the International Classification of Diseases and Related Health Problems, Eleventh Revision (ICD-11) // *Arch Sex Behav*. 2017; 46(5):1529–1545. DOI: 10.1007/S10508-017-0944-2.
 17. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2013. – 943 p.
 18. Tenbergen G., Wittfoth M., Frieling H., Ponseti J., Walter M., Walter H., Beier K.M., Schiffer B., Kruger T.H.C. The Neurobiology and Psychology of Pedophilia: Recent Advances and Challenges // *Front Hum Neurosci*. 2015; 9(June):1. DOI: 10.3389/FN-HUM.2015.00344.
 19. Crépault C., Couture M. Men's erotic fantasies // *Arch Sex Behav*. 1980; 9(6):565–581. DOI: 10.1007/BF01542159.
 20. Ahlers C.J., Schaefer G.A., Mundt I.A., Roll S., Englert H., Willich S.N., Beier K.M. How unusual are the contents of paraphilias? Paraphilia-associated sexual arousal patterns in a community-based sample of men // *J Sex Med*. 2011; 8(5):1362–1370. DOI: 10.1111/J.1743–6109.2009.01597.X.
 21. Joyal C.C., Carpentier J. The Prevalence of Paraphilic Interests and Behaviors in the General Population: A Provincial Survey // *J Sex Res*. 2017; 54(2):161–171. DOI: 10.1080/00224499.2016.1139034.
 22. Bártová K., Androvičová R., Krejčová L., Weiss P., Klapi-lová K. The Prevalence of Paraphilic Interests in the Czech Population: Preference, Arousal, the Use of Pornography, Fantasy, and Behavior // *J Sex Res*. 2021; 58(1):86–96. DOI: 10.1080/00224499.2019.1707468.
 23. Fedoroff J.P. The Paraphilias. Changing Suits in the Evolution of Sexual Interest Paradigms. New York, NY: Oxford University Press, 2020. – 296 p.
 24. Seto M.C. Is pedophilia a sexual orientation? // *Arch Sex Behav*. 2012; 41(1):231–236. DOI: 10.1007/S10508-011-9882-6.
 25. Cantor J.M. Is Homosexuality a Paraphilia? The Evidence For and Against // *Arch Sex Behav*. 2012; 41(1):237–247. DOI: 10.1007/S10508-012-9900-3.
 26. Fedoroff J.P. More Puzzles: A Response to Seto's (2017) «The Puzzle of Male Chronophilias» // *Arch Sex Behav*. 2018; 47(8): 2171–2173. DOI: 10.1007/S10508-018-1242-3.
 27. Tkachenko A.A., Shishkov S.N. Forensic psychiatric examination of disorders of sexual preferences according to the Federal Law No. 14-FZ of 29.02.2012 “On Amendments to the Criminal Code of the Russian Federation and Certain Legislative Acts of the Russian Federation in order to strengthen responsibility for sexual crimes committed against minors”. Information letter. Moscow: V. Serbsky FRC SFP, 2012. – 8 p. (In Russian).
 28. Tkachenko A.A., Vvedenskii G.E., Dvoryanchikov N.V. Forensic Sexology. Moscow: Binom, 2015. – 648 p. (In Russian).
 29. Bonta J., Andrews D.A. The Psychology of Criminal Conduct. Sixth Edition. New York, NY: Routledge, 2017. – 470 p.
 30. Beier K.M., Grundmann D., Kuhle L.F., Scherner G., Konrad A., Amelung T. The German Dunkelfeld Project: A Pilot Study to Prevent Child Sexual Abuse and the Use of Child Abusive Images // *J Sex Med*. Elsevier. 2015; 12(2):529–542. DOI: 10.1111/JSM.12785.
 31. Mokros A., Banse R. The «Dunkelfeld» Project for Self-Identified Pedophiles: A Reappraisal of its Effectiveness // *J Sex Med*. 2019; 16(5):609–613. DOI: 10.1016/J.JSXM.2019.02.009.
 32. Demidova L.Yu., Tkachenko A.A. Report on the seminar and master class with international participation on Therapy of Pedophilic Disorder // *Russian Journal of Psychiatry*. 2019;(4):84–86. (In Russian).

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ/ABOUT THE AUTHORS

Шпорт Светлана Вячеславовна – д-р мед. наук, генеральный директор, ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва, Россия.

Svetlana V. Shport – Doctor of Medical Sciences, General Director, FSBI “V. Serbsky National Medical Research Centre for Psychiatry and Narcology” of the Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, Russia.

E-mail: shport.s@serbsky.ru

Каменсков Максим Юрьевич – д-р мед. наук, руководитель лаборатории судебной сексологии, ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва, Россия.

Maksim Yu. Kamenskov – Doctor of Medical Sciences, Head of the Laboratory of Forensic Sexology, FSBI “V. Serbsky National Medical Research Centre for Psychiatry and Narcology” of the Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, Russia.

E-mail: kamenskov.m@serbsky.ru

Введенский Георгий Евгеньевич – д-р мед. наук, профессор, главный научный сотрудник лаборатории судебной сексологии, ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва, Россия.

Georgii E. Vvedenskii – Doctor of Medical Sciences, Professor, Chief Researcher of the Laboratory of Forensic Sexology, FSBI “V. Serbsky National Medical Research Centre for Psychiatry and Narcology” of the Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, Russia.

E-mail: vvedenski.g@serbsky.ru

Демидова Любовь Юрьевна – канд. психол. наук, старший научный сотрудник лаборатории судебной сексологии, ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва, Россия.

Liubov Yu. Demidova – Candidate of Sciences in Psychology, Senior Researcher of the Laboratory of Forensic Sexology, FSBI “V. Serbsky National Medical Research Centre for Psychiatry and Narcology” of the Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, Russia.

E-mail: demidova.l@serbsky.ru

Васильев Никита Георгиевич – научный сотрудник лаборатории судебной сексологии, ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва, Россия.

Nikita G. Vasiliev – Researcher of the Laboratory of Forensic Sexology, FSBI “V. Serbsky National Medical Research Centre for Psychiatry and Narcology” of the Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, Russia.

E-mail: vasiliev.n@serbsky.ru

Ткаченко Андрей Анатольевич – д-р мед. наук, профессор, руководитель отдела судебно-психиатрической экспертизы в уголовном процессе, ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва, Россия; профессор кафедры социальной и судебной психиатрии ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), г. Москва, Россия.

Andrey A. Tkachenko – Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department of Forensic Examination in Criminal Proceedings, FSBI “V. Serbsky National Medical Research Centre for Psychiatry and Narcology” of the Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, Russia; Professor of the Department of Social and Forensic Psychiatry, FSAEI HE I.M. Sechenov First Moscow State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation (Sechenov University), Moscow, Russia.

E-mail: tkachenko.a@serbsky.ru

УКАЗАТЕЛЬ СТАТЕЙ, ОПУБЛИКОВАННЫХ В ЖУРНАЛЕ «ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ», 2022 г., том 2

03-1

ТЕОРИЯ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ

Стилиди И. С., Заридзе Д. Г., Максимович Д. М., Дзитиев Д. М. Снижение заболеваемости злокачественными опухолями – еще одно последствие эпидемии COVID-19. 5–14

Макушкин Е. В., Дозорцева Е. Г., Ошевский Д. С., Бадмаева В. Д., Александрова Н. А., Чибисова И. А., Сыровкашина К. В. Выявление медико-психологических индикаторов неблагополучия у подростков для обеспечения безопасности образовательной среды и превенции ауто- и гетеро-агрессивного поведения. 15–26

Банников Г. С., Любов Е. Б., Кещян К. Л. Суицидологические службы России: проблемы и резервы развития. 27–34

МЕДИЦИНСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА

Боев О. И., Бычкова О. Г. Мониторинг преднамеренных самоповреждений как перспективное направление профилактики суицидов. 35–46

Карякин Н. Н. «Основные принципы организации оказания комплексной помощи лицам с расстройствами аутистического спектра» 47–55

РЕГИОНАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ

Ведяшкин В. Н. Практика оказания комплексной помощи детям и подросткам с суицидальным и несуицидальным самоповреждающим поведением в Алтайском крае. Профилактика, реабилитация, дестигматизация. 56–66

03-2

ТЕОРИЯ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ

Заридзе Д. Г., Стилиди И. С., Максимович Д. М., Дзитиев Д. М. Прогноз заболеваемости и смертности от рака шейки матки в России в зависимости от вакцинации против ВПЧ. 4–13

Лещенко Я. А., Лисовцов А. А. Здоровье молодежи в контексте кризиса культуры. 14–28

ФАКТОРЫ РИСКА

Салагай О. О., Сахарова Г. М., Антонов Н. С., Стадник Н. М. Пандемия COVID-19 и потребление табачной и никотин-содержащей продукции: обзор литературы. 29–39

ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ

Незнанов Н. Г., Васильева А. В., Салагай О. О. Роль психотерапии, как медицинской специальности, в общественном здоровье. 40–57

КОРПОРАТИВНЫЕ ПРОГРАММЫ

Иродова Е. Е., Смольницкая Н. Ю. Экономические аспекты общественного здоровья: издержки и выгоды предприятия. 58–72

ЦИФРОВОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

Павлов В. Н., Ханов А. М., Тюрганов А. Г. Цифровая медицина: ожидания и перспективы. 73–76

03-3

ГОСУДАРСТВЕННАЯ ПОЛИТИКА

Мурашко М. А., Самойлова А. В., Швабский О. Р., Иванов И. В., Минулин И. Б., Щерблыкина А. А., Таут Д. Ф. Обеспечение качества и безопасности медицинской деятельности в Российской Федерации как национальная идея. 5–15

ТЕОРИЯ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ

Зиновьева Е. В., Сапунова А. В., Иванов И. В. Безопасность обращения медицинских изделий на всех этапах их жизненного цикла. 16–24

Зырянов С. К., Затолочина К. Э., Казаков А. С. Актуальные вопросы обеспечения безопасности пациентов: роль фармаконадзора. 25–34

КАДРОВЫЕ ВОПРОСЫ

Габоян Я. С., Пивкина А. И. Роль сестринского персонала в обеспечении качества и безопасности медицинской деятельности. 35–41

Андоверова А. Г., Горбунова О. П., Немков А. Г., Скочина М. В. Опыт развития системы адаптации молодых специалистов, как слагаемого безопасности пациентов, в региональном здравоохранении Тюменской области. 42–49

РЕГИОНАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ

Худченко А. Г., Бродская Т. А., Гончаров К. В. Развитие системы управления качеством и безопасностью медицинской деятельности в Приморском крае. 50–63

03-4

ТЕОРИЯ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ

Алленов А. М., Макарова Е. В., Бенеславская О. А., Макарова В. И., Васильев М. Д. Готовность участников здоровьесбережения к мотивации населения к ведению здорового образа жизни. 4–14

МЕДИЦИНСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА

Заридзе Д. Г., Стилиди И. С., Мукерия А. Ф. Научное обоснование эффективности первичной и вторичной (скрининга) профилактики рака шейки матки. 15–23

РЕГИОНАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ

Склярова Т. В., Яхина Р. Р., Курлова Е. Б. Диспансеризация – индивидуальный выбор и/или сохранение общественного здоровья: критический анализ результатов регионального социологического исследования. 24–32

ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ

Беленкова Л. Ю., Михалёв И. В., Петровская М. В. Ментальное здоровье студентов инклюзивного вуза как показатель их психологического благополучия. 33–44

Шпорт С. В., Каменсков М. Ю., Введенский Г. Е., Демидова Л. Ю., Васильев Н. Г., Ткаченко А. А. Педофилия: социальное-правовые и медицинские аспекты. 45–57

Указатель статей, опубликованных в журнале в 2022 г. 58

Руслан Альбертович Хальфин к 75-летию со дня рождения



28 августа 2022 года отметил 75 лет со дня рождения Руслан Альбертович Хальфин – доктор медицинских наук, профессор, организатор здравоохранения, известный ученый в области общественного здоровья, управления, информационно-аналитического обеспечения здравоохранения и медицинского образования.

Профессор Р.А. Хальфин – признанный лидер российского здравоохранения, последовательно прошел путь от участкового педиатра до руководителя здравоохранением Свердловской области, длительное время работал в центральном аппарате Минздрава России и Минздравсоцразвития Российской Федерации.

В 1972 году окончил педиатрический факультет Свердловского государственного медицинского института и по распределению 4 года проработал в таежном поселке на севере области: педиатром, заведующим отделением, райпедиатром, а затем более тридцати лет – в системе здравоохранения Свердловской области. Активно развивал психиатрическую и наркологическую службу, создав первое в стране уникальное лечебно-профилактическое, учебно-производственное объединение «Психиатрия», из трех больниц на 1600 коек.

В 90-е годы Р.А. Хальфин возглавил Департамент здравоохранения Свердловской области, развивал профилактические программы по социально-значимым заболеваниям и укреплению здоровья.

С 2000 по 2008 годы Р.А. Хальфин работал в центральном аппарате Минздрава России, активно занимался развитием здравоохранения, внес значительный вклад в разработку основных направлений реализации экономических механизмов управления отраслью в т.ч. системы перехода на государственный заказ на основе стандартов медицинской помощи.

Р.А. Хальфин является одним из разработчиков и реализаторов национального проекта «Здоровье». Под его руководством в 2008 году

в Минздравсоцразвития России была создана рабочая группа с участием российских и международных экспертов высокого уровня по разработке первой «Стратегии профилактики и контроля неинфекционных заболеваний и травматизма в Российской Федерации», направленной на создание межсекторальной системы по предупреждению развития и прогрессирования НИЗ.

С 2003 года Руслан Альбертович заведует кафедрой организации здравоохранения, медицинской статистики и информатики ФГАОУ ВО Первого МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России, с 2014 года по настоящее время возглавляет Высшую школу управления здравоохранением Института лидерства и управления здравоохранением Сеченовского Университета – ведущий научно-образовательный центр подготовки управленческих кадров для отрасли здравоохранения.

Под его руководством разработана и успешно реализуется образовательная программа высшего образования – магистратура по направлению подготовки «Общественное здравоохранение», внедрены современные программы дополнительного профессионального образования, по которым прошли обучение свыше 5000 врачей-организаторов здравоохранения из 42 субъектов Российской Федерации, развивается Сотрудничающий центр ВОЗ по подготовке и обучению специалистов, формирующих политику здравоохранения в области профилактики и борьбы с неинфекционными заболеваниями для политиков здравоохранения стран Центральной Азии и Восточной Европы.

Возглавляемая Р.А. Хальфиным Высшая школа управления здравоохранением подтверждает высокий статус лидера научно-практических исследований и разработок в области общественного здоровья, организации и развития здравоохранения. Под его руководством создана научная школа из 25 докторов и кандидатов медицинских наук, он является автором более 350 научных публикаций.

Р.А. Хальфин – Заслуженный врач Российской Федерации, Лауреат Премии Правительства Российской Федерации в области науки и техники. Награжден рядом правительственных и ведомственных наград, в том числе Орденом «За заслуги перед Отечеством IV степени», Орденом Почета. Действительный государственный советник II класса.

Редакция журнала и все коллеги искренне поздравляют Руслана Альбертовича с юбилеем, желают ему крепкого здоровья, неиссякаемой энергии, новых проектов, счастливых лет жизни, благополучия и хорошего настроения. Пусть ему всегда сопутствует удача, а любовь и поддержка родных, друзей и учеников дарят неисчерпаемые силы для нового вдохновения и созидания!

Влияние алкоголя на организм



МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ



- Алкоголь – это психоактивное вещество, вызывающее зависимость.
- Употребление алкоголя признано причиной более 200 болезней и травм.
- Не менее 40 болезней и травм имеют 100% связь с употреблением алкоголя.
- Риск различных несчастных случаев при опасном потреблении алкоголя повышается в 6 раз, вероятность ДТП – в 4 раза.

Благодаря принятым мерам, потребление алкоголя в нашей стране снижается.



15,7 л/на душу населения
2008 г.



11,4 л/на душу населения
2015 г.



9 л/на душу населения
2021 г.

Потребление алкоголя – это всегда риск.

Безопасный градус – 0.

Если вы наблюдаете у себя или своих родственников проблемы с алкоголем, обратитесь в квалифицированную бесплатную помощь по номеру телефона или найдите подробную информацию о способах борьбы с зависимостями на официальном портале Минздрава России о здоровом образе жизни



8-800 200-0-200



takzdorovo.ru



