

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ

PUBLIC HEALTH. Scientific and practical journal

ИСКУССТВЕННЫЙ ИНТЕЛЛЕКТ

Этические аспекты развития

ГЕНДЕРНОЕ НЕСООТВЕТСТВИЕ

Социально-правовые и медицинские аспекты

ГРУДНОЕ ВСКАРМЛИВАНИЕ

Проблемы и перспективы

**ЗДОРОВЬЕ
ВО ВСЕХ
ПОЛИТИКАХ**

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ

Научно-практический журнал

Том 3

№ 1 • 2023

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).

Журнал включен в Перечень ВАК для публикации основных научных результатов диссертаций на соискание ученой степени кандидата и доктора наук по специальности 3.2.3. Общественное здоровье и организация здравоохранения, социология и история медицины (медицинские науки).

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

Ягубов М. И., Шпорт С. В., Старостина Е. А., Добаева Н. В., Ичмелян М. А.

**Социально-правовые и медицинские аспекты транссексуализма
(гендерного несоответствия)**

4–17

Ладодо О. Б., Жданова С. И., Зубков В. В., Коденцова В. М., Дегтярев Д. Н.,
Рюмина И. И., Салагай О. О., Шешко Е. Л.

Грудное вскармливание в России: проблемы и перспективы

18–32

МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ

Багненко С. Ф., Теплов В. М., Цебровская Е. А., Ихаев А. Б., Москвина С. С.

**Организация трехуровневой системы оказания скорой, в том числе специализированной,
медицинской помощи в субъектах Российской Федерации**

33–41

БИОЭТИКА ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ

Гусев А. В., Шарова Д. Е.

**Этические проблемы развития технологий искусственного интеллекта
в здравоохранении**

42–50

РЕГИОНАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ

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

**Компетенции ЗОЖ: новые практики формирования
(опыт регионального сетевого медико-социального проекта)**

51–60

МЕЖДУНАРОДНЫЕ АСПЕКТЫ

Базарчян А. А., Оганнисян С. Г., Еримян Г. А., Торосян А. Г.

**Обзор необходимости реформирования медицинского образования,
Республика Армения**

60–67

ПОЗДРАВЛЕНИЯ

Христо Перикловичу Тахчиди – 70 лет

68

Игорю Вениаминовичу Маеву – 60 лет

69

ВСЕМИРНЫЙ ДЕНЬ ЗДОРОВЬЯ – 2023

70

CONTENTS

PUBLIC HEALTH THEORY

Yagubov M. I., Shport S. V., Starostina E. A., Dobaeva N. V., Ichmelyan M. A.

**Social and legal and medical aspects of transsexualism
(gender incongruence)**

4–17

*Ladodo O. B., Zhdanova S. I., Zubkov V. V., Kodentsova V. M., Degtyarev D. N.,
Ryumina I. I., Salagay O. O., Sheshko E. L.*

Breastfeeding in Russia: problems and prospects

18–32

MEDICAL CARE

Bagnenko S. F., Teplov V. M., Tsebrovskaya E. A., Ihaev A. B., Moskvina S. S.

**Organization of a three-level system of emergency,
including emergency specialized, medical care
in the constituent entities of the Russian Federation**

33–41

BIOETHICS OF PUBLIC HEALTH

Gusev A. V., Sharova D. E.

**Ethical problems in the development of artificial intelligence
technologies in healthcare**

42–50

REGIONAL ASPECTS

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

**Competence of HLS: new practices of formation
(experience of the regional network medical and social project)**

51–60

INTERNATIONAL ASPECTS

Bazarchyan A. A., Hovhannisyan S. G., Yerimyan G. A., Torosyan A. G.

**Review of the need for the reforming medical education,
Republic of Armenia**

60–67

CONGRATULATIONS

Hristo Periklovich Takhchidi is 70

68

Igor Veniaminovich Maev is 60

69

WORLD HEALTH DAY – 2023

70

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ
Научно-практический журнал
Том 3, № 1, 2023

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: 30.03.2023
Заказ: 195
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 3, No. 1, 2023

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: 30.03.2023
Order: 195

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

СОЦИАЛЬНО-ПРАВОВЫЕ И МЕДИЦИНСКИЕ АСПЕКТЫ ТРАНССЕКСУАЛИЗМА (ГЕНДЕРНОГО НЕСООТВЕТСТВИЯ)

**М.И. ЯГУБОВ¹, С.В. ШПОРТ², Е.А. СТАРОСТИНА³,
Н.В. ДОБАЕВА⁴, М.А. ИЧМЕЛЯН⁵**

^{1,3,4,5} Московский научно-исследовательский институт психиатрии – филиал ФГБУ

«Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии

им. В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва, Россия

² ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии

им. В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва, Россия.

УДК: 616.89

DOI: 10.21045/2782-1676-2023-3-1-4-17

Аннотация

В настоящее время одними из наиболее широко обсуждаемых как в медицинских кругах, так и в обществе в целом, являются вопросы, связанные с феноменом транссексуализма. Такой интерес обусловлен резким увеличением числа лиц, обращающихся с установками на смену пола, исключением данной патологии из класса психических расстройств и расстройств поведения в Международной классификации болезней 11-го пересмотра, сложностями в дифференциальной диагностике с другими психическими заболеваниями, рядом этических проблем и несовершенством организационно-правовых аспектов оказания помощи таким пациентам. Целью настоящей статьи является обобщение информации, касающейся медицинских, социальных и правовых аспектов транссексуализма (гендерного несоответствия). *Материалы и методы.* В данном обзоре было проанализировано более 60-ти зарубежных и отечественных источников, включены в обзор наиболее влиятельные работы в области сексологии, психиатрии, нормативно-правовые акты, связанные с регулированием процесса смены пола, официальные материалы Всемирной Организации Здравоохранения и Американской Психиатрической Ассоциации, а также Стандарты медицинской помощи, составленные Всемирной Профессиональной Ассоциацией по здоровью транссексуалов. В результате проведенного обзора показано место транссексуализма в новой Международной классификации болезней 11-го пересмотра, взаимосвязь с психическими расстройствами, приведены современные данные по распространенности, терапевтическим подходам и нормативно-правовым аспектам смены пола. Обозначена необходимость продолжения проведения исследований в этой области на больших выборках людей с расстройствами половой идентификации (гендерного несоответствия), оптимизации диагностической и терапевтической помощи, данной категории лиц, а также разработки единых стандартов по диагностике, терапии и психосоциальной реабилитации.

Ключевые слова: транссексуализм, гендерное несоответствие, половая дисфория, смена пола, Международная классификация болезней.

Для цитирования: Ягубов М.И., Шпорт С.В., Старостина Е.А., Добаева Н.В., Ичмелян М.А. Социально-правовые и медицинские аспекты транссексуализма (гендерного несоответствия) // Общественное здоровье. 2023, 3(1):4–17. DOI: 10.21045/2782-1676-2023-3-1-4-17.

Контактная информация: Ичмелян Маргарита Арамовна, e-mail: ichmelyan.m@serbsky.ru.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Статья поступила в редакцию: 27.01.23. **Статья принята к печати:** 28.02.2023. **Дата публикации:** 25.03.2023.

UDC: 616.89

DOI: 10.21045/2782-1676-2023-3-1-4-17

SOCIAL AND LEGAL AND MEDICAL ASPECTS OF TRANSSEXUALISM (GENDER INCONGRUENCE)

M.I. Yagubov¹, S.V. Shport², E.A. Starostina³, N.V. Dobaeva⁴, M.A. Ichmelyan⁵

^{1,3,4,5} Moscow Research Institute of Psychiatry – a branch of the FSBI “National Medical Research Center for Psychiatry and Narcology named after V.P. Serbsky” Ministry of Health of Russia, Moscow, Russia

² FSBI “National Medical Research Center for Psychiatry and Narcology named after V.P. Serbsky” Ministry of Health of Russia, Moscow, Russia.

Abstract

Currently, some of the most widely discussed, both in medical circles and in society as a whole, are issues related to the Transsexualism phenomenon. This interest is due to a sharp increase in the number of persons applying for gender reassignment, the exclusion of this pathology from the class of mental disorders and disorders of behavior in the International Classification of Diseases of the 11th revision, difficulties in differential diagnosis with other mental diseases, a number of ethical problems and imperfection of the organizational and legal aspects of care for such patients. The purpose of this article is to summarize information concerning the health, social and legal aspects of transsexualism (gender incongruence). *Materials and methods.* This review analyzed more than 60 foreign and domestic sources, included in the review the most influential works in the field of sexology, psychiatry, regulations related to the regulation of the gender change process, official materials of the World Health Organization and the American Psychiatric Association, as well as Standards of medical care compiled by the World Professional Association on Transgender Health. As a result of the review, the place of transsexualism is shown in the new International Classification of Diseases, the relationship with mental disorders, modern data on prevalence, therapeutic approaches and regulatory aspects of gender change are presented. The need to continue research in this area on large samples of people with disorders of sexual identification (gender incongruence), optimization of diagnostic and therapeutic care, this category of persons, as well as the development of uniform standards for diagnosis, therapy and the provision of socio-rehabilitation measures is indicated.

Key words: transsexualism, gender incongruence, sexual dysphoria, gender reassignment, International Classification of Diseases.

For citation: Yagubov M.I., Shport S.V., Starostina E.A., Dobaeva N.V., Ichmelyan M.A. Social and legal and medical aspects of transsexualism (gender incongruence) // Public health. 2023; 3(1):4–17. DOI: 10.21045/2782-1676-2023-3-1-4-17.

Corresponding author: Ichmelyan Margarita Aramovna, e-mail: ichmelyan.m@serbsky.ru

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

ВВЕДЕНИЕ

Расстройства половой идентичности, к которым относится транссексуализм, в настоящее время являются наиболее обсуждаемой темой в психиатрии и сексологии, что обусловлено исключением данной патологии из класса психических расстройств и расстройств поведения в Международной классификации болезней 11 пересмотра, сложностями в дифференциальной диагностике с другими психическими заболеваниями, рядом этических проблем, связанных со сменой пола, несовершенством организационно-правовых аспектов оказания помощи таким пациентам.

В последнее время отмечается увеличение количества людей, идентифицирующих себя как «трансгендеры», особенно среди молодого населения [1, 2, 3]. Также выросла и обращаемость пациентов в медицинские центры с целью прохождения гендерно-аффирмативных вмешательств [4, 5, 6], причем наибольший прирост наблюдается среди детей и подростков [7]. Предполагается, что это связано с более широким доступом к медицинской

помощи и информации, а также большей толерантностью в отношении гендерного позиционирования [8, 9].

Этиология и патогенез данных расстройств до настоящего времени остаются невыясненными. Однако появляется все больше исследований, свидетельствующих о биологической основе нарушений гендерной идентичности [8]. Тем не менее на данный момент отсутствуют объективные методы диагностики транссексуализма, которые могли бы использоваться в рутинной клинической практике.

Многие зарубежные и отечественные исследования описывают сложности в получении профессиональной медицинской помощи лицами, желающими сменить пол, что в большинстве случаев влечёт за собой самостоятельную инициацию «перехода» в виде приёма гормональных препаратов без назначения врачом-эндокринологом [10], что может приводить к серьезным проблемам со здоровьем, инвалидизации и даже к смертельным исходам.

Остаются без ответа вопросы, касающиеся отдаленных результатов гормональных и хирургических вмешательств, а также сравнительной безопасности и эффективности различных

подходов к терапии данных расстройств, так как большинство пациентов с нарушениями гендерной идентичности, прошедших врачебную комиссию с целью решения вопроса о перемене пола и получивших соответствующий документ, прекращают дальнейшее наблюдение и исчезают из поля зрения врача.

Существующие в России законодательные акты, регламентирующие оказание медицинской помощи пациентам с нарушениями гендерной идентичности, к сожалению, не содержат четкий алгоритм диагностики и тактики ведения пациентов с данными расстройствами, что является серьезной методологической проблемой.

Таким образом, **целью настоящей статьи является обобщение информации, касающейся медицинских, социальных и правовых аспектов транссексуализма (гендерного несоответствия).**

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для написания данного обзора было проанализировано 63 зарубежных и отечественных источника в области психиатрии, сексологии и психологии, из них 46 было включено в работу. Поиск информации проводился с использованием электронных информационных ресурсов (PubMed, Google Scholar, Web of Science, Elibrary).

ПОЛОЖЕНИЕ ТРАНССЕКСУАЛИЗМА (ГЕНДЕРНОГО НЕСООТВЕТСТВИЯ) В КЛАССИФИКАЦИЯХ БОЛЕЗНЕЙ

Расстройства половой идентификации (РПИ), включая транссексуализм, впервые появились в разделе «Сексуальные отклонения» (Sexual deviations) в американской классификации психических болезней DSM-III (Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders) [11]. DSM-III-R РПИ были включены в рубрику «Заболевания, обычно впервые проявляющиеся в раннем детстве, детстве или подростковом возрасте» [12]. В DSM-IV

появился блок «Сексуальные расстройства и расстройства половой идентичности», куда и входили РПИ [13]. В DSM-V вместо категории «транссексуализм» была введена категория «gender dysphoria» (половая дисфория), под которой подразумевался прежде всего дистресс, связанный с транссексуализмом [14]. Причем диагноз «половая дисфория» мог ставиться и в случаях наличия у пациента других психических, в т.ч. психотических расстройств. Сама же категория была перенесена в отдельный блок «половая дисфория», в которую входили также «половая дисфория в детском возрасте», «другая специфическая половая дисфория» и «неспецифическая половая дисфория».

В МКБ-9 «транссексуализм» как диагностическая категория, наряду с парафилиями и функциональными сексуальными расстройствами, входил в рубрику «Половые извращения и нарушения» [15]. В действующей в настоящее время МКБ-10 «транссексуализм» (F64.0) относится к блоку «Расстройства половой идентификации» (F64), который находится в подклассе «Расстройства зрелой личности и поведения у взрослых» (F60), входящим в класс V «Психические расстройства и расстройства поведения» (F00-F99). Помимо транссексуализма в этот блок входят еще 4 диагностические категории: F64.1 «Трансвестизм двойной роли»; F64.2 «Расстройство половой идентификации у детей»; F64.8 «Другие расстройства половой идентификации»; F64.9 «Расстройство половой идентификации неуточненное» [16].

В МКБ-11 диагностическая категория «транссексуализм» будет заменена на «гендерное несоответствие у подростков и взрослых» и перенесена в новый класс под названием «Состояния, связанные с сексуальным здоровьем» [17]. Это означает, что само по себе нарушение половой идентификации не будет рассматриваться как психическая патология [18]. Однако при этом следует отметить, что транссексуализм по-прежнему будет считаться расстройством. Данные изменения в классификации разработчиками объясняются попыткой снижения стигматизации людей

с нарушениями гендерной идентичности, которые ранее были приравнены к лицам, имеющим психические заболевания, и трудностями в получении комплексной помощи [18]. Тем не менее, исключение транссексуализма из класса психических расстройств некоторыми отечественными авторами представляется спорным вопросом в связи с возможной недооценкой психопатологической составляющей данных нарушений [19, 20]. Помимо вышеуказанных изменений в МКБ-11 диагностические категории из 5-ти, как это было представлено в МКБ-10, уменьшены до 3-х и представлены в блоке L1-NA6 «Гендерное несоответствие» в виде NA60 «Гендерное несоответствие у подростков и взрослых», NA61 «Гендерное несоответствие у детей» и NA6Z «Гендерное несоответствие неуточненное».

Транссексуализм, согласно МКБ-10, определяется как «желание жить и быть принятым в качестве лица противоположного пола, обычно сочетающееся с чувством неадекватности или дискомфорта от своего анатомического пола и желанием получать гормональное и хирургическое лечение с целью сделать свое тело как можно более соответствующим избранному полу» [16]. Для диагностики данного расстройства необходимо «существование стойкой транссексуальной идентификации по крайней мере в течение 2-х лет, что не должно быть симптомом другого психического заболевания», такого как шизофрения, или дополнительным признаком генетических или хромосомных аномалий. В буквальном переводе, предложенном в проекте МКБ-11, гендерное несоответствие у подростков и взрослых характеризуется явным и устойчивым несоответствием между ассоциируемым/проживаемым гендером (англ. «experienced gender») и полом, данным при рождении, и должно соответствовать как минимум двум из следующих критериев:

1) сильная неприязнь или дискомфорт по отношению к своим первичным или вторичным половым признакам (у подростков ожидаемым вторичным половым признакам) в силу их несоответствия ассоциируемому/проживаемому гендеру;

2) сильное желание избавиться от некоторых или всех своих первичных и/или вторичных половых признаков (у подростков – ожидаемых вторичных половых признаков) в силу их несоответствия ассоциируемому/проживаемому гендеру;

3) сильное желание иметь первичные и/или вторичные половые признаки ассоциируемого/проживаемого гендера.

При этом индивид испытывает сильное желание, чтобы с ним обращались в соответствии с гендером, с которым он себя ассоциирует. Указанные симптомы должны постоянно присутствовать в течение нескольких месяцев. Диагноз не может быть поставлен до наступления полового созревания. Важным примечанием является то, что «варианты гендерного поведения и предпочтения сами по себе не являются основанием для постановки диагнозов в этой группе» [17]. Однако в представленной редакции МКБ-11 нет четкого указания на необходимость исключения психических расстройств, в рамках которых могут наблюдаться сходные проявления. Помимо этого, значительно сокращена и четко не определена длительность существования симптомов гендерного несоответствия для постановки соответствующего диагноза. В связи с этим, специалистами ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России предлагается внести следующие уточнения в адаптированном для использования в Российской Федерации варианте: «для постановки диагноза «гендерное несоответствие в подростковом и взрослом возрасте» указанные симптомы *должны постоянно присутствовать в течение как минимум 12 месяцев и не являться проявлением какого-либо психического расстройства*». Целью внесения данных примечаний является минимизация диагностических ошибок и их возможных последствий, т. к. в алгоритме оказания помощи лицам с нарушением гендерной идентичности входят частично обратимые и необратимые медицинские вмешательства (гормональная терапия и хирургическая коррекция).

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ТРАНССЕКСУАЛИЗМА (ГЕНДЕРНОГО НЕСООТВЕТСТВИЯ)

Распространенность транссексуализма точно неизвестна. Во-первых, это связано с тем, что во многих исследованиях учитываются только случаи обращаемости в медицинские учреждения, при этом остается неясным, сколько людей в общей популяции имеют сходные симптомы, но не обращаются за медицинской помощью. В случае проведения телефонных или Интернет-опросов среди населения также невозможно точно оценить статистические данные, отражающие реальную картину, поскольку не все лица, имеющие половую дисфорию, несмотря на субъективную оценку состояния, в действительности соответствуют диагностическим критериям транссексуализма (гендерного несоответствия по МКБ-11).

По данным на 2016 г. в мире насчитывается 25 миллионов «трансгендеров» (цифра рассчитана на население в 5,1 миллиарда человек в возрасте старше 15 лет), при этом распространенность половой дисфории среди биологических мужчин варьируется от 0,5% до 1,3% и от 0,4% до 1,2% среди женщин [21]. Отмечается, что людей, относящих себя к «трансгендерам», но при этом не выполняющих гендерно-аффирмативные вмешательства, гораздо больше, чем тех, кто имеет гендер, не совпадающий с биологическим полом, и проходит гормональную терапию и/или подвергается хирургическим вмешательствам [22].

По данным американских исследований, основанных на учете зарегистрированных случаев обращений в медицинские учреждения, доля «трансгендерного» населения составляет 0,02–0,08% [9]. В иранском исследовании, проведенном с 2012 г. по 2017 г., распространенность гендерного несоответствия была определена как 1,46 на 100000 иранцев [23].

Если оценивать распространенность «трансгендерности» при помощи опросов населения, цифры получаются гораздо выше. По зарубежным данным, доля взрослых, которые относят себя к «трансгендерам» составляет 0,3–0,5%; для лиц моложе 19 лет этот показатель

составляет 1,2–2,7% [9]. При этом распространенность «гендерной неконформности», что подразумевает под собой более широкие проявления гендерного позиционирования, среди взрослых составляет от 0,5% до 4,5%; среди детей и подростков – от 2,5% до 8,4% [9]. В последнее время отмечается изменение пропорций мужчин и женщин с гендерным несоответствием. Так, ранее, доля мужчин, желающих сменить пол на женский, была выше, чем доля женщин, желающих быть мужчинами. Сейчас соотношение по полу обратное [9, 23, 24]. Сходная тенденция наблюдается и при анализе обращаемости подростков с половой дисфорией в мировые гендерные клиники. По некоторым данным, биологические девушки обращались за медицинской помощью в 2,5–7,1 раза чаще, чем юноши [9].

Популяционных исследований для оценки распространенности гендерного несоответствия в России не проводилось. В настоящее время в Российской Федерации не проводится учета данных по обращаемости пациентов с запросом на перемену пола в медицинские учреждения. В большинстве публикаций фигурируют абсолютные числа по обращаемости пациентов с нарушениями гендерной идентичности в конкретные клиники [25, 26, 27, 28], что не может свидетельствовать об общей ситуации в стране.

ДИСКУССИЯ ОБ ОТНЕСЕНИИ ТРАНССЕКСУАЛИЗМА (ГЕНДЕРНОГО НЕСООТВЕТСТВИЯ) К ПСИХИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВАМ

Введение половой дисфории в DSM-V и гендерного несоответствия в МКБ-11 в медицинскую номенклатуру воспринимается зарубежными исследователями как прогресс, поскольку предполагается, что это облегчит доступ к гормональной терапии и хирургической коррекции пациентам с запросом на перемену пола [29; 30]. Как отмечено в недавно вышедшей 8 версии Стандартов медицинской помощи трансгендерам и гендерно-разнообразным людям (SOC-8) «классификация

гендерного несоответствия в МКБ-11 может лучше отражать всю полноту опыта гендерного разнообразия и связанные с ним клинические гендерные потребности» [9]. Подчеркивается, что исключение гендерного несоответствия из класса психических расстройств и перенос его в новый класс «Состояния, связанные с сексуальным здоровьем» правильнее рассматривать не как депатологизацию данных расстройств, а скорее, как депсихопатологизацию [9].

Мнения отечественных авторов по поводу нововведений в классификации разделились. В частности, В.Д. Менделевич считает, что исключение транссексуализма из класса психических расстройств и расстройств поведения является правильным, поскольку нет «никаких научных оснований приравнивать поведенческие расстройства к психическим/психопатологическим» [31]. Некоторые авторы [32] также поддерживая исключение транссексуализма из класса психических расстройств, соглашались с позицией зарубежных исследователей [33], что решения относительно медицинских вмешательств в отношении перемены пола должны приниматься в первую очередь пациентом, а специалистам в области психического здоровья следует направлять пациентов и помогать им «принимать обоснованные решения». Однако с точки зрения исследователей, лица с запросом на смену пола, в любом случае должны консультироваться психиатрами для выявления или исключения других психических расстройств, от чего будет зависеть дальнейшая тактика ведения [32]. В частности, при отсутствии у пациента психических расстройств, дальнейшие мероприятия по смене пола предлагается проводить без участия психиатра [32]. В случае, если у пациента выявляются психические расстройства психотического уровня, смена пола невозможна до выхода из этого состояния [32]. Авторами подчеркивается, что самой сложной ситуацией является сочетание нарушений гендерной идентичности и психических нарушений «пограничного уровня» [32]. В таких случаях предлагается решать вопросы о смене пола в судебном порядке после проведения

комплексных психолого-психиатрическо-сексологических экспертиз [32].

Другие исследователи [20, 34] с осторожностью относятся к выведению транссексуализма из разряда психических расстройств, подчеркивая частую коморбидность транссексуализма с другими психическими заболеваниями, в частности, с расстройствами шизофренического спектра, и вероятным ростом медицинских ошибок в этой области в связи с изменениями в классификации [34].

ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ РЕГУЛИРОВАНИЯ СМЕНЫ ПОЛА

В последние годы в международном сообществе активно рассматривается возможность существования множественных вариантов гендерной идентичности. Некоторые страны: Дания, Мальта, Ирландия, как и ранее Аргентина, процедуру смены пола вывели за рамки системы здравоохранения и приняли так называемую декларативную модель, в которой «трансгендеры» могут определять свой пол через простую административную процедуру [35, 36]. Ряд стран: Новая Зеландия, Австралия, Непал, Пакистан и Индия перешли или продвигаются к таким правилам [37]. А в некоторых странах, например, в Венгрии, смена пола была юридически запрещена [38].

В настоящее время в Российской Федерации единственным законодательным актом, регламентирующим оказание медицинской помощи лицам с расстройствами половой идентификации, является «Стандарт первичной медико-санитарной помощи при расстройствах половой идентификации в амбулаторных условиях психоневрологического диспансера (диспансерного отделения, кабинета)», утвержденный Приказом Минздрава России от 20.12.2012 № 1221н (Зарегистрирован в Минюсте России 14.03.2013 № 27675) [39]. В данном стандарте приводится перечень специалистов (психотерапевт, психиатр, сексолог, медицинский психолог, эндокринолог), вовлеченных в оказание помощи пациентам с расстройством половой идентификации,

количество их консультаций и список препаратов, применяемых для гормональной коррекции. Порядок и алгоритм оказания медицинской помощи данной категории пациентов в этом документе не содержится.

Юридически смена пола осуществляется в соответствии со статьей 70 Федерального закона от 15 ноября 1997 года № 143-ФЗ «Об актах гражданского состояния» [40] путем внесения исправления или изменения в запись акта гражданского состояния органом ЗАГС в случае представления документа об изменении пола, выданного медицинской организацией. Порядок и форма соответствующего документа установлены приказом Минздрава России от 23.10.2017 № 850н «Об утверждении формы и порядка выдачи медицинской организацией документа об изменении пола» [41]. Согласно данному приказу справка о перемене пола выдается гражданам медицинскими организациями и иными организациями, осуществляющими медицинскую деятельность на основании лицензии, предусматривающей выполнение работ (услуг) по психиатрии, по результатам установления половой переориентации. Для установления половой переориентации в медицинской организации формируется постоянно действующая врачебная комиссия, в состав которой входят председатель комиссии, врач-психиатр, врач-сексолог и медицинский психолог. В случае подтверждения диагноза «транссексуализм», решением врачебной комиссией выдается «Справка об изменении пола» по форме № 087/у, которая действует в течение 1 года со дня её выдачи. Данная справка регламентирует только смену паспортного пола.

Утверждение формы и порядка выдачи документа об изменении пола внесла четкость в регулировании процесса «перехода» в правовом поле, чего не было ранее. Однако в настоящее время выдача данного заключения производится преимущественно не государственными и муниципальными медицинскими организациями, а организациями частной системы здравоохранения, которые нередко выдают их без необходимого на то основания и учета предыдущих данных клинического

наблюдения пациента у психиатров в других учреждениях.

В связи с этим, а также с внедрением Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем одиннадцатого пересмотра, специалистами рассматривается вопрос о внесении изменений:

- в приказ № 850н «Об утверждении формы и порядка выдачи медицинской организацией документа об изменении пола», где, помимо диагноза «гендерное несоответствие», будет содержаться указание на необходимость длительности динамического наблюдения не менее 1 года до представления на врачебную комиссию и достижения 18-летнего возраста на момент прохождения врачебной комиссии;
- в статью 70 Федерального закона от 15 ноября 1997 года № 143-ФЗ «Об актах гражданского состояния» (Собрание законодательства Российской Федерации, 1997, № 47, ст. 5340; 2013, № 48, ст. 6165) о выдаче документов о смене пола в медицинских организациях государственной и муниципальной системы здравоохранения.

ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ

В общемировой практике оказание медицинской помощи «трансгендерному» населению осуществляется в соответствии со Стандартами медицинской помощи транссексуалам, трансгендерам и гендерно-неконформным индивидуумам (SOC), выпущенными под эгидой Всемирной профессиональной ассоциации по здоровью трансгендеров (WPATN) – некоммерческой междисциплинарной профессиональной и образовательной организацией, которая занимается вопросами здоровья трансгендеров, проведением исследований в области трансгендерного здоровья, продвижением доказательной медицины и повышением качества оказания медико-социальной помощи транссексуалам, трансгендерам и гендерно-неконформным людям. SOC впервые были выпущены в 1979 году, а последняя версия (SOC-8)

была опубликована осенью 2022 года [9]. SOC-8 охватывают практически все аспекты оказания медицинской помощи лицам с гендерным несоответствием, затрагивая проблемы репродуктивного, сексуального и психического здоровья, проведение гормональной терапии и хирургической коррекции, также уделяется внимание социальным вопросам гендерного «перехода».

В соответствии с международными Стандартами роль медиков заключается в предоставлении информации о существующих вариантах медицинской помощи (и их доступности), которые могут облегчить половую дисфорию и повысить удовлетворенность телом, не навязывая тот или иной вариант лечения. В SOC-8 акцент делается на повышение автономии пациента при выборе варианта лечения. Учитывая то, что гендерное несоответствие больше не рассматривается мировым медицинским сообществом как психическое расстройство, происходят изменения в стратегии оказания помощи таким лицам с упором на поддержание гендерного самовыражения человека (т.н. «гендерно-позитивный подход»).

В задачи специалиста в области психического здоровья входит проведение дифференциальной диагностики с клинически сходными состояниями, устранение симптомов психического заболевания до начала терапии, а также оказание психиатрической помощи на всех этапах гендерного «перехода» при наличии такой необходимости [9].

Согласно международным Стандартам (SOC-7, SOC-8) до проведения гендерно-аффирмативных процедур рекомендуется пройти период реального жизненного опыта («real-life experience») в ассоциируемом гендере [9, 33]. Процесс «перехода» во многих зарубежных странах можно начинать до достижения совершеннолетия. При этом подросткам, достигшим 2 стадии полового созревания по Таннеру, разрешена терапия аналогами гонадотропин-рилизинг-гормона с целью подавления развития вторичных половых признаков, при условии наличия согласия родителей/опекунов. Гормональную феминизирующую или маскулинизирующую терапию пациенты

могут начинать в постпубертатном возрасте (с 16–18 лет). Хирургическая коррекция пола является последним шагом в «трансгендерном переходе» и разрешена только по достижении совершеннолетия. В SOC-8 отмечено, что наличие психиатрического диагноза у пациента с гендерным несоответствием не должно препятствовать доступу к хирургической коррекции пола, если только симптомы психического заболевания непосредственно не препятствуют способности дать информированное согласие на лечение [9].

В международных Стандартах подчеркивается, что проведение психотерапии лицам с гендерным несоответствием является важной частью оказания помощи. Тем не менее не все «трансгендерные» и небинарные люди принимают решение проходить ее. Специалистам рекомендуется не настаивать на ее проведении, если нет согласия пациента. Необходимо учитывать, что психотерапия, направленная на изменение гендерной идентичности и примирение со своим биологическим полом (так называемая конверсионная терапия), считается безуспешной и неэтичной [42].

В Российской Федерации изучение проблем расстройств половой идентификации и оказание помощи таким пациентам были начаты в 60-х годах XX столетия на базе Московского научно-исследовательского института психиатрии. Первые методические рекомендации «Транссексуализм: методические рекомендации по смене пола» были разработаны в 1991 году и утверждены Минздравом СССР от 26.08.1991 № 10-11/72 [43]. В них была описана общая стратегия оказания помощи: проведение комплексного обследования, в том числе в условиях психиатрического стационара для исключения иного психического расстройства; амбулаторное динамическое наблюдение у психиатра-сексолога и проведение специализированной медицинской комиссии для окончательной верификации диагноза и принятия решения о целесообразности выдачи заключения о перемене пола. После смены паспортного пола до проведения других гендерно-аффирмативных процедур рекомендовалось пройти годичный

период жизни в роли лица противоположного пола. Проведение хирургической коррекции пола было возможно через год после успешной гормональной терапии (при отсутствии противопоказаний к ней).

В 2018 году были выпущены методические рекомендации ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России «Расстройства половой идентификации: вопросы клиники и тактики ведения пациентов», где более подробно описан рекомендованный порядок оказания помощи пациентам с нарушениями гендерной идентичности [44]. Подчеркивается, что основными принципами лечебно-реабилитационных мероприятий должны быть этапность (оказание помощи от обратимых медицинских вмешательств к необратимым), мультидисциплинарный, индивидуальный подход и предоставление исчерпывающей информации о возможных рисках и последствиях проведения медицинских вмешательств [44]. Согласно методическим рекомендациям, до направления на врачебную комиссию с целью решения вопроса о смене пола, пациенту следует проходить динамическое наблюдение у психиатра-сексолога в течение 2-х лет для верификации диагноза и коррекции сопутствующих психических расстройств при их наличии [44]. Показанием к выдаче справки о перемене пола («Справка об изменении пола» по форме № 087/у, утвержденная приказом Минздрава России от 23.10.2017 № 850н «Об утверждении формы и порядка выдачи медицинской организацией документа об изменении пола») является установленный диагноз «транссексуализм», а также наличие связи личной, социальной и сексуальной дезадаптации с полоролевым конфликтом. Прохождение врачебной комиссии с последующей выдачей или отказом в выдаче соответствующего документа в России возможно только с 18 лет. На этапе половой переориентации, который включает в себя перемену гражданского пола, рекомендуется пройти период адаптации в избранной социальной гендерной роли [27, 44]. На этом этапе лица с гендерным несоответствием могут начать гормонозаместительную терапию, а затем выполнить хирургическую коррекцию

пола. Следует учитывать, что ни гормональная терапия, ни хирургическая коррекция пола формально не являются обязательными мероприятиями при перемене пола. По данным исследований при сравнении показателей дистресса на разных этапах гендерно-аффирмативных вмешательств у транссексуалов было выявлено, что снижение этих показателей больше всего отмечалось после начала гормональной терапии, тогда как после оперативных вмешательств существенного изменения результатов не наблюдалось [45]. Психотерапевтическую поддержку рекомендовано проводить на всех этапах оказания медицинской помощи. Цели психотерапии при гендерном несоответствии могут отличаться в зависимости от того, на каком этапе половой переориентации находится пациент. Так, на этапе до проведения гендерно-аффирмативных мероприятий (в период динамического наблюдения) основными целями психотерапии могут быть следующие: достижение реалистичности своих представлений о результатах перемены пола; дезактуализация полоролевого конфликта (если половая дисфория обусловлена другим психическим расстройством); расширение области выбора поведения пациентов. Вовремя и после проведения гендерно-аффирмативных процедур пациенту важно оказать поддерживающую психотерапевтическую помощь при трудностях адаптации [46].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, в настоящее время отсутствуют основания для однозначной депатологизации транссексуализма (гендерного несоответствия). Кроме того, изменения в МКБ-11 не означают упрощения и депатологизацию данного состояния. Принимая во внимание как положительный, так и негативный опыт работы с пациентами с транссексуализмом (гендерным несоответствием) в Российской Федерации и за рубежом, необходимо продолжать научные исследования в этой области на больших выборках людей с расстройствами половой идентификации (гендерного

несоответствия) и более длительным периодом наблюдения после проведения гендерно-аффирмативных процедур. Это позволит расширить понимание данного феномена и оптимизировать диагностическую и терапевтическую помощь данной категории лиц. Помимо этого, важным аспектом является разработка единых стандартов по диагностике, терапии и психосоциальной реабилитации пациентам с транссексуализмом (гендерным несоответствием).

ВКЛАД АВТОРОВ

М.И. Ягубов – разработка концепции, формулировка идеи, описание транссексуализма в классификациях болезней, описание правовых аспектов, регулирующих смену пола, окончательное редактирование публикуемой версии; С.В. Шпорт – разработка концепции работы, окончательное редактирование и утверждение публикуемой версии рукописи; Е.А. Старостина – редактирование текста и обзор работ

по распространенности транссексуализма, дискуссии об отнесении транссексуализма к психическим расстройствам; Н.В. Добаева – обзор работ по терапевтическим подходам; М.А. Ичмелян – участие в оформлении и составление актуальности статьи.

AUTHOR CONTRIBUTIONS

M.I. Yagubov – development of the concept of work, formulation of the idea, description of transsexualism in the classifications of diseases, description of the legal aspects governing gender change, final editing of the published version; S.V. Shport – development of the concept of work, final editing and approval of the published version of the manuscript; E.A. Starostina – text editing and review of works on the prevalence of transsexualism, discussions about the classification of transsexualism as mental disorders; N.V. Dobaeva – review of work on therapeutic approaches; M.A. Ichmelyan – participation in the design and compilation of the relevance of the article.

ЛИТЕРАТУРА

1. Herman J.L, Flores A.R., O'Neill K.K. How Many Adults and youth Identify As Transgender in the United States? Williams Inst, 2022;(June). 1–24 p.
2. Oshima Y., Matsumoto Y., Terada S., Yamada N. Prevalence of Gender Dysphoria by Gender and Age in Japan: A Population-Based Internet Survey Using the Utrecht Gender Dysphoria Scale. // J Sex Med. 2022 Jul;19(7):1185–1195. DOI: 10.1016/j.jsxm.2022.03.605.
3. Dora M., Grabski B., Dobroczynski B. Gender dysphoria, gender incongruence and gender nonconformity in adolescence – changes and challenges in diagnosis // Psychiatr Pol. 2021; 55(1):23–37. DOI:10.12740/pp/onlinefirst/113009.
4. Leibowitz S., Annelou L.C. de Vries. Gender dysphoria in adolescence // International Review of Psychiatry. 2016; 28(1):21–35. DOI: 10.3109/09540261.2015.1124844.
5. Byne W., Karasic D.H., Coleman E., Eyler A.E, Kidd J.D., Meyer-Bahlburg H.F.L., Pleak R.R., Pula J. Gender dysphoria in adults: an overview and primer for psychiatrists // Transgender Health. 2018; 3(1):57–73. DOI: 10.1089/trgh.2017.0053.
6. Aitken M., Steensma T.D, Blanchard R. et al. Evidence for an altered sex ratio in clinic-referred adolescents with gender dysphoria // The Journal of Sexual Medicine. 2015; 12(3): 756–763. DOI: 10.1111/jsm.12817.
7. Zucker K.J. Epidemiology of gender dysphoria and transgender identity // Sex Health. 2017; 14(5):404–411. DOI:10.1071/sh17067.
8. Anderson D., Wijetunge H., Moore P. et al. Gender Dysphoria and Its Non-Surgical and Surgical Treatments // Health Psychol Res. 2022; 10(3): 38358. DOI: 10.52965/001c.38358.
9. Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8. E Coleman, AE Radix, WP Bouman et al. // Int J Transgend Health. 2022; 6;23 (Suppl 1): S1-S259. DOI: 10.1080/26895269.2022.2100644.
10. Ушкова И.В., Киреев Е.Ю. Трансгендерность в современном российском обществе // Мониторинг общественного мнения: Экономические и социальные перемены. – 2017. – № 2. – С. 82–96.
11. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition (DSM-III). Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 1980.
12. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd ed., revised). Washington, DC; 1987.
13. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th

- ed.) (DSM-IV), Washington DC: American Psychiatric Association; 1994.
14. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2013.
15. Международная статистическая классификация болезней, травм и причин смерти 9-пересмотра. Раздел V. Психические расстройства. Адаптированная для использования в СССР. М.; 1993. [Электронный ресурс]: URL: https://psychiatr.ru/download/1486?view=1&name=МКБ-9_Психические_расстройства.pdf (Дата обращения: 12.12.2022).
16. Психические расстройства и расстройства поведения: класс V МКБ-10, адаптированный для использования в Российской Федерации. М., 1998. – 512 с.
17. ICD-11 [Электронный ресурс]: URL: <https://ru.abcdef.wiki/wiki/ICD-11> (Дата обращения: 20.12.2022).
18. Reed G.M., Drescher J., Krueger R.B. et al. 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. PMID: 27717275.
19. Дьяченко А.В., Бухановская О.А., Перехов А.Я., Ковалев А.И. Проблемы диагностики расстройств шизофренического спектра, протекающих с нарушениями половой идентичности. «Психиатрия – проза и поэзия». Материалы Российской научной конференции // Ростовский государственный медицинский университет. – 2021. – С. 60–63. eLIBRARY ID: 46570258.
20. Введенский Г.Е., Матевосян С.Н. Сексуальные расстройства в проекте МКБ-11: методологические и клинические проблемы // *Социальная и клиническая психиатрия*. 2017; 27(3):102–105. eLIBRARY ID: 30025493.
21. Winter S., Diamond M., Green J. et al. Transgender people: health at the margins of society // *Lancet*. 2016; 388(10042):390–400. DOI:10.1016/s0140-6736 (16) 00683-8.
22. Collin L., Reisner S.L., Tangpricha V., Goodman M. Prevalence of Transgender Depends on the “Case” Definition: A Systematic Review // *J Sex Med*. 2016; 13(4):613–626. DOI:10.1016/j.jsxm.2016.02.001.
23. Talaei A., Hedjazi A., Moosavi N.B. et al. The Epidemiology of Gender Dysphoria in Iran: The First Nationwide Study // *Arch Sex Behav*. 2022 May; 51(4):1881–1889. DOI: 10.1007/s10508-021-02250-y.
24. Ferreira M.J., Castedo J.L., Mota M., Carvalho D. Characterization of a transgender population in Portugal // *Ann Endocrinol (Paris)*. 2022 Feb; 83(1):35–39. DOI: 10.1016/j.ando.2021.11.004.
25. Старостина Е.А., Ягубов М.И. Клинико-феноменологические особенности формирования идей смены пола при расстройствах шизофренического спектра // *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2021; 121(3):18–23. eLIBRARY ID: 45281752.
26. Соловьева Н.В., Креницкая С.А., Макарова Е.В. Клинические и социально-демографические факторы, влияющие на социальную адаптацию лиц с гендерным несоответствием // *Медицинский вестник Юга России*. 2022; 13(3):50–58. DOI: 10.21886/2219-8075-2022-13-3-50-58.
27. Матевосян С.Н., Введенский Г.Е. Половая дисфория (клинико-феноменологические особенности и лечебно-реабилитационные аспекты синдрома «отвергания» пола). / М.: Медицинское Информационное Агентство. – 2012.
28. Дьяченко А.В., Бухановская О.А., Солдаткин В.А., Перехов А.Я. Кто обращается к психиатру с запросом на изменение пола: результаты 30-летнего исследования // *Психиатрия*. 2020; 18(3):32–41. DOI: 10.30629/2618-6667-2020-18-3-32-41.
29. Marc-Antoine Crocq. How gender dysphoria and incongruence became medical diagnoses – a historical review // *Dialogues Clin Neurosci*. 2021; 23(1): 44–51. Published online 2022 Jun 1. DOI: 10.1080/19585969.2022.2042166.
30. Khoury B., Khoury J., Fresán Orellana A., Daouk S., Khauli N., Ramadan Z., Reed G.M., Robles R. The ICD-11 classification of gender incongruence of adolescence and adulthood: adequacy among transgender people in Lebanon // *Cult Health Sex*. 2021 Jan; 23(1):131–142. DOI: 10.1080/13691058.2019.1692907.
31. Менделевич В.Д. Почему транссексуализм не является психическим расстройством, или как сделать психиатрическую классификацию научной // *Неврологический вестник*. 2018; Т.Л, вып. 3. – С. 5–10.
32. Перехов А.Я., Крючкова М.Н. Психиатрические этические вопросы трансгендерности // *Медицинский вестник Юга России*. 2022; 13(3):13–20. DOI: 10.21886/2219-8075-2022-13-3-13-20.
33. Standards of care for the health of transsexual, transgender, and gender nonconforming people, 7th version. World Professional Association for Transgender Health (WPATH) [Электронный ресурс]: URL: http://www.wpath.org/publications_standards.cfm. (Дата обращения: 20.12.2022).
34. Дьяченко А.В., Бухановская О.А., Солдаткин В.А. и др. Случай ошибочной диагностики транссексуализма у пациентки с шизотипическим расстройством // *Российский психиатрический журнал*. – 2021. – № 2. – С. 73–83. DOI: 10.47877/1560-957X-2021-10208.
35. Gender identity, gender expression and sex characteristics act chapter. [Электронный ресурс]: URL: <https://legislation.mt/eli/cap/540/eng/pdf> (Дата обращения: 22.12.2022).
36. Identidad de genero. Ley 26.743 (2012) [Электронный ресурс]: URL: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/195000-199999/197860/norma.htm> (Дата обращения: 22.12.2022).
37. Sam Winter, Milton Diamond, Jamison Green, Dan Karasic, Terry Reed, Stephen Whittle, Kevan Wylie. Transgender people: health at the margins of society // *Lancet*. – 2016. – 388(1042). – P. 390–400. DOI: 10.1016/S0140-6736 (16) 00683-8.
38. Hungarian government outlaws legal gender recognition [Электронный ресурс]: URL: <https://tgeu.org/hungarian-government-outlaws-lgr/> (Дата обращения: 23.12.2022).
39. Приказ Минздрава России от 20.12.2012 № 1221н «Об утверждении стандарта первичной

- медико-санитарной помощи при расстройствах половой идентификации в амбулаторных условиях психоневрологического диспансера (диспансерного отделения, кабинета): [Электронный ресурс]: URL: https://minzdrav.gov-murman.ru/documents/poryadki-okazaniya-meditsinskoy-pomoshchi/pr_MZ_RF_1221n.pdf (Дата обращения: 15.12.2022).
40. Федеральный закон от 15.11.1997 № 143-ФЗ (ред. от 28.12.2022) «Об актах гражданского состояния» (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.01.2023), ст. 70 «Заключение органа записи актов гражданского состояния о внесении исправления или изменения в запись акта гражданского состояния»: [Электронный ресурс]: URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_16758/0fe05a683d844cb8169faec4b024047c065e4f3b/ (Дата обращения: 15.12.2022).
 41. Приказ Минздрава России от 23.10.2017 г. № 850н «Об утверждении формы и порядка выдачи медицинской организацией документа об изменении пола»: [Электронный ресурс]: URL: <https://legalacts.ru/doc/prikaz-minzdrava-rossii-ot-23102017-n-850n-ob-utverzhenii/> (Дата обращения: 19.12.2022).
 42. American Psychological Association. (2021). APA resolution on gender identity change efforts: [Электронный ресурс]. URL: <https://www.apa.org/about/policy/resolution-gender-identity-change-efforts.pdf> (Дата обращения: 10.01.2023).
 43. Методические рекомендации «Транссексуализм: методические рекомендации по смене пола» были разработаны в 1991 году и утверждены Минздравом СССР от 26.08.1991 № 10–11/72. – 23 с.
 44. Кибрик Н.Д., Введенский Г.Е., Матевосян С.Н., Ягубов М.И. Расстройства половой идентификации: вопросы клиники и тактики ведения пациентов. Методические рекомендации, М., 2018. – 27 с.
 45. Heylens G., Elaut E., Kreukels B.P., Paap M.C., Cervenka S., Richter-Appelt H., Cohen-Kettenis P.T., Haraldsen I.R., De Cuypere G. Psychiatric characteristics in transsexual individuals: multicentre study in four European countries // *G Br J Psychiatry*. 2014 Feb; 204(2):151–6 DOI: 10.1192/bjp.bp.112.121954.
 46. Ягубов М.И., Старостина Е.А., Добаева Н.В., Ичмелян М.А. Гендерное несоответствие: клинические, психологические и терапевтические аспекты // *Медицинский вестник Юга России*. – 2022. – 13(3). – С. 21–31. eLIBRARY ID: 49475913 DOI: 10.21886/2219-8075-2022-13-3-21-31.

REFERENCES

1. Herman J.L., Flores A.R., O'Neill K.K. How Many Adults and youth Identify As Transgender in the United States? *Williams Inst*, 2022; (June). P. 1–24.
2. Oshima Y., Matsumoto Y., Terada S., Yamada N. Prevalence of Gender Dysphoria by Gender and Age in Japan: A Population-Based Internet Survey Using the Utrecht Gender Dysphoria Scale. // *J Sex Med*. 2022 Jul; 19(7):1185–1195. DOI: 10.1016/j.jsxm.2022.03.605.
3. Dora M., Grabski B., Dobroczynski B. Gender dysphoria, gender incongruence and gender nonconformity in adolescence – changes and challenges in diagnosis // *Psychiatr Pol*. 2021; 55(1):23–37. DOI: 10.12740/pp/onlinefirst/113009.
4. Leibowitz S., Annelou L. C. de Vries. Gender dysphoria in adolescence // *International Review of Psychiatry*. 2016; 28(1):21–35. DOI: 10.3109/09540261.2015.1124844.
5. Byne W., Karasic D.H., Coleman E., Eyler A.E., Kidd J.D., Meyer-Bahlburg H.F.L., Pleak R.R., Pula J. Gender dysphoria in adults: an overview and primer for psychiatrists // *Transgender Health*. 2018; 3(1):57–73. DOI: 10.1089/trgh.2017.0053.
6. Aitken M., Steensma T.D., Blanchard R. et al. Evidence for an altered sex ratio in clinic-referred adolescents with gender dysphoria // *The Journal of Sexual Medicine*. 2015; 12(3): 756–763. DOI: 10.1111/jsm.12817.
7. Zucker K.J. Epidemiology of gender dysphoria and transgender identity // *Sex Health*. 2017; 14(5):404–411. DOI:10.1071/sh17067.
8. Anderson D., Wijetunge H., Moore P. et al. Gender Dysphoria and Its Non-Surgical and Surgical Treatments // *Health Psychol Res*. 2022; 10(3): 38358. DOI: 10.52965/001c.38358.
9. Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8. E Coleman, AE Radix, WP Bouman et al. // *Int J Transgend Health*. 2022; 6; 23 (Suppl 1): S1–S259. DOI: 10.1080/26895269.2022.2100644.
10. Ushkova I.V., Kireev E. Yu. Transgender in modern Russian society // *Monitoring of public opinion: Economic and social changes*. – 2017. – № 2. – P. 82–96.
11. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition (DSM–III)*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 1980.
12. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd ed., revised)*. Washington, DC; 1987.
13. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.)*. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.) (DSM–IV), Washington DC: American Psychiatric Association; 1994.
14. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*. Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2013.
15. International Statistical Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death 9-revision. Section V. Mental disorders. Adapted for use in the USSR. M.; 1993. [Electronic Resource]: URL: https://psychiatr.ru/download/1486?view=1&name=МКБ-9_Психические_расстройства.pdf (Accessed: 12.12.2022).
16. Mental and behavioral disorders: class V ICD-10, adapted for use in the Russian Federation. M., 1998. – 512 p.
17. ICD-11 [Electronic Resource]: URL: <https://ru.abcdef.wiki/wiki/ICD-11> (Accessed: 20.12.2022).

18. Reed G.M., Drescher J., Krueger R.B. et al. 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. PMID: 27717275.
19. Dyachenko A.V., Bukhanovskaya O.A., Perekhov A.A., Kovalev A.I. Problems of diagnosis of disorders of the schizophrenic spectrum occurring with disorders of sexual identification. "Psychiatry – Prose and Poetry." Materials of the Russian Scientific Conference// Rostov State Medical University. – 2021. – P. 60–63. eLIBRARY ID: 46570258.
20. Vvedensky G.E., Matevosyan S.N. Sexual disorders in the project MKB-11: methodological and clinical problems//*Social and clinical psychiatry*. 2017; 27(3):102–105. eLIBRARY ID: 30025493.
21. Winter S., Diamond M., Green J. et al. Transgender people: health at the margins of society // *Lancet*. 2016; 388(10042):390–400. DOI:10.1016/s0140–6736 (16) 00683-8.
22. Collin L., Reisner S.L., Tangpricha V., Goodman M. Prevalence of Transgender Depends on the "Case" Definition: A Systematic Review // *J Sex Med*. 2016; 13(4):613–626. DOI:10.1016/j.jsxm.2016.02.001.
23. Talaei A., Hedjazi A., Moosavi N.B. et al. The Epidemiology of Gender Dysphoria in Iran: The First Nationwide Study // *Arch Sex Behav*. 2022 May; 51(4):1881–1889. DOI: 10.1007/s10508–021–02250-y.
24. Ferreira M.J., Castedo J.L., Mota M., Carvalho D. Characterization of a transgender population in Portugal // *Ann Endocrinol (Paris)*. 2022 Feb; 83(1):35–39. DOI: 10.1016/j.ando.2021.11.004.
25. Starostina E.A., Yagubov M.I. Clinical and phenomenological features of the formation of ideas of gender change in disorders of the schizophrenic spectrum//*Journal of Neurology and Psychiatry named after S.S. Korsakov*. 2021; 121(3):18–23. eLIBRARY ID: 45281752.
26. Solovyova N.V., Kremenitskaya S.A., Makarova E. V. Clinical and socio-demographic factors affecting the social adaptation of persons with gender discrepancy//*Medical Bulletin of the South of Russia*. 2022; 13(3):50–58. DOI: 10.21886/2219-8075-2022-13-3-50-58.
27. Matevosyan S.N., Vvedensky G.E. Sexual dysphoria (clinical and phenomenological features and therapeutic and rehabilitation aspects of gender rejection syndrome) ./M.: Medical Information Agency. – 2012.
28. Dyachenko A.V., Bukhanovskaya O.A., Soldatkin V.A., Perekhov A.Ya. Who refers to a psychiatrist with a request for gender change: results of a 30-year study// *Psychiatry*. 2020; 18(3):32–41. DOI: 10.30629/2618-6667-2020-18-3-32-41.
29. Marc-Antoine Crocq. How gender dysphoria and incongruence became medical diagnoses – a historical review // *Dialogues Clin Neurosci*. 2021; 23(1): 44–51. Published online 2022 Jun 1. DOI: 10.1080/19585969.2022.2042166.
30. Khoury B., Khoury J., Fresán Orellana A., Daouk S., Khauli N., Ramadan Z., Reed G.M., Robles R. The ICD-11 classification of gender incongruence of adolescence and adulthood: adequacy among transgender people in Lebanon // *Cult Health Sex*. 2021 Jan; 23(1):131–142. DOI: 10.1080/13691058.2019.1692907.
31. Mendelevich V.D. Why transsexualism is not a mental disorder, or how to make a psychiatric classification scientific//*Neurological Bulletin*. – 2018. – T.L. – Issue 3. – P. 5–10.
32. Perekhov A.Ya., Kryuchkova M.N. Psychiatric ethical issues of transgender//*Medical Bulletin of the South of Russia*. 2022; 13(3):13–20. DOI: 10.21886/2219-8075-2022-13-3-13-20.
33. Standards of care for the health of transsexual, transgender, and gender nonconforming people, 7th version. World Professional Association for Transgender Health (WPATH) [Electronic Resource]: URL: http://www.wpath.org/publications_standards.cfm. (Accessed: 20.12.2022).
34. Dyachenko A.V., Bukhanovskaya O.A., Soldatkin V.A. etc. Case of erroneous diagnosis of transsexualism in a patient with schizotypic disorder//*Russian Psychiatric Journal*. – 2021. – № 2. – P. 73–83. DOI: 10.47877/1560–957Kh-2021–10208.
35. Gender identity, gender expression and sex characteristics act chapter. [Electronic Resource]: URL: <https://legislation.mt/eli/cap/540/eng/pdf> (Accessed: 22.12.2022).
36. Identidad de genero. Ley 26.743 (2012) [Electronic Resource]: URL: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/195000–199999/197860/norma.htm> (Accessed: 22.12.2022).
37. Sam Winter, Milton Diamond, Jamison Green, Dan Karasic, Terry Reed, Stephen Whittle, Kevan Wylie. Transgender people: health at the margins of society // *Lancet*. – 2016. – 388(1042). – P. 390–400. DOI: 10.1016/S0140–6736 (16) 00683-8.
38. Hungarian government outlaws legal gender recognition [Electronic Resource]: URL: <https://tgeu.org/hungarian-government-outlaws-lgr/> (Accessed: 23.12.2022).
39. Order of the Ministry of Health of Russia dated 20.12.2012 № 1221n "On the approval of the standard of primary health care for disorders of sexual identification in outpatient conditions of a neuropsychiatric dispensary (dispensary department, office)": [Electronic Resource]. URL: https://minzdrav.gov-murman.ru/documents/poryadki-okazaniya-meditsinskoy-pomoshchi/pr_MZ_RF_1221n.pdf (Accessed: 15.12.2022).
40. Federal Law of 15.11.1997 № 143-FZ (ed. From 28.12.2022) "On Acts of Civil Status" (as amended and additional, entry by virtue of 01.01.2023), Art. 70 "Conclusion of the civil registry authority on amending or amending the civil registry": [Electronic Resource]: URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_16758/0fe05a683d844cb8169faec4b024047c065e4f3b/ (Accessed: 15.12.2022).
41. Order of the Ministry of Health of Russia No. 850n of 23.10.2017 "On Approval of the Form and Procedure for Issuing a Gender Change Document by a Medical Organization": [Electronic Resource]: URL: <https://legalacts.ru/doc/prikaz-minzdrava-rossii-ot-23102017-n-850n-ob-utverzhdenii/> (Accessed: 19.12.2022).
42. American Psychological Association. (2021). APA resolution on gender identity change efforts: [Electronic

Resource]: URL: <https://www.apa.org/about/policy/resolution-gender-identity-change-efforts.pdf> (Accessed: 10.01.2023).

43. Methodological recommendations "Transsexualism: methodological recommendations for gender change" were developed in 1991 and approved by the USSR Ministry of Health dated 26.08.1991 No. 10-11/72. – 23 p.
44. Kibrik N.D., Vvedensky G.E., Matevosyan S.N., Yagubov M.I. Sexual identification disorders: clinic issues and patient management tactics. Guidelines, M.: 2018. – 27 p.
45. Heylens G., Elaut E., Kreukels B.P., Paap M.C., Cervenka S., Richter-Appelt H., Cohen-Kettenis P.T., Haraldsen I.R., De Cuypere G. Psychiatric characteristics in transsexual individuals: multicentre study in four European countries // G Br J Psychiatry. 2014 Feb; 204(2):151–6. DOI: 10.1192/bjp.bp.112.121954.
46. Yagubov M.I., Starostina E.A., Dobaeva N.V., Ichmelyan M.A. Gender discrepancy: clinical, psychological and therapeutic aspects//Medical Bulletin of the South of Russia. 2022; 13(3). – P. 21–31. eLIBRARY ID: 49475913. DOI: 10.21886/2219-8075-2022-13-3-21-31

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ / ABOUT THE AUTORS

Ягубов Михаил Ибрагимович – д-р мед. наук, руководитель отделения сексологии отдела трансдисциплинарных исследований Московского научно-исследовательского института психиатрии – филиала ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва, Россия.

Mikhail I. Yagubov – Dr. Med. Sciences, head of the sexology department of the transdisciplinary research department of the Moscow Research Institute of Psychiatry – a branch of the Federal State Budgetary Institution "National Medical Research Center for Psychiatry and Narcology named after V.P. Serbsky" Ministry of Health of Russia, Moscow, Russia. ORCID: 0000-0002-8266-0429. E-mail: yagubov.m@serbsky.ru

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 – Dr. Med. Sciences, General Director, FSBI "National Medical Research Center for Psychiatry and Narcology named after V.P. Serbsky" Ministry of Health of Russia, Moscow, Russia. ORCID: 0000-0003-0739-4121. E-mail: shport.s@serbsky.ru

Старостина Елизавета Алексеевна – младший научный сотрудник отделения сексологии отдела трансдисциплинарных исследований Московского научно-исследовательского института психиатрии – филиала ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва, Россия.

Elizaveta A. Starostina – Junior Researcher, Department of Sexology of the Transdisciplinary Research Department of the Moscow Research Institute of Psychiatry, a branch of the V.P. Serbsky National Medical Research Center for Psychiatry and Narcology of the Ministry of Health of Russia, Moscow, Russia. ORCID: 0000-0001-7710-2935. E-mail: starostina.e@serbsky.ru

Добаева Наида Владимировна – к.м.н., научный сотрудник отделения сексологии отдела трансдисциплинарных исследований Московского научно-исследовательского института психиатрии – филиала ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва, Россия.

Naida V. Dobaeva – Candidate of Medical Sciences, Researcher, Department of Sexology, Department of Transdisciplinary Research, Moscow Research Institute of Psychiatry – Branch of the National Medical Research Center for Psychiatry and Narcology named after V.P. Serbsky Ministry of Health of Russia, Moscow, Russia. ORCID: 0000-0002-1350-2021. E-mail: dobaeva.n@serbsky.ru

Ичмелян Маргарита Арамовна – младший научный сотрудник отделения сексологии отдела трансдисциплинарных исследований Московского научно-исследовательского института психиатрии – филиала ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва, Россия.

Margarita A. Ichmelyan – Junior Researcher, Department of Sexology, Department of Transdisciplinary Research, Moscow Research Institute of Psychiatry – Branch of the Federal State Budgetary Institution "National Medical Research Center for Psychiatry and Narcology named after V.P. Serbsky" Ministry of Health of Russia, Moscow, Russia. ORCID: 0000-0002-6601-6342. E-mail: ichmelyan.m@serbsky.ru

ГРУДНОЕ ВСКАРМЛИВАНИЕ В РОССИИ: ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ

О.Б. ЛАДОДО¹, С.И. ЖДАНОВА², В.В. ЗУБКОВ³, В.М. КОДИНЦОВА⁴,
Д.Н. ДЕГТЯРЕВ⁵, И.И. РЮМИНА⁶, О.О. САЛАГАЙ⁷, Е.Л. ШЕШКО⁸

^{1, 2, 3, 5, 6} ФГБУ «НМИЦ акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва, Россия;

⁴ ФГБУН «ФИЦ питания, биотехнологии и безопасности пищи», г. Москва, Россия;

^{3, 5} Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет), г. Москва, Россия;

^{7, 8} Министерство здравоохранения Российской Федерации, г. Москва, Россия.

УДК: 614.2

DOI: 10.21045/2782-1676-2023-3-1-18-32

Аннотация

Исключительно грудное вскармливание в течение первых шести месяцев жизни обеспечивает множество краткосрочных и долгосрочных преимуществ для здоровья. Осознание женщиной представления о грудном вскармливании как уникальном биологическом феномене, имеющем не только пищевое, но и психологическое значение, оказывающее мощное положительное влияние на нервно-психическое развитие ребенка, является важным условием выработки доминанты грудного вскармливания. Преждевременное отлучение от груди или отказ от кормления грудью повышает риск развития многих социально значимых заболеваний как матери, так и ребенка.

Возможность оптимизировать микронутриентный статус беременной, а затем кормящей женщины путем приема специализированных витаминно-минеральных комплексов, соответствующих физиологической потребности женщин в этом физиологическом состоянии, диктует необходимость с одной стороны разработки новых клинических рекомендаций по питанию женщин в этот период, с другой стороны – создания образовательных (просветительских) программ здорового питания с использованием средств массовых информационных. Необходимо также ускорить принятие закона об обязательном йодировании соли. Прием витаминно-минеральных комплексов для кормящих женщин является надежным способом не только устранения множественного дефицита микронутриентов в рационе и улучшения обеспеченности организма кормящей женщины, но и способом оптимизации витаминного состава грудного молока и обеспеченности ребенка на исключительно естественном вскармливании.

Выявлены некоторые проблемы, возникающие при грудном вскармливании, среди которых недостаточная осведомленность медицинских работников и женщин о пользе грудного вскармливания для здоровья ребенка и матери, недостаточное использование витаминно-минеральных комплексов для улучшения микронутриентного статуса как женщины, так и младенца, отсутствие образовательных программ, разъясняющих преимущества грудного вскармливания. Только совместная работа медицинских и общественных организаций по устранению перечисленных проблем позволит максимально реализовать преимущества грудного вскармливания.

Ключевые слова: грудное вскармливание, грудное молоко, образовательные программы.

Для цитирования: Ладодо О.Б., Жданова С.И., Зубков В.В., Кодинцова В.М., Дегтярев Д.Н., Рюмина И.И., Салагай О.О., Шешко Е.Л. Грудное вскармливание в России: проблемы и перспективы // Общественное здоровье. 2023, 3(1):18–32. DOI: 10.21045/2782-1676-2023-3-1-18-32.

Контактная информация: Ладодо Ольга Борисовна, e-mail: o_ladodo@oparina4.ru

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Статья поступила в редакцию: 11.10.2022. **Статья принята к печати:** 12.12.2022. **Дата публикации:** 25.03.2023.

UDC: 614.2

DOI: 10.21045/2782-1676-2023-3-1-18-32

BREASTFEEDING IN RUSSIA: PROBLEMS AND PROSPECTS**O.B. Ladodo¹, S.I. Zhdanova², V.V. Zubkov³, V.M. Kodintsova⁴, D.N. Degtyarev⁵, I.I. Ryumina⁶, O.O. Salagay⁷, E.L. Sheshko⁸**^{1, 2, 3, 5, 6} FSBI «National medical research center for obstetrics, gynecology and perinatology named after academician V.I. Kulakov» Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, Russia;⁴ Federal Research Center for Nutrition, Biotechnology and Food Safety, Moscow, Russia;^{3, 5} Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education First Moscow State Medical University named after I.M. Sechenov of the Ministry of Health of the Russian Federation (Sechenov University), Moscow, Russia;^{7, 8} Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, Russia.**Abstract**

Exclusive breastfeeding for the first six months of life provides many short and long term health benefits. A woman's awareness of the concept of breastfeeding as a unique biological phenomenon that has not only nutritional, but also psychological significance, which has a powerful positive effect on the neuropsychic development of the child, is an important condition for the development of breastfeeding dominance. Premature weaning or refusal to breastfeed increases the risk of developing many socially significant diseases for both mother and child.

The ability to optimize the micronutrient status of a pregnant and then lactating woman by taking specialized vitamin-mineral complexes (VMCs) that correspond to the physiological needs of women in this physiological state dictates the need, on the one hand, to develop new clinical recommendations for women's nutrition during this period, on the other hand – creation of educational (educational) programs of healthy nutrition using mass media. It is also necessary to expedite the adoption of a law on mandatory salt iodization. Admission, IUD for lactating women, is a reliable way not only to eliminate multiple micronutrient deficiencies in the diet and improve the supply of the body of a nursing woman, but also to optimize the vitamin composition of breast milk and the provision of a child exclusively breastfed. Some problems that arise during breastfeeding have been identified, including the lack of awareness of women about the benefits of breastfeeding for the health of the child and mother, the insufficient use of IUDs to improve the micronutrient status of both women and infants, and the lack of educational programs explaining the benefits of breastfeeding. Only the joint work of medical and public organizations to eliminate these problems will make it possible to maximize the benefits of breastfeeding.

Keywords: breastfeeding, breast milk, educational programs.**For citation:** Ladodo O.B., Zhdanova S.I., Zubkov V.V., Kodintsova V.M., Degtyarev D.N., Ryumina I.I., Salagay O.O., Sheshko E.L. Breastfeeding in Russia: problems and prospects // Public health. 2023; 3(1):18–32. DOI: 10.21045/2782-1676-2023-3-1-18-32.**For correspondence:** Ladodo Olga Borisovna, e-mail: o_ladodo@oparina4.ru**Conflict of interests.** The authors declare that there is no conflict of interests.**АКТУАЛЬНОСТЬ**

Грудное молоко представляет собой сложную биологическую жидкость, содержащую не только специально подобранное питание для удовлетворения потребностей роста, но и сигналы для развития младенцев, а также обеспечивает защиту от патогенов. Грудное молоко содержит точное сочетание питательных веществ, включая углеводы, белки, жиры, витамины, минералы, а также воду, которые в совокупности обеспечивают динамичный состав, хорошо подобранный для удовлетворения потребностей роста младенца. Помимо питательных веществ, грудное молоко содержит много биологически

активных компонентов, таких как иммуноглобулины, факторы роста, микроРНК, олигосахариды грудного молока, большое количество антимикробных и иммуномодулирующих молекул. Входящие в состав молока вещества образуют сложную систему, связывающую образ жизни матери (диета и кишечная микробиота) с последствиями для роста ребенка, кишечной микробиоты и иммунитета [1]. Таким образом, состав молока оказывает существенное влияние на рост и развитие ребенка и зависит от питания матери.

ЦЕЛЬЮ обзора является анализ основных проблем, не позволяющих в полной мере использовать преимущества грудного вскармливания.

ПРЕИМУЩЕСТВА ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ ДЛЯ РЕБЕНКА И КОРМЯЩЕЙ МАТЕРИ

Исключительно грудное вскармливание в течение первых шести месяцев жизни обеспечивает множество краткосрочных и долгосрочных преимуществ для здоровья. Грудное вскармливание обладает убедительными доказанными краткосрочными преимуществами для здоровья младенцев, что проявляется в снижении смертности и заболеваемости в результате инфекционных заболеваний желудочно-кишечного тракта и дыхательных путей, отита среднего уха [1]. Исключительно грудное вскармливание в течение 3–4 месяцев снижает заболеваемость атопическим дерматитом в первые два года жизни [1]. Эпидемиологические данные показывают, что дети, находящиеся на грудном вскармливании, имеют более здоровый рацион питания по сравнению с детьми, находящимися на искусственном вскармливании, что, вероятно, снижает риск ожирения. Дети, находящиеся на грудном вскармливании дольше шести месяцев, демонстрируют лучшие когнитивные способности и более низкий риск развития синдрома дефицита внимания / гиперактивности [1]. Вскармливание материнским молоком – неотъемлемая составляющая выхаживания недоношенного младенца [2].

Преждевременное отлучение от груди повышает риск развития послеродовой депрессии, рака молочной железы и яичников, гипертонии, гиперлипидемии, сахарного диабета, инфаркта миокарда и ожирения, причем эти риски наиболее высоки у тех, кто вообще не кормит грудью [3].

Выделение молока, которое обеспечивает потребление около 500 ккал в день для младенца, находящегося исключительно на грудном вскармливании, снижает риск ожирения матери в постменопаузе [4].

Грудное вскармливание продолжает оставаться краеугольным камнем профилактики многих краткосрочных и долгосрочных рисков для здоровья. ВОЗ призывает защищать, поощрять и поддерживать грудное

вскармливание, обеспечивающее многогранные преимущества этой устойчивой биологической системы питания.

Для принятия адекватных мер по поддержке грудного вскармливания необходимо выявление основных проблем, возникающих при грудном вскармливании, что позволит разработать меры по их преодолению [2, 5, 6].

В Распоряжении Правительства РФ от 25 октября 2010 г. № 1873-р «Об утверждении Основ государственной политики РФ в области здорового питания населения на период до 2020» говорится, что в России на 2010 год только 41 процент детей до 3 месяцев получали грудное молоко (ГМ), и необходимо увеличить долю детей в возрасте 6 месяцев, находящихся на грудном вскармливании (ГВ), до 50% к 2020 году.

По данным Федеральной службы государственной статистики количество детей, находившихся на грудном вскармливании (ГВ) в возрасте от 3 до 6 месяцев (то есть потерявших ГВ не ранее 3 месяца, но не позднее 6 месяца) в России (в процентах от числа детей, достигших в отчетном году 1 года) составило 39,9% в 2010 году и 43,9% в 2020 году, от 6 до 12 мес (сюда относятся дети, матери которых завершили ГВ в периоде после 6 месяцев и далее) – 40,4 в 2010 году и 39,2% в 2020 году [7], что свидетельствует о снижении общей продолжительности грудного вскармливания в России, что могло быть обусловлено начавшейся в 2020 году пандемии COVID-19, но и в 2019 году в возрасте от 6 до 12 месяцев детей, находящихся на ГВ, было 40,3%, а максимальная распространенность количества детей, находившихся на ГВ в этот возрастной период, наблюдалась в 2016 году и составила 41,2%.

К сожалению, приведенные выше данные невозможно сравнивать с общемировыми или рекомендованными ВОЗ, так как количественные и качественные критерии продолжительности и распространенности грудного вскармливания существенно различаются. Рекомендованные ВОЗ термины и Программа оптимизации вскармливания детей первого года жизни в РФ [8, 9, 10]: *Исключительно*

грудное вскармливание – грудное вскармливание без докорма другой едой или питьем, в том числе и водой (за исключением лекарств, витаминов или минеральных добавок; допускается также сцеженное грудное молоко, но не из бутылочки с соской); *Преимущественно грудное вскармливание* – помимо грудного вскармливания ребенку также дают небольшое количество воды или содержащее воду питье, как, например, чай; *Полное грудное вскармливание*: либо исключительно грудное вскармливание, либо преимущественно грудное вскармливание; *Смешанное (частичное) грудное вскармливание* – кормление ребенка как грудью, так и искусственным питанием либо молоком или другой едой.

В 2011 году Федеральной службой государственной статистики (Росстат) совместно с Минздравсоцразвития России и в партнерстве с Фондом ООН в области народонаселения (ЮНФПА), Центрами по контролю и профилактике заболеваний (Атланта, США) и АНО ИИЦ «Статистика России» впервые в российской (и советской) истории было проведено Выборочное обследование репродуктивного здоровья российских женщин (ВОРЗ), репрезентативное на национальном уровне. Это исследование было основано на личных интервью с женщинами репродуктивного возраста (15–44 лет) по месту жительства. Было получено 10010 ответов. На основе этих ответов был опубликован итоговый отчет, согласно которому 92% детей когда-либо получали грудное молоко, но только один из четырех новорожденных был приложен к груди в течение первого часа после рождения [11]. По данным издания института демографии Национального исследовательского университета «Высшая школа экономики» Демоскоп Weekly № 651-652 за 2015 г. [12], более детально освещающее проведенное исследование – средняя продолжительность исключительного (когда ребенок получает только грудное молоко) грудного вскармливания составляет в России всего 1 месяц против рекомендуемых ВОЗ 6 месяцев, преимущественно ГВ – 4 месяца, а продолжительность грудного вскармливания составила в среднем

10,6 месяцев. Причем в Москве самая низкая продолжительность ГВ: ИГВ – 0,3 месяца, преимущественно ГВ – 2 месяца, любое ГВ в среднем – до 6 месяцев, что вероятнее всего обусловлено более ранним выходом на работу из декретного отпуска. Все это свидетельствует об актуальности пропаганды и продвижения практики кормления младенцев грудным молоком в нашей стране.

Кроме того, существующая официальная статистика показателей деятельности родовспомогательных и детских лечебных учреждений не ориентирует специалистов здравоохранения на необходимость поддержки и поощрения длительного успешного грудного вскармливания ребенка [13]. В обновленной в 2011 году форме № 32 «Сведения о медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам», также и в приказе Росстата от 27 декабря 2016 года № 866 «Об утверждении статистического инструментария для организации Министерством здравоохранения Российской Федерации федерального статистического наблюдения в сфере охраны здоровья» (с изменениями на 30 августа 2019 года), также в отчетах Росстата [14] нет критериев, характеризующих продолжительность и распространенность грудного вскармливания, что автоматически низводит грудное вскармливание до второстепенной задачи, не обязательной к исполнению.

МЕЖДУНАРОДНЫЙ АСПЕКТ

В ноябре 2018 года Европейским региональным бюро ВОЗ совместно с ЮНИСЕФ и Министерством здравоохранения Российской Федерации была организована международная конференция по вопросам питания матерей, грудного вскармливания и надлежащего кормления детей грудного и раннего возраста, в которой приняли участие 19 государств-членов ЕРБ ВОЗ и 30 регионов Российской Федерации, а также национальные и международные эксперты. Одним из важных тем для обсуждения на конференции стало придание нового импульса осуществлению Инициативы



по созданию в больницах благоприятных условий для грудного вскармливания.

В рамках совершенствования работы родовспомогательных медицинских учреждений еще в 1990 году 30 государствами была принята Инночентийская Декларация «Охрана, поощрение и поддержка грудного вскармливания», основные положения которой в 1991 году были подкреплены принятой ВОЗ и ЮНИСЕФ Инициативой «Больница, доброжелательная к ребенку» (БДР) по созданию в акушерских стационарах условий, благоприятных для грудного вскармливания.

Инициатива включала 10 шагов к проведению успешного грудного вскармливания для родовспомогательных медицинских учреждений, которые охватывали обеспечение раннего начала грудного вскармливания и кормления исключительно грудным вскармливанием с рождения, подготовку медицинского персонала, обучение правильному кормлению грудью беременных женщин, совместное пребывание матери и ребенка,

кормление по первому требованию, отказ от использования сосок, бутылочек и молочных смесей при кормлении, а также поддержку кормящих матерей после выписки из родовспомогательных учреждений.

Создание такой окружающей обстановки позволяет матерям и другим членам семьи в любой ситуации принимать и осуществлять обоснованный выбор в отношении оптимальной практики кормления детей грудного и раннего возраста.

В Российской Федерации БДР внедрялась с 1996 года, в настоящее время эта инициатива с новым названием «Больница с благоприятными условиями для грудного вскармливания» вновь будет осуществляться после длительного перерыва.

В июне 2022 года на базе офиса ВОЗ по неинфекционным заболеваниям российские эксперты прослушали трехнедельный учебный курс инициативы по созданию в «Больницах благоприятных условий для грудного вскармливания» (старое название инициативы БДР),

организованный по принципу каскадного обучения и предназначенный для всех работников здравоохранения, оказывающих услуги женщинам и детям. Данный курс, который предполагает обучение всем навыкам, необходимым для обеспечения грудного вскармливания в послеродовом периоде и впоследствии, стал своеобразной платформой для обмена опытом и дискуссий с экспертами.

В 2011 году специалистами Минздравсоцразвития России было подготовлено Методическое письмо № 15-4/10/2-6796 «Об организации работы службы родовспоможения в условиях внедрения современных перинатальных технологий», согласно которому рекомендуется ранний контакт «кожа-к-коже» новорожденного и матери (от 40 минут до 2 часов), поддерживается грудное вскармливание с первым прикладыванием в родильном зале (не менее получаса), запрещена реклама заменителей грудного молока, а также поддерживается совместное пребывание матери и ребенка и тд.

В настоящее время в России назрела необходимость реформировать на государственном уровне политику по грудному вскармливанию, внедряя образовательные программы для медицинских работников, основанные на рекомендованных ВОЗ и ЮНИСЕФ 10 шагах «Больница с благоприятными условиями для грудного вскармливания», что планируется в ближайшее время осуществить на базе ФГБУ «НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова». Кроме того, особо актуальным представляется введение должности специалиста по поддержке грудного вскармливания в структуру ОМС и в штат каждого родильного учреждения любого уровня, так и в детские больницы, поликлиники и женские консультации.

В то же время Rollins N.C., Bhandari N., Hajeebhoy N. et al. (2016) [15] оценивают связь отсутствия грудного вскармливания с интеллектуальными и экономическими потерями около 302 миллиардов долларов в год или 0,49% мирового валового национального дохода. Причем маркетинг заменителей грудного молока негативно влияет на грудное вскармливание: глобальные продажи в 2014 году

в размере 44,8 миллиардов долларов США свидетельствуют о наличии конкуренции к естественному вскармливанию младенцев. Схожее исследование [16] с использованием инструмента «Затраты от отказа от грудного вскармливания», выявило, что 595 379 детских смертей (от 6 до 59 месяцев) от диареи и пневмонии каждый год могут быть связаны с отказом ГВ. Кроме того, ежегодно 974 956 случаев детского ожирения могут быть связаны с отказом от грудного вскармливания. ГВ может ежегодно предотвращать 98 243 случая смерти от рака молочной железы и яичников, а также от диабета II типа. Эти расходы на здравоохранение оцениваются примерно 1,1 миллиарда долларов США в год. Однако самым большим компонентом экономических потерь являются когнитивные потери, которые оцениваются в 285,4 миллиарда долларов США в год. Совокупно эти затраты, общие глобальные экономические потери оцениваются в 341,3 миллиарда долларов США, или 0,70% мирового валового национального дохода. Так как грудное вскармливание обеспечивает значимые преимущества для здоровья детей и женщин и экономического развития общества в целом, то для реализации этих достижений необходима политическая поддержка и финансовые инвестиции для защиты, поощрения и поддержки грудного вскармливания на государственном уровне.

Этими и идентичными исследованиями объясняется государственная политика США, ставящая своей целью в национальной программе «Здоровые люди – 2030» достижение распространенности ИГВ в возрасте 6 месяцев жизни до 42,4% к 2030 году (по последним данным за 2018 год на ИГВ в 6 месяцев в США находятся 25,8% младенцев), увеличение доли младенцев, находящихся на грудном вскармливании до 1 года до 54,1% (2018 г. – 35,0%), а также – снижение доли новорожденных на грудном вскармливании, получающих докорм смесью в течение первых двух дней жизни до 14,2% в 2030 году (2019 – 19,2%) [17].

Значимость предлактационного кормления смесью в первые дни жизни как ограничивающий фактор ИГВ доказана в многочисленных

исследованиях [18]. Докорм смесью в первые дни после родов во время нахождения в стационаре был связан с трехкратным возрастанием риска прекращения грудного вскармливания к 60 дню [19]. Данные, собранные Центром по контролю и профилактике заболеваний (CDC) в более чем 1300 больницах США, показали, что более высокие баллы по внедрению поддерживающей ГВ практики были связаны с более высокими показателями исключительно грудного вскармливания к выписке из стационара и при любом и ИГВ в 8 недель после родов [20].

Еще одно негативное влияние на грудное вскармливание оказывает реклама детских смесей. Международный свод правил ВОЗ по маркетингу заменителей грудного молока (Кодекс) гласит, что заменители грудного молока не должны продаваться таким образом, чтобы это могло помешать грудному вскармливанию [21]. Тем не менее, смесь предлагается непосредственно потребителю через телевизионную и печатную рекламу, а также косвенно через календари с логотипом, ручки и другие материалы в больницах или кабинетах врачей. Смеси также распространяются посредством раздачи подарочных упаковок при выписке, которые содержат образцы смесей или купоны, часто в пакетах с названием или логотипом производителя. По данным кохрейновского обзора выдача коммерческих упаковок при выписке из больницы (со смесью или без нее), снижает число женщин, кормящих исключительно грудью, но не оказывает существенного влияния на более раннее прекращение на смешанном ГВ [22].

Современные исследования также сообщают о широком спектре маркетинговых нарушений Кодекса. Маркетинг через цифровые платформы и расширение бренда стал более частым явлением. Доказательства показывают использование вводящей в заблуждение и неточной маркировки, а также заявлений о пользе для здоровья и питания в нарушение Кодекса. Авторы призывают ВАЗ и правительства вновь обратить внимание на защиту здоровья детей и их матерей от агрессивной рекламы [23].

РАЗНОГЛАСИЯ В ВОПРОСАХ ОПТИМИЗАЦИИ ОБЕСПЕЧЕННОСТИ МИКРОНУТРИЕНТАМИ БЕРЕМЕННЫХ И КОРМЯЩИХ ЖЕНЩИН

В настоящее время действуют одновременно несколько информационно-методических рекомендаций для врачей различных специальностей, которые часто носят противоречивый характер в части применения витаминов и минеральных веществ в питании беременных и кормящих женщин [24, 25]. Такая несогласованность обусловлена использованием разных критериев эффективности приема ВМК. Рекомендации акушеров-гинекологов основаны на снижении риска акушерских и перинатальных осложнений, а нутрициологов – на микронутриентном статусе женщины и будущего ребенка.

У значительной части беременных и кормящих женщин имеется недостаток сразу нескольких витаминов (витамин D, группа B) и минеральных веществ (йод, магний, цинк, кальций, железо и др.). При их недостаточном потреблении и недостаточной обеспеченности кормящей матери выделение витаминов A, E, D, C, B₁, B₂, B₆, B₁₂, йода и селена в грудное молоко снижается. Содержание фолатов, кальция, магния, фосфора в грудном молоке поддерживается даже при их недостаточности у матери, однако обогащение ими рациона питания во время кормления грудью, улучшая обеспеченность матери, предотвращает истощение запасов в ее организме. Содержание железа и цинка в грудном молоке определяется статусом матери, сформировавшимся во время беременности. Прием витаминно-минеральных комплексов или обогащенных микронутриентами пищевых продуктов в прегравидарный период, в течение беременности и лактации приводит к улучшению обеспеченности женщины и ее ребенка за счет повышения содержания витаминов, йода и селена в грудном молоке [26]. Прием витаминно-минеральных комплексов, специально предназначенных для кормящих женщин, является надежным способом не только устранения множественного дефицита микронутриентов

в рационе и улучшения обеспеченности организма кормящей женщины, но и оптимизации витаминного состава грудного молока и обеспеченности ребенка на исключительно естественном вскармливании.

Согласно рекомендации Международной федерации гинекологии и акушерства FIGO (Federation of Gynecology and Obstetrics) 2019 г. всем беременным женщинам рекомендуется ежедневно рутинно принимать витаминно-минеральные комплексы (ВМК), специально предназначенные для беременных женщин и содержащие стандартные дозы микронутриентов, соответствующие физиологической потребности организма женщины в этом физиологическом состоянии [27].

ВМК, предназначенные для беременных женщин, включающие 13–15 различных микронутриентов, должны обязательно содержать 400–600 мкг фолиевой кислоты, 250–600 мкг витамина D₃, 30 мг элементарного железа (при анемии совместно с витамином С), 150 мкг йода, не более 1500 МЕ витамина А в форме β-каротина, цинк [28]. В настоящее время в аптечной сети имеется большой ассортимент ВМК, специально предназначенных для беременных и кормящих женщин, отвечающих вышеперечисленным требованиям. При этом обязательно использовать йодированную соль.

В США и др. странах с высоким уровнем дохода при беременности обычно используются ВМК. Подчеркивается, что необходимо, чтобы ВМК применялись до, во время и после беременности, при кормлении грудью, чтобы польза, достигнутая при рождении ребенка, могла сохраняться на протяжении всей жизни [29]. Установлено, что риск превышения верхнего предела безопасного потребления микронутриентов в течение беременности за счет обычного рациона и приема ВМК крайне низок [28].

Доказано преимущество использования ВМК по сравнению с парой микронутриентов: фолиевая кислота и железо или фолиевая кислота и йод [30, 31]. Прием в течение всей беременности ВМК (200 мг докозагексаеновой кислоты, витамины Е, С, D₃, В₁, В₂, В₃, В₅, В₆,

В₁₂, фолат, биотин, Zn, Fe, I, Se) оказал больший эффект по сравнению с приемом фолиевой кислоты и йода на концентрацию ферритина в крови, омега-3-индекс и психофизиологическое состояние (настроение, самочувствие, физический компонент здоровья) [30].

В настоящее время возникла острая необходимость разработки гармонизированных с современными международными рекомендациями единых национальных клинических рекомендаций на основе консенсуса между нутрициологами, акушерами-гинекологами и педиатрами, предусматривающего обязательный прием специализированных ВМК в прегравидарный период и в течение всей беременности и кормления грудью. Разработка такого нормативного документа не только облегчит работу практических врачей, но и позволит достичь реального улучшения состояния здоровья как женщин, так и их младенцев, особенно в условиях множественной микронутриентной недостаточности у населения.

В соответствии с последними рекомендациями FIGO [27] всем беременным женщинами рекомендовано использование йодированной соли, содержащей 95 мкг йода в 1 чайной ложке (5 г). В России у большей части населения имеется недостаток йода, однако закон об обязательном йодировании пищевой соли до сих пор не принят, а обогащение соли этим микронутриентом в небольших объемах проводят добровольно сами изготовители по своей инициативе [32].

Известно, что на решение матери начать и продолжать грудное вскармливание влияет ряд факторов, в том числе практическая, эмоциональная поддержка и поощрение со стороны медицинских работников [33]. В Кокрановском обзоре с участием более 83 246 диад мать-дитя сообщается, что поддержка грудного вскармливания со стороны медицинских работников очень значима для увеличения продолжительности грудного вскармливания. [34]. Поэтому важно, чтобы студенты-медики владели знаниями о грудном вскармливании и развивали навыки поддержки и обеспечения надлежащего ухода за беременными женщинами и матерями с младенцами, чтобы

помочь матерям кормить грудью. Однако медицинские работники, в том числе студенты, не всегда получают адекватное обучение грудному вскармливанию в рамках своей основной программы обучения, чтобы эффективно помогать матерям [35].

В многоцентровом исследовании, проведенном в Российской Федерации, целью которого было изучение знаний студентов медицинских вузов, интернов и ординаторов по вопросам поддержки и продвижения грудного вскармливания в Российской Федерации и их изменение за последнее десятилетие, также был выявлен недостаточный уровень знаний по вопросам поддержки ГВ [36]. Анкетирование проводили в 2009–2011 гг. (участвовали 8 ВУЗов) и в 2018–2019 гг. (участвовали 24 ВУЗа и 1 институт усовершенствования врачей) среди студентов 5–6-х курсов, интернов и ординаторов. Было выявлено, что уровень знаний будущих врачей по вопросам поддержки лактации у матерей за 10 лет существенно не изменился. С одной стороны, начальный уровень знаний по грудному вскармливанию признается высоким, однако ответы на вопросы высокого уровня сложности у большей части будущих врачей вызвали затруднения, кроме того был выявлен низкий уровень знаний позиций и рекомендаций ВОЗ. Авторы отмечают положительную динамику знаний по физиологии лактации и оценке питания младенцев, однако они акцентируют внимание на не изменившийся за 10 лет низкий уровень знаний практических вопросов и отсутствие понимания разницы между средними и допустимыми минимальными прибавками массы тела у детей на исключительно грудном вскармливании. При этом, основную роль в поддержке грудного вскармливания будущие врачи отводят медицинским работникам, не считая необходимым использовать беременным и кормящим женщинам иные источники информации.

В другом исследовании, посвященном исследованию адекватности рекомендаций медицинских работников по питанию беременным женщинам и матерям, кормящим грудью,

существующей нормативной базе, была выявлена чрезмерная распространенность и часто необоснованность элиминационных диет и, наоборот, излишняя распространенность назначения так называемых лактогонных средств и продуктов питания с недоказанной эффективностью с целью стимуляции лактации [37]. По электронным анкетам, созданным на основе рекомендаций ВОЗ, Программы оптимизации вскармливания детей первого года жизни в Российской Федерации и официальных документах Министерства здравоохранения РФ [38, 39, 10] были опрошены 5753 женщины, из которых 5,6% были беременными и 94,4% матерей с детьми. Большая часть (69,7%) женщин получали какую-либо информацию от медицинских работников во время беременности и кормления грудью. Среди опрошенных матерей более 35% использовали различные продукты и лактогонные средства для стимуляции лактации. По данным российских авторов, эти средства используют до 47% женщин [40]. По результатам этого исследования только 40% беременных и 20% кормящих женщин не вводили в свой рацион дефицитных диет. Авторы делают вывод, что на фоне этого использование беременными и кормящими женщинами специализированных и обогащенных продуктов питания часто теряет смысл. Знания врачей и женщин о первичной профилактике пищевой аллергии у детей недостаточные, в связи с чем назначаются неоправданные профилактические ограничения рациона питания женщин. Для поддержания лактации широко используются средства, не имеющие доказательной базы. Таким образом, из этих двух исследований видим, что недостаточность знаний о грамотной поддержке грудного вскармливания распространена среди студентов и медицинских работников в России, и это подменяется чрезмерным назначением продуктов с недоказанной эффективностью, такими как лактогонные чаи, что при высоком доверии населения к советам медицинских работников может иметь крайне негативные последствия для продолжительности грудного вскармливания.

ИНФОРМАЦИОННО-РАЗЪЯСНИТЕЛЬНАЯ РАБОТА

По нашим результатам выборочного онлайн-анкетирования около 900 кормящих женщин в возрасте от 18 и старше 40 лет свидетельствуют о недостаточной информированности женщин о пользе и преимуществах грудного вскармливания для здоровья младенца и кормящей матери. Кормление ребенка по часам в роддоме и/или дома, докармливание адаптированной смесью в роддоме создают у женщины определенный стереотип, которого она продолжает придерживаться и дома, что препятствуют оптимальному грудному вскармливанию. Между тем такие факторы как своевременное начало грудного вскармливания и максимальная его продолжительность могут быть достигнуты посредством информационно-разъяснительной работы с женщинами, а также проведением учебы по вопросам грудного вскармливания с медицинскими работниками.

В другой работе в ходе опроса кормящих женщин выяснилось, что информацию о вскармливании ребенка женщины получали от врача, медицинских работников как в женских консультациях, так и в роддоме, а каждая пятая респондент искала ответы на свои вопросы в сети Интернет. Роль радио и телевидения в популяризации грудного вскармливания, судя по ответам опрошенных женщин, оказалась ничтожной по сравнению с сетью Интернет. Основной причиной перевода ребенка на искусственное вскармливание часть женщин, имевших опыт грудного вскармливания в прошлом, назвали отсутствие собственной выдержки и терпения [2]. Это ставит вопрос о создании специальных образовательных (просветительских) программ для будущих мам о роли здорового питания ее самой и необходимости грудного вскармливания для обеспечения здоровья собственного ребенка [41].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Осознание женщиной представления о грудном вскармливании как уникальном

биологическом феномене, имеющем не только пищевое, но и психологическое значение, оказывающее мощное положительное влияние на нервно-психическое развитие ребенка является важным условием выработки доминанты грудного вскармливания [42]. Это требует большой разъяснительной работы и создания образовательных программ.

Возможность оптимизировать микронутриентный статус беременной, а затем кормящей женщины путем приема специализированных ВМК, соответствующих физиологической потребности женщин в этом физиологическом состоянии, диктует необходимость с одной стороны разработки новых клинических рекомендаций по питанию женщин в этот период, с другой стороны – создания образовательных (просветительских) программ здорового питания с использованием СМИ.

Необходимо также ускорить принятие закона об обязательном йодировании соли.

Важно разработать и внедрить Проект «Национальная программа Российской Федерации поддержке грудного вскармливания».

Таким образом, внедрение политики «Больница, доброжелательная к грудному вскармливанию» в родовспомогательные учреждения, детские больницы и поликлиники, минимизация использования предлактационного кормления смесью без медицинских показаний, образовательные программы для медицинских работников, созданные на основе рекомендаций ВОЗ/ЮНИСЕФ, включение должности специалиста по ГВ в структуру родовспомогательных и детских учреждений, а также включение качественных и количественных показателей ГВ в терминах, рекомендуемыми ВОЗ и «Программой оптимизации вскармливания детей первого года жизни в РФ» в современные формы статистического отчета помогли бы значительно улучшить распространенность и продолжительность ГВ в Российской Федерации.

Только совместная работа медицинских и общественных организаций позволит максимально реализовать преимущества грудного вскармливания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Moubareck C.A. Human milk microbiota and oligosaccharides: a glimpse into benefits, diversity, and correlations. // *Nutrients*. 2021; 13(4): 1123. DOI: 10.3390/nu13041123
2. Полянина Е.З. Трудности грудного вскармливания: пути решения проблемы. // *Медицинский совет*. 2021;(11):7–13. <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2021-11-7-13>.
3. Schwarz E.B., Nothnagle M. The Maternal Health Benefits of Breastfeeding. // *Am. Fam. Phys.* 2015; 91:603–604.
4. Bobrow K.L., Quigley M.A., Green J., Reeves G.K., Beral V. Million Women Study Collaborators Persistent Effects of Women's Parity and Breastfeeding Patterns on Their Body Mass Index: Results from the Million Women Study. // *Int. J. Obes.* 2013; 37:712–717. DOI: 10.1038/ijo.2012.76
5. Захарова И.Н., Мачнева Е.Б., Облогина И.С. Грудное молоко – живая ткань! Как сохранить грудное вскармливание? // *Медицинский совет*. 2017;(19):24–29. <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2017-19-24-29>.
6. Рюмина И.И., Зубков В.В. Эффективная лактация и сцеживание грудного молока. // *Медицинский совет*. 2019;(2):26–31. <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2019-2-26-31>
7. <https://rosstat.gov.ru/folder/13721>
8. Национальный инструмент оценки питания младенцев и детей раннего возраста: практика, политика и программы. Проект. BO3, LINCAQES Project и Wellstart International. – Geneva, 2002.
9. World Health Organization. Global Strategy on Infant and Young Child Feeding. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2003.
10. Баранов А.А., Тутельян В.А., Чумакова О.В. и др. Программа оптимизации вскармливания детей первого года жизни в Российской Федерации: Методические рекомендации. Союз педиатров РФ. – 2019. – 160 с
11. Репродуктивное здоровье населения России, Резюме отчета, 2011.
12. <http://www.demoscope.ru/weekly/2015/0651/reprod02.php>
13. Ломовских В.Е., Бердикова Т.К., Врублевская Е.Ю. Оценка и предложения по изменению статистики распространенности грудного вскармливания в РФ // *Волгоградский научно-медицинский журнал*, № 4, 2009: 3–5.
14. Здравоохранение в России. 2017: Стат.сб./Росстат. – М., 3-46. 2017. – 170 с.
15. Rollins N.C., Bhandari N., Hajeebhoy N., Horton S., Lutter C.K., Martines J.C., Piwoz E.G., Richter L.M., Victora C.G. Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? // *Lancet* 2016, 387, 491–504.
16. Walters D.D., Phan L.T.H., Mathisen R. The cost of not breastfeeding: global results from a new tool. // *Health Policy Plan.* 2019 Jul 1;34(6):407–417. DOI: 10.1093/heapol/czz050. PMID: 31236559; PMCID: PMC6735804.
17. https://www.cdc.gov/breastfeeding/data/nis_data/results.html
18. Meek J.Y., Noble L. Technical Report: Breastfeeding and the Use of Human Milk. // *Pediatrics*. 2022 Jul 1;150(1): e2022057989. DOI: 10.1542/peds.2022-057989. PMID: 35921641.
19. Chantry C.J., Dewey K.G., Pearson J.M., Wagner E.A., Nommsen-Rivers L.A. In-hospital formula use increases early breastfeeding cessation among first-time mothers intending to exclusively breastfeed. // *Journal of Pediatrics*. 2014;164(6):1339.e5–1345.e5.
20. Nelson J.M., Perrine C.G., Freedman D.S. et al. Infant feeding-related maternity care practices and maternal report of breastfeeding outcomes // *Birth*. 2018;45(4):424–431.
21. World Health Organization. International code of marketing of breast-milk substitutes. 1981. Available at: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/40382>
22. Donnelly A., Snowden H.M., Renfrew M.J., Woolridge M.W. WITHDRAWN: Commercial hospital discharge packs for breastfeeding women. // *Cochrane Database Syst Rev*. 2007 Jul 18;(2): CD002075. DOI: 10.1002/14651858.CD002075.pub2. PMID: 17636696.
23. Becker G.E., Zambrano P., Ching C., Cashin J., Burns A., Policarpo E., Datu-Sanguyo J., Mathisen R. Global evidence of persistent violations of the International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes: A systematic scoping review. // *Matern Child Nutr.* 2022 May;18 Suppl 3(Suppl 3): e13335. DOI: 10.1111/mcn.13335. Epub 2022 Mar 21. PMID: 35313063; PMCID: PMC9113471.
24. Буцкая Т.В., Ладодо О.Б., Коденцова В.М., Фисенко А.П., Рисник Д.В., Макарова С.Г., Олина А.А., Чумбадзе Т.Р., Мошкина Н.А. Анализ действующих рекомендаций по применению витаминно-минеральных комплексов во время беременности и кормления грудью. // *Кремлевская медицина. Клинический вестник*. – 2022. – № 2. – С. 52–64. DOI: 10.26269/e339-nw30
25. Коденцова В.М., Буцкая Т.В., Ладодо О.Б., Рисник Д.В., Макарова С.Г., Олина А.А., Мошкина Н.А. Прием витаминно-минеральных комплексов во время беременности необходим: сравнительный анализ действующих рекомендаций. // *Вопросы практической педиатрии*. 2022; 17(2): 136–147. DOI: 10.20953/1817-7646-2022-2-136-147
26. Коденцова В.М., Рисник Д.В., Павлович С.В., Ладодо О.Б. Оптимизация обеспеченности микронутриентами кормящих женщин и новорожденных на исключительно грудном вскармливании посредством обогащения рациона женщины. // *Гинекология*. 2021; 23 (3): 222–230. DOI: 10.26442/20795696.2021.3.20087

27. FIGO Committee Report. Good clinical practice advice: Micronutrients in the periconceptional period and pregnancy. *Int J Gynecol Obstet* 2019; 144: 317–321 <https://doi.org/10.1002/ijgo.12739>
28. Black R.E., Dewey K.G. Benefits of supplementation with multiple micronutrients in pregnancy. // *Ann. N.Y. Acad. Sci.* 2019; 1444(1): 3–5. DOI: 10.1111/nyas.14088
29. Gernand A.D. The upper level: examining the risk of excess micronutrient intake in pregnancy from antenatal supplements // *Ann. N.Y. Acad. Sci.* 1444 2019. 22–34. DOI: 10.1111/nyas.14103
30. Громова О.А., Песегова Е.В., Торшин И.Ю., Тетрашвили Н.К. Опыт применения витаминно-минерального комплекса «Прегномама» у женщин с физиологическим течением беременности. // *Акушерство и гинекология.* 2021; 6: 122–130 <https://dx.doi.org/10.18565/aig.2021.6.122-130>
31. Bourassa M.W., Osendarp S.J., Adu-Afarwah S., Ahmed S., Ajello C., Bergeron G., ... & Vosti S.A. Review of the evidence regarding the use of antenatal multiple micronutrient supplementation in low-and middle-income countries // *Ann N Y Acad Sci.* 2019; 1444(1): 6–21. DOI: 10.1111/nyas.14121
32. Мельниченко Г.А., Герасимов Г.А., Трошина Е.А. Что мешает принять закон о профилактике заболеваний, вызванных дефицитом йода, в стране с йодной недостаточностью? // *Клиническая и экспериментальная тиреоидология.* – 2019. – Т. 15(4). – С. 162–168. DOI: 10.14341/ket12424
33. Schmied V., Beake S., Sheehan A., McCourt C., Dykes F. Women's perceptions and experiences of breastfeeding support: a metasynthesis. // *Birth.* 2011; 38(1):49–60.
34. McFadden A., Gavine A., Renfrew M.J., Wade A., Buchanan P., Taylor J.L., Veitch E., Rennie A.M., Crowther S.A., Neiman S., MacGillivray S. Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. // *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;2: CD001141.
35. Yang S.F., Salamonson Y., Burns E. et al. Breastfeeding knowledge and attitudes of health professional students: a systematic review. // *Int Breastfeed J* 13, 8 (2018). <https://doi.org/10.1186/s13006-018-0153-1>
36. Яковлев Я.Я., Манеров Ф.К., Фурцев В.И., Щербак В.А., Щербак Н.М., Лобанов Ю.Ф., Ледайкина Л.В., Гарина С.В., Суровикина Е.А., Елкина Т.Н., Алимova И.Л., Плескачевская Т.А., Попова Е.В., Погорелова Л.В., Ревнова М.О., Гайдук И.М., Бурлуцкая А.В., Статова А.В., Джумагазиев А.А., Каширская Е.И., Царькова С.А., Трунова Ю.А., Кольцова Н.С., Печкуров Д.В., Лазарева Е.П., Лукушкина Е.Ф., Нейфельд И.В., Рогожина И.Е., Макарова В.И., Петров И.М., Сахаров С.П., Шевченко Е.В., Малахова Ж.Л., Пашов А.И., Мунхалова Я.А., Егорова В.Б., Каладзе Н.Н., Белых Н.А. Знания будущих врачей (студентов старших курсов, интернов, ординаторов) по вопросам грудного вскармливания: одномоментное исследование. // *Вопросы современной педиатрии.* 2021;20(4):292–309. DOI: 10.15690/vsp.v20i4.2285
37. Яковлев Я.Я., Манеров Ф.К., Котович М.М., Щепетков С.П., Соколовская М.А. Оценка фактического состояния питания беременных и кормящих женщин // *Мать и Дитя в Кузбассе.* – 2020. – № 4(83). – С. 12–18. DOI: 10.24411/2686-7338-2020-10043
38. WHO recommendations for antenatal care for a positive pregnancy experience. WHO, 2017. 196 p. Russian (Рекомендации ВОЗ по оказанию дородовой помощи для формирования положительного опыта беременности. ВОЗ. – 2017. – 196 с.
39. Письмо Минздрава России от 24.03.2017 № 28-1/10/2-1994 «О направлении методических рекомендаций «Рекомендуемые нормы лечебного питания (среднесуточные наборы основных пищевых продуктов) для беременных и кормящих женщин в родильных домах (отделениях) и детей различных возрастных групп в детских больницах (отделениях) Российской Федерации». МЗ РФ, 2017.
40. Батурин А.К., Конь И.Я., Гмошинская М.В., Абрамова Т.В., Ларионова З.Г., Сафронова А.И. Результаты ретроспективного изучения особенностей питания женщин в период беременности и лактации // *Фарматека.* 2016;12(325): 56–60.
41. Погожева А.В., Смирнова Е.А. К здоровью нации через многоуровневые образовательные программы для населения в области оптимального питания // *Вопросы питания.* – 2020. – Т. 89. – № 4. – С. 262–72. DOI: 10.24411/0042-8833-2020-10060
42. Гмошинская М.В. Факторы, влияющие на лактацию. // *Вопросы современной педиатрии.* 2013; 12 (2): 139–141.

REFERENCES

1. Moubareck C.A. Human milk microbiota and oligosaccharides: a glimpse into benefits, diversity and correlations. *Nutrients.* 2021; 13(4): 1123. DOI: 10.3390/nu13041123
2. Polyanina E.Z. Difficulties in breastfeeding: ways to solve the problem. *Meditinskiy sovet = Medical Council.* 2021; (11):7–13. <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2021-11-7-13> (in Russian)
3. Schwarz E.B., Nothnagle M. The Maternal Health Benefits of Breastfeeding. *Am. Fam. Phys.* 2015;91:603–604.
4. Bobrow K.L., Quigley M.A., Green J., Reeves G.K., Beral V. Million Women Study Collaborators Persistent Effects of Women's Parity and Breastfeeding Patterns on Their Body Mass Index: Results from the Million Women Study. *Int. J. Obes.* 2013;37:712–717. DOI: 10.1038/ijo.2012.76

5. Zakharova I.N., Machneva E.B., Oblogina I.S. Breast milk is a living tissue! How to preserve breastfeeding? // Meditsinskiy sovet = Medical Council 2017;(19):24–29. <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2017-19-24-29>. (in Russian).
6. Ryumina I.I., Zubkov V.V. Effective lactation and expression of breast milk. Meditsinskiy sovet = Medical Council. 2019;(2):26–31. <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2019-2-26-31> (in Russian).
7. <https://rosstat.gov.ru/folder/13721>
8. National Adolescent and Young Child Nutrition Assessment Tool: Practices, Policies and Programs. Project. WHO, LINCAQES Project and Wellstart International. – Geneva, 2002.
9. World Health Organization. Global Strategy for Infant and Young Child Feeding. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2003.
10. Baranov A.A., Tutelyan V.A., Chumakova O.V. et al. The program of intended feeding of children of the first year of life in the Russian Federation: Methodological recommendations. Union of Pediatricians of the Russian Federation, 2019. – 160 p. (in Russian)
11. Reproductive health of the population of Russia, Summary of the report 2011 (in Russian).
12. <http://www.demoscope.ru/weekly/2015/0651/reprod02.php>
13. Lomovskikh V.E., Berdikova T.K., Vrublevskaya E.Yu. Evaluation and proposal on the statistics of the spread of breastfeeding in the Russian Federation // Volgograd Journal of Medical Scientific Research, No. 4, 2009: 3–5. (in Russian)
14. Health care in Russia. 2017: Stat.sb./Rosstat. – M., Z-46 2017. – 170 p. (in Russian).
15. Rollins North Carolina; Bhandari N., Hadjibhoy N., Horton S., Lutter C.K., Martines J.K., Piwoz E.G., Richter L.M., Victora K.G. Why invest and what will it take to improve breastfeeding practices? // Lancet 2016, 387, 491–504.
16. Walters D.D., Phan L.T.H., Mathisen R. The cost of not breastfeeding: global results from a new tool. Health Policy Plan. 2019 Jul 1;34(6):407–417.
17. https://www.cdc.gov/breastfeeding/data/nis_data/results.html
18. Meek J.Y., Noble L. Technical report: Breastfeeding and use of breast milk. // Pediatrics. July 1, 2022; 150(1): e2022057989. DOI: 10.1542/ped.2022-057989. PMID: 35921641.
19. Chantry C.J., Dewey K.G., Pearson J.M., Wagner E.A., Nommsen-Rivers L.A. In-hospital formula use increases early breastfeeding cessation among first-time mothers intending to exclusively breastfeed. Journal of Pediatrics. 2014;164(6):1339.e5–1345.e5.
20. Nelson J.M., Perrine C.G., Freedman D.S. et al. Infant feeding-related maternity care practices and maternal report of breastfeeding outcomes // Birth. 2018;45(4):424–431.
21. World Health Organization. International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes. 1981. Available at: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/40382>.
22. Donnelly A., Snowden H.M., Renfrew M.J., Woolridge M.W. CANCELED: Commercial hospital discharge packages for breastfeeding women. // Cochrane Database Syst Rev. 2007 Jul 18;(2): CD002075. DOI: 10.1002/14651858.CD002075.pub2. PMID: 17636696.
23. Becker G.E., Zambrano P., Ching C., Cashin J., Burns A., Policarpo E., Datu-Sanguyo J., Mathisen R. Global evidence of persistent violations of the International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes: A systematic scoping review. Matern Child Nutr. 2022 May;18 Suppl 3(Suppl 3): e13335.
24. Butskaya T.V., Ladodo O.B., Kodentsova V.M., Fisenko A.P., Risnik D.V., Makarova S.G., Olina A.A., Chumbadze T.R., Moshkina N.A. Assessment of current recommendations on vitamin and mineral complex intake in pregnancy and lactation // Kremlevskaya meditsina. Klinicheskiy vestnik [Kremlin medicine. Clinical Bulletin]/ 2022. № 2. С. 52–64. DOI: 10.26269/e339-nw30 (in Russian)
25. Kodentsova V.M., Butskaya T.V., Ladodo O.B., Risnik D.V., Makarova S.G., Olina A.A., Moshkina N.A. Administration of multivitamin and mineral complexes during pregnancy is necessary: comparison of current guidelines // Vopr. prakt. pediatri. (Clinical Practice in Pediatrics). 2022; 17(2): 136–147. (In Russian). DOI: 10.20953/1817-7646-2022-2-136-147 (in Russian)
26. Kodentsova V.M., Risnik D.V., Pavlovich S.V., Ladodo O.B. Optimization of the micronutrients sufficiency of feeding women and children on exclusively breastfeeding by enriching of the woman diet // Gynecology. 2021; 23 (3): 222–230. DOI: 10.26442/20795696.2021.3.200875 (in Russian)
27. FIGO Committee Report. Good clinical practice advice: Micronutrients in the periconceptional period and pregnancy. Int J Gynecol Obstet 2019; 144: 317–321 <https://doi.org/10.1002/ijgo.12739>
28. Black R.E., Dewey K.G. Benefits of supplementation with multiple micronutrients in pregnancy. Ann. N.Y. Acad. Sci. 2019; 1444(1): 3–5. DOI: 10.1111/nyas.14088
29. Gernand A.D. The upper level: examining the risk of excess micronutrient intake in pregnancy from antenatal supplements // Ann. N.Y. Acad. Sci. 1444 2019. 22–34. DOI: 10.1111/nyas.14103
30. Gromova O.A., Pesegova E.V., Torshin I. Yu., Tetruashvili N.K. Experience in the use of the vitamin-mineral complex “Pregnomama” in women with a physiological course of pregnancy // Obstetrics and gynecology. 2021; 6:122–130 <https://dx.doi.org/10.18565/aig.2021.6.122-130> (in Russian).
31. Bourassa M.W., Osendarp S.J., Adu-Afaruwah S., Ahmed S., Ajello C., Bergeron G., ... & Vosti S.A. Review of the evidence regarding the use of antenatal multiple micronutrient supplementation in low-and middle-income

- countries // Ann N Y Acad Sci. 2019; 1444(1): 6–21. DOI: 10.1111/nyas.14121
32. Melnichenko G. A., Gerasimov G. A., Troshina E. A. What prevents passing the law about prevention of iodine deficiency disorders in the country with iodine deficiency? // Clinical and experimental thyroidology, 2019;15(4):162–168. DOI: 10.14341/ket12424 (in Russian).
 33. Schmied V., Beake S., Sheehan A., McCourt C., Dykes F. Women's perceptions and experiences of breastfeeding support: a metasynthesis. // Birth. 2011;38(1):49–60.
 34. McFadden A., Gavine A., Renfrew M. J., Wade A., Buchanan P., Taylor J. L., Veitch E., Rennie A. M., Crowther S. A., Neiman S., MacGillivray S. Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. // Cochrane Database Syst Rev. 2017;2: CD001141.
 35. Yang S. F., Salamonson Y., Burns E. et al. Breastfeeding knowledge and attitudes of health professional students: a systematic review. // Int Breastfeed J 13, 8 (2018). <https://doi.org/10.1186/s13006-018-0153-1>
 36. Yakovlev Ya. Ya., Manerov F. K., Furtsev V. I., Shcherbak V. A., Shcherbak N. M., Lobanov Yu. F., Ledyaykina L. V., Garina S. V., Surovikina E. A., Elkina T. N., Alimova I. L., Plekachevskaya T. A., Popova E. V., Pogorelova L. V., Revnova M. O., Gaiduk I. M., Burlutskaya A. V., Statova A. V., Dzhumagaziev A. A., Kashirskaya E. I., Tsarkova S. A., Trunova Yu. A., Koltsova N. S., Pechkurov D. V., Lazareva E. P., Lukushkina E. F., Neyfeld I. V., Rogozhina I. E., Makarova V. I., Petrov I. M., Sakharov S. P., Shevchenko E. V., Malakhova Zh. L., Pashov A. I., Munkhalova Ya. A., Egorova V. B., Kaladze N. N., Belykh N. A. Knowledge of future doctors (senior students, interns, residents) on breastfeeding: a cross-sectional study. // Questions of modern pediatrics. 2021;20(4):292–309. DOI: 10.15690/vsp.v20i4.2285 (in Russian).
 37. Yakovlev Ya. Ya., Manerov F. K., Kotovich M. M., Shchepetkov S. P., Sokolovskaya M. A. Assessment of the actual state of nutrition of pregnant and lactating women // Mother and Child in Kuzbass. – 2020. – No. 4(83). – P. 12–18. DOI: 10.24411/2686-7338-2020-10043
 38. WHO recommendations for antenatal care for a positive pregnancy experience. WHO, 2017. 196 p. English (WHO guidelines on antenatal care for a positive pregnancy experience. WHO, 2017. – 196 p. (in Russian).
 39. Letter of the Ministry of Health of Russia dated March 24, 2017 № 28-1/10/2-1994 "On the direction of the guidelines "Recommended norms of therapeutic nutrition (average daily sets of basic foods) for pregnant and lactating women in maternity hospitals (departments) and children of various age groups in children's hospitals (departments) of the Russian Federation. Ministry of Health of the Russian Federation, 2017. (in Russian).
 40. Baturin A. K., Kon' I. Ya., Gmoshinskaya M. V., Abramova T. V., Larionova Z. G., Safronova A. I. The results of a retrospective study of the nutritional characteristics of women during pregnancy and lactation // Farmateka. 2016.;12(325): 56–60. (in Russian).
 41. Pogozheva A. V., Smirnova E. A. To the health of the nation through multi-level educational programs for the population in the field of optimal nutrition. Voprosy pitaniia [Problems of Nutrition]. 2020; 89 (4): 262–72. DOI: 10.24411/0042-8833-2020-10060 (in Russian).
 42. Gmoshinskaya M. V. Factors Influencing on Lactation (Voprosy sovremennoi pediatrii – Current Pediatrics. 2013; 12 (2): 139–141). (in Russian).

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ / ABOUT THE AUTHORS

Ладодо Ольга Борисовна – кандидат медицинских наук, руководитель «Национального координирующего центра по поддержке грудного вскармливания» в ФГБУ «НМИЦ акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва, Россия.

Olga B. Ladodo – Candidate of Medical Sciences, Head of the National Coordinating Center for Breastfeeding Support, FSBI «National medical research center for obstetrics, gynecology and perinatology named after academician V.I. Kulakov» Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, Russia.
ORCID: 0000-0002-4720-7231. E-mail: o_ladodo@oparina4.ru

Жданова Светлана Игоревна – кандидат медицинских наук, руководитель отдела нутритивных технологий в неонатологии и педиатрии института неонатологии и педиатрии ФГБУ «НМИЦ акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Министерства Здравоохранения Российской Федерации, г. Москва, Россия.

Svetlana I. Zhdanova – Candidate of Medical Sciences, Head of the Department of Nutritional Technologies, FSBI «National medical research center for obstetrics, gynecology and perinatology named after academician V.I. Kulakov» Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, Russia.
ORCID: 0000-0003-0353-6372. E-mail: s_zhdanova@oparina4.ru

Зубков Виктор Васильевич – доктор медицинских наук, профессор, директор института неонатологии и педиатрии ФГБУ «НМИЦ акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Министерства здравоохранения Российской Федерации; заведующий кафедрой неонатологии департамента профессионального образования ФГБУ «НМИЦ акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова»

Министерства Здравоохранения Российской Федерации; профессор кафедры неонатологии клинического института детского здоровья имени Н.Ф. Филатова, Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет), г. Москва, Россия.

Viktor V. Zubkov – Doctor of Medical Sciences, Professor, Director of the Institute of Neonatology and Pediatrics, Head of the Department of Neonatology, Department of Vocational Education, FSBI «National medical research center for obstetrics, gynecology and perinatology named after academician V.I. Kulakov» Ministry of Health of the Russian Federation; Professor of the Department of Neonatology, Clinical Institute of Children's Health named after N.F. Filatov, Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education First Moscow State Medical University named after I.M. Sechenov of the Ministry of Health of the Russian Federation (Sechenov University), Moscow, Russia.
ORCID: 0000-0001-8366-5208. E-mail: v_zubkov@oparina4.ru

Коденцова Вера Митрофановна – доктор биол. наук, профессор, главный научный сотрудник лаборатории витаминов и минеральных веществ ФГБУН «ФИЦ питания, биотехнологии и безопасности пищи», г. Москва, Россия.

Vera M. Kodentsova – Doctor of Biology, Professor, Chief Researcher, Laboratory of Vitamins and Minerals, Federal Research Center for Nutrition, Biotechnology and Food Safety, Moscow, Russia.
ORCID: 0000-0002-5288-1132. E-mail: kodentsova@ion.ru

Дегтярев Дмитрий Николаевич – доктор медицинских наук, профессор, заместитель директора центра по научной работе ФГБУ «НМИЦ акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Министерства Здравоохранения Российской Федерации; заведующий кафедрой неонатологии клинического института детского здоровья имени Н.Ф. Филатова, Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет), г. Москва, Россия.

Dmitry N. Degtyarev – Doctor of Medical Sciences, Professor, Deputy Director, FSBI «National medical research center for obstetrics, gynecology and perinatology named after academician V.I. Kulakov» Ministry of Health of the Russian Federation; Head of the Department of Neonatology, Clinical Institute of Children's Health named after N.F. Filatov, Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education First Moscow State Medical University named after I.M. Sechenov of the Ministry of Health of the Russian Federation (Sechenov University), Moscow, Russia.
ORCID: 0000-0001-8975-2425. E-mail: d_degtiarev@oparina4.ru

Рюмина Ирина Ивановна – доктор медицинских наук, руководитель отделения патологии новорожденных и недоношенных детей, профессор кафедры неонатологии ФГБУ «НМИЦ акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва, Россия.

Irina I. Ryumina – Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department of Pathology of Newborns and Premature Infants, Professor of the Department of Neonatology, FSBI «National medical research center for obstetrics, gynecology and perinatology named after academician V.I. Kulakov» Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, Russia.
ORCID: 0000-0003-1831-887X. E-mail: i_ryumina@oparina4.ru

Салагай Олег Олегович – кандидат медицинских наук, заместитель Министра здравоохранения Российской Федерации, г. Москва, Россия.

Oleg O. Salagay – Candidate of Medical Sciences, Deputy Minister of Health of the Russian Federation, Moscow, Russia.
E-mail: salagayoo@minzdrav.gov.ru

Шешко Елена Леонидовна – кандидат медицинских наук, доцент, директор Департамента – Департамент медицинской помощи детям, службы родовспоможения и общественного здоровья Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва, Россия.

Elena L. Sheshko – Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, Director of the Department – Department of Medical Care for Children, Obstetrics and Public Health Services of the Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, Russia.
E-mail: sheshkoel@minzdrav.gov.ru

ОРГАНИЗАЦИЯ ТРЕХУРОВНЕВОЙ СИСТЕМЫ ОКАЗАНИЯ СКОРОЙ, В ТОМ ЧИСЛЕ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ, МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СУБЪЕКТАХ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

**С.Ф. БАГНЕНКО¹, В.М. ТЕПЛОВ², Е.А. ЦЕБРОВСКАЯ³,
А.Б. ИХАЕВ⁴, С.С. МОСКВИНА⁵**

^{1, 2, 3} ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Минздрава России, г. Санкт-Петербург, Россия;

⁴ Республиканская станция скорой медицинской помощи, г. Грозный, Чеченская Республика, Россия;

⁵ Департамент здравоохранения Ивановской области, г. Иваново, Россия.

УДК: 614.2; 614.88; 004.94

DOI: 10.21045/2782-1676-2023-3-1-33-41

Аннотация

Введение. В статье представлен анализ проблемы, обоснование концепции и сформулированы основные принципы функционирования трёхуровневой системы организации оказания скорой специализированной медицинской помощи в субъектах Российской Федерации, а также продемонстрирован опыт использования компьютерного моделирования для ее создания на примере трёх субъектов страны.

Цель. Определение возможных путей оптимизации трёхуровневой системы в регионах с помощью проведения виртуальных экспериментов.

Методы. Проведен ретроспективный анализ данных о текущей деятельности региона, на основании которых с помощью компьютерного моделирования была создана модель трёхуровневой системы и проведены эксперименты, направленные на его оптимизацию.

Результаты. На основе данных о поступающих по экстренным показаниям пациентах в различные стационары была создана имитационная модель, проведён ряд экспериментов, направленных на определение оптимального перераспределения потока пациентов, нуждающихся экстренной помощи в стационарах 3-го уровня, в том числе при чрезвычайных ситуациях биолого-социального характера на примере пандемии COVID-19. Была продемонстрирована эффективность предлагаемой системы, в модели удалось обеспечить своевременную госпитализацию всех пациентов в субъекте к месту оказания им медицинской помощи исчерпывающего характера.

Выводы. Для организации трёхуровневой системы оказания скорой, в том числе специализированной, медицинской помощи целесообразно проводить организационные эксперименты с помощью имитационного моделирования, которое позволяет грамотно планировать перераспределение потоков пациентов, выявлять возможные ошибки в виртуальной модели.

Ключевые слова: трёхуровневая система, скорая медицинская помощь, организация здравоохранения, имитационное моделирование.

Для цитирования: Багненко С.Ф., Теплов В.М., Цебровская Е.А., Ихаев А.Б., Москвина С.С. Организация трёхуровневой системы оказания скорой, в том числе специализированной, медицинской помощи в субъектах Российской Федерации // Общественное здоровье. 2023, 3(1):33–41. DOI: 10.21045/2782-1676-2023-3-1-33-41.

Контактная информация: Цебровская Екатерина Андреевна, e-mail: tserina@bk.ru

Конфликт интересов: Авторы статьи подтверждают отсутствие конфликта интересов.

Статья поступила в редакцию: 17.01.2023. **Статья принята к печати:** 28.02.2023. **Дата публикации:** 25.03.2023.

UDC: 614.2; 614.88; 004.94

DOI: 10.21045/2782-1676-2023-3-1-33-41

ORGANIZATION OF A THREE-LEVEL SYSTEM OF EMERGENCY, INCLUDING EMERGENCY SPECIALIZED, MEDICAL CARE IN THE CONSTITUENT ENTITIES OF THE RUSSIAN FEDERATION**S.F. Bagnenko¹, V.M. Teplov², E.A. Tsebrovskaya³, A.B. Ihaev⁴, S.S. Moskvina⁵**^{1,2,3} First Saint Petersburg State Medical University named after I.I. Academician I.P. Pavlova, St. Petersburg, Russia;⁴ Republican ambulance station, Grozny, Chechen Republic, Russia;⁵ Health Department of the Ivanovo region, Ivanovo, Russia.**Abstract**

Introduction. The article presents an analysis of the problem, justification of the concept and formulates the basic principles of the functioning of a three-level system for organizing the provision of emergency specialized medical care in the constituent entities of the Russian Federation, and also demonstrates the experience of using computer modeling to create it on the example of three constituent entities of the country.

Target. Determination of possible ways to optimize the three-level system in the regions through virtual experiments.

Methods. A retrospective analysis of data on the current activities of the region was carried out, on the basis of which, with the help of computer simulation, a model of a three-level system was created and experiments aimed at its optimization were carried out.

Results. On the basis of data on emergency patients admitted to various hospitals, a simulation model was created, a number of experiments were carried out aimed at determining the optimal redistribution of the flow of patients in need of emergency care in hospitals of the 3rd level, including in emergency situations of a biological and social nature at example of the COVID-19 pandemic. The effectiveness of the proposed system was demonstrated, in the model it was possible to ensure the timely hospitalization of all patients in the subject to the place of providing them with comprehensive medical care.

Conclusion. For the organization of a three-level system of emergency care, including specialized medical care, it is advisable to conduct organizational experiments using simulation modeling, which allows you to correctly plan the redistribution of patient flows, identify possible errors in the virtual model.

Keywords: three-level system, emergency medicine, healthcare organization, simulation modeling.

For citation: Bagnenko S.F., Teplov V.M., Tsebrovskaya E.A., Ihaev A.B., Moskvina S.S. Organization of a three-level system of emergency, including emergency specialized, medical care in the constituent entities of the Russian Federation // Public health. 2023; 3(1):33–41. DOI: 10.21045/2782-1676-2023-3-1-33-41.

For correspondence: Tsebrovskaya Ekaterina Andreevna, e-mail: tserina@bk.ru

Conflict of interest: The authors of the article confirm the absence of a conflict of interest.

ВВЕДЕНИЕ

Трудно переоценить роль своевременной медицинской эвакуации больных и пострадавших, нуждающихся в оказании скорой медицинской помощи в стационарных условиях, в том числе и в чрезвычайных ситуациях [1, 2]. Наилучшие результаты лечения пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения, травмами, острым коронарным синдромом в последние годы были достигнуты в том числе благодаря своевременной госпитализации в межмуниципальные и региональные центры специализированной медицинской помощи [3]. К сожалению, во многих субъектах Российской Федерации до сих пор не выстроена четкая логистика пациентов, нуждающихся в госпитализации в экстренной и неотложной формах, в результате чего большое их число госпитализируется в ближайшие

к месту вызова медицинские организации, что в конечном счете приводит к многоэтапности эвакуации с потерей времени или невыполнению стандартов оказания медицинской помощи. Два года пандемии новой коронавирусной инфекции (COVID-19) лишь ярче подсветили эти трудности и продемонстрировали необходимость выстраивания системы оказания скорой, в том числе специализированной, медицинской помощи во всех регионах страны [4].

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для изучения проблем организации скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи при переходе на трехуровневую систему в различных субъектах было проведено анкетирование главных внештатных специалистов, а также были

проанализированы ретроспективные данные, полученные из федеральных форм статистического наблюдения № 14 «Сведения о деятельности подразделений медицинской организации, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях» и № 30 «Сведения о медицинской организации». На первом этапе осуществлялся детальный анализ полученных данных, которые в последующем применялись как исходные данные при моделировании в программе FlexSim Healthcare. На втором этапе был проведен организационный эксперимент с применением имитационного моделирования трёхуровневой системы оказания скорой медицинской помощи.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Анкетирование главных внештатных специалистов по скорой медицинской помощи 42 субъектов Российской Федерации позволило сформулировать основные принципы функционирования такой системы. Респондентам было предложено охарактеризовать возможности эвакуации пациентов внутри субъекта (разветвленность автодорожной сети и ее состояние, наличие удаленных районов, плотность населения), оценить реальное состояние службы скорой медицинской помощи в субъекте и ее участие в ЧС биолого-социального характера до пандемии новой коронавирусной инфекции и в ходе нее, а также определить перспективные направления совершенствования службы. В 97,6% случаев эксперты отмечали, что в их субъектах невозможно оказывать экстренную помощь пациентам с острыми состояниями по таким профилям заболеваний, как хирургия, акушерство и гинекология, кардиология, неврология, травматология в районных больницах. Эти данные объективно подтверждались годовыми формами федерального статистического наблюдения № 14 «Сведения о деятельности подразделений медицинской организации, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях» и № 30 «Сведения о медицинской организации» медицинских

организаций за 2018 г., представленными тремя субъектами Российской Федерации. Ни в одной из районных больниц этих регионов не было возможности организовать и круглосуточно обеспечивать на постоянной основе одновременное наличие дежурного хирурга, анестезиолога-реаниматолога, а также осуществлять инструментальную диагностику (компьютерную томографию и эндоскопию). Из общего числа респондентов 90,5% считали, что важную роль в этом вопросе должна сыграть организация в субъекте единой диспетчерской службы, при этом 88,1% сообщили, что уже организовали полностью или частично ее в своем регионе. Также большинство (85,7%) считало, что улучшение эвакуации пациента может быть достигнуто за счет стратегического планирования медицинских округов. Почти 90% анкетированных было убеждено, что для обеспечения хороших результатов лечения пациентов в экстренной и неотложной форме в субъектах необходимо строительство стационарных отделений скорой медицинской помощи, создание которых было регламентировано в 2013 г. Приказом Минздрава России № 388н «Об утверждении Порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи» (далее – Приказ Минздрава 388н).

Все это создало четкое понимание того, что, исходя из современного состояния здравоохранения, в субъектах Российской Федерации необходимо выделить три уровня оказания скорой специализированной помощи экстренным пациентам. На первом уровне (районные больницы) возможно лишь купирование обострения хронических терапевтических заболеваний. Основная нагрузка должна приходиться на стационары второго уровня (межмуниципальные центры специализированной медицинской помощи), которые должны создаваться на численность населения не менее 150–200 тысяч, и где должна быть реализована возможность по оказанию помощи по «основным» профилям, составляющим большую часть нозологических состояний (хирургия, акушерство и гинекология, кардиология, неврология, травматология). Пациенты,

которым планируется лечение в экстренной и неотложной форме по «узким» профилям (офтальмология, сердечно-сосудистая хирургия, нейрохирургия, оториноларингология и т.д.), должны госпитализироваться в стационары третьего уровня – областные, республиканские, краевые больницы. При создании такой модели в субъекте Российской Федерации необходима реализация ряда принципов, являющихся концептуальной основой функционирования трехуровневой системы организации оказания скорой медицинской помощи.

Во-первых, в субъекте необходимо сформировать единое информационное пространство, в котором необходимый объем данных о каждом больном или пострадавшем в режиме реального времени передается скорой медицинской помощи. Для этого в регионе должен быть создан Центр скорой медицинской помощи и медицины катастроф, в структуре которого есть единая диспетчерская служба, где и аккумулируется, и первично обрабатывается вся необходимая информация. Такой подход обеспечит правильный выбор способа и места эвакуации больного или пострадавшего.

Во-вторых, в регионе необходима организация догоспитальной трехуровневой медицинской сортировки пациентов. Медицинский работник и врач Центра скорой медицинской помощи и медицины катастроф в момент первичного контакта с пациентом определяют место и способ дальнейшей эвакуации. Больные и пострадавшие делятся на три основные группы в зависимости от их профиля, тяжести состояния, планируемого объема лечебно-диагностических мероприятий. Наиболее легкая первая группа пациентов с обострением хронических заболеваний, которая не нуждается в оперативном лечении, реанимационной поддержке и диагностике с использованием спиральной компьютерной и магнитно-резонансной томографии, госпитализируется в ближайшую районную больницу. Вторая группа включает пациентов, нуждающихся в медицинской помощи по упомянутым ранее «основным» профилям заболеваний. В этом случае могут потребоваться обследования с применением «тяжелой» диагностики

(компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, ангиография и др.), лечебная и диагностическая эндоскопия, хирургические вмешательства, интенсивная терапия в отделении реанимации. Таких пациентов необходимо эвакуировать в межмуниципальный центр специализированной медицинской помощи, представляющий собой крупный многопрофильный стационар коечной емкостью не менее 300 коек (оптимально 500–600 коек). Как отмечалось ранее, такой центр создается из расчета не менее чем 150–200 тыс. постоянного населения, проживающего в районах субъекта Российской Федерации, объединенных в один медицинский округ. Оказание экстренной медицинской помощи в рамках сердечно-сосудистой, торакальной, челюстно-лицевой хирургии, нейрохирургии (исключая легкую черепно-мозговую травму), урологии (кроме почечной колики и острой задержки мочи), офтальмологии и оториноларингологии по согласованному перечню осуществляется в медицинских организациях третьего уровня – областных, краевых, республиканских больницах. В районах Российской Федерации с высокой плотностью населения медицинская эвакуация в медицинские организации всех уровней может быть осуществлена с использованием автомобилей скорой медицинской помощи, лишь около 1–2% пациентов нуждаются в санитарно-авиационной эвакуации с использованием воздушных судов.

Третьим принципом, определяющим эффективность функционирования предлагаемой трехуровневой системы, является экстерриториальность маршрутизации. Он заключается в том, что эвакуация пациента должна осуществляться не в ближайшую медицинскую организацию, как часто происходит в настоящее время, а непосредственно в тот стационар, где объем помощи будет исчерпывающим. Следует избегать многоэтапной помощи с межбольничными переводами, привязки к району, а, в ряде случаев, даже к самому субъекту Российской Федерации. Зачастую ближайшая медицинская организация второго-третьего уровня соседнего субъекта располагается ближе к месту вызова.

Следующим основополагающим принципом работы системы является реализация в субъекте стационарного этапа оказания скорой медицинской помощи, в основе которого лежит строительство стационарных отделений скорой медицинской помощи вместо приемных отделений крупных многопрофильных стационаров, что рекомендовано Приказом Минздрава 388н почти десять лет назад. К сожалению, в настоящее время число таких отделений в нашей стране не превышает трех десятков, что во многом определяется не только финансовыми возможностями субъектов, но и неготовностью руководителей регионального здравоохранения к серьезным переменам в организации оказания медицинской помощи в экстренной и неотложной форме на вверенных территориях.

Стационарный этап скорой медицинской помощи ведет к необходимости развития персонала, работающего в новых условиях, дополнительных профессиональных компетенций, что и является пятым базовым принципом, выполнение которого позволит обеспечить эффективное функционирование системы.

Медицинские сестры и врачи скорой медицинской помощи, работающие в стационарных условиях, должны обладать знаниями и умениями, которые не были востребованы в догоспитальном периоде [5, 6]. К таковым можно отнести реализацию алгоритмов медицинской сортировки средним медицинским персоналом, самостоятельную ультразвуковую диагностику в объеме скрининговых исследований и инвазивных манипуляций врачом скорой медицинской помощи, а также готовность такого специалиста к лечению больных с нарушенными витальными функциями до перевода их в специализированные реанимационные отделения [7].

Структурно-функциональная модель трехуровневой системы организации оказания скорой, в том числе специализированной, медицинской помощи в субъекте Российской Федерации, опирающаяся на базовые принципы, обеспечивает своевременную эвакуацию пациентов и оказание им медицинской помощи в экстренной и неотложной помощи в стационарных условиях в исчерпывающем объеме как в повседневных условиях, так и чрезвычайных ситуациях (рис. 1).

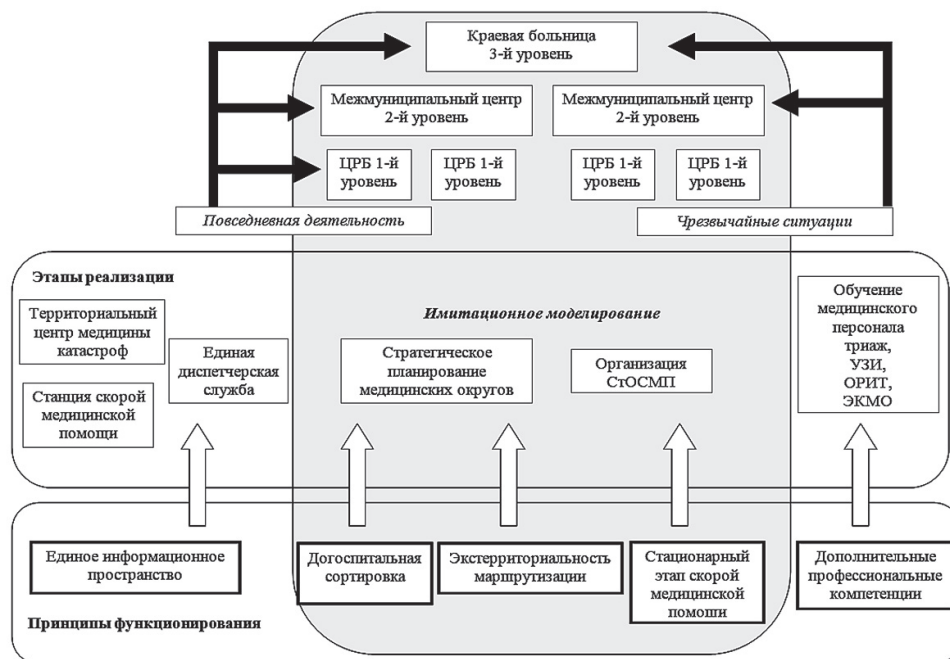


Рис. 1. Структурно-функциональная модель трехуровневой системы организации оказания скорой медицинской помощи в субъекте РФ.

Естественно, необходимо тщательное планирование перед практической реализацией новой системы организации оказания скорой медицинской помощи в субъекте Российской Федерации, для чего было предложено проведение организационных экспериментов с использованием имитационного моделирования [9]. В основу модели закладывались данные из годовых форм федерального статистического наблюдения № 14 «Сведения о деятельности подразделений медицинской организации, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях» и № 30 «Сведения о медицинской организации» медицинских организаций исследуемых субъектов. Также важным было правильное определение субъектов, участвующих в исследовании. При их выборе было принято решение опираться на мнение экспертного сообщества. Все респонденты, участвовавшие в анкетировании, разделились на «согласных» и «сомневающихся». Первые считали, что в их субъектах могут быть реализованы все принципы функционирования трехуровневой системы, во вторую группу попали те, кто видел объективные трудности в возможности реализации

хотя бы одного из пяти принципов. При анализе была обнаружена статистически значимая положительная корреляция между степенью согласия и развитостью дорожной сети и плотностью населения в регионе (коэффициент корреляции $0.4\ p < 0,05$ по тесту Спирмена). Решено было не проводить моделирование в субъектах с низкой плотностью населения и недостаточно развитой дорожной сетью (рис. 2).

В конечном итоге для осуществления организационных экспериментов были выбраны Чеченская Республика, Республика Калмыкия, Курская область. В моделях было выполнено стратегическое планирование медицинских округов и заложены все вышеупомянутые принципы. Ключевым требованием к компьютерной модели было достижение целевых показателей по срокам госпитализации пациентов с острыми состояниями. К примеру, пациент с острым коронарным синдромом в течение двух часов должен был попасть в стационар с возможностью экстренного чрескожного коронарного вмешательства, либо выполнения тромболизиса на месте с госпитализацией

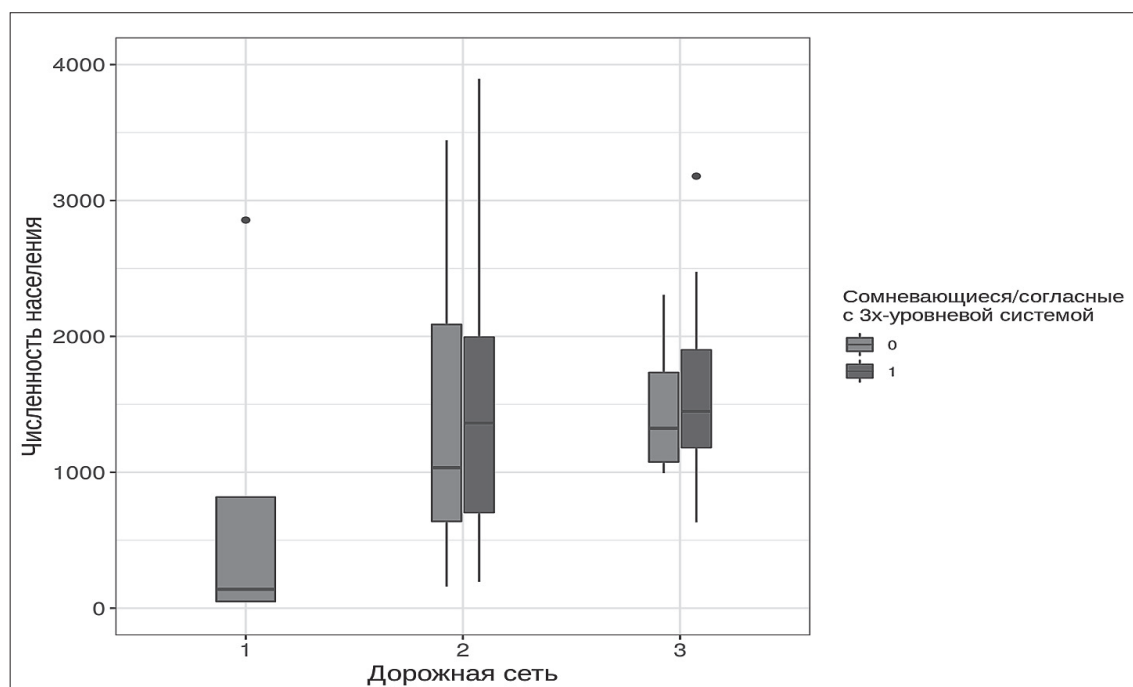


Рис. 2. Взаимосвязь согласия экспертов с инфраструктурной развитостью субъекта.

в региональный сосудистый центр в течение суток, а время эвакуации пациента с поли-травмой не должно было превышать 1 час.

Эксперименты с компьютерными моделями обеспечили своевременную медицинскую эвакуацию всех больных, нуждавшихся в экстренной медицинской помощи по профилю «Кардиология», «Неврология», «Хирургия», «Травматология», «Акушерство и гинекология» в межмуниципальные центры или в областные (краевые, республиканские) больницы, что сопровождалось значимым увеличением числа суточных госпитализаций в первую очередь в медицинские организации третьего уровня (таблица 1).

Также было изучено влияние пандемии COVID-19 на распределение потока пациентов, для чего при компьютерном моделировании в исследуемых субъектах из маршрутизации были исключены медицинские организации, осуществляющие лечение больных с COVID-19 [10]. Созданные модели субъектов, функционирующие в режиме чрезвычайной ситуации биолого-социального характера в течение модельного года, также продемонстрировали существенное возрастание роли стационаров третьего уровня. Это свидетельствует о необходимости первоочередного строительства стационарных отделений скорой медицинской помощи

именно в областных, краевых, республиканских больницах.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Имитационное моделирование позволяет прогнозировать работу системы оказания скорой, в том числе специализированной, медицинской помощи в повседневной деятельности и при ЧС биолого-социального характера. Практическое его применение обеспечивает грамотное стратегическое планирование деятельности всех звеньев этой системы. Представленный опыт использования виртуальных моделей позволяет выявить и предотвратить проблемы при оказании скорой, в том числе специализированной, медицинской помощи в субъектах РФ ещё до внедрения нового организационного решения в жизнь. Предложенная концепция нашла отражение в письмах Министерства здравоохранения Российской Федерации № 14-3/И/2-2339 от 20.03.2019 г. и № 30-2/И/2-17200 от 10.11.2020 г., которые были направлены в адрес руководителей высших органов исполнительной власти субъектов РФ, что привело к активной ее реализации в различных регионах. Предполагается, что объединение службы скорой медицинской помощи и медицины

Таблица 1

Результаты имитационного моделирования трехуровневой системы организации оказания скорой медицинской помощи в субъектах РФ в режиме повседневной деятельности и чрезвычайной ситуации биолого-социального характера

Субъект	Уровень	Условия	Число экстренных поступлений в сутки	
			Реальные данные	Модельные данные
Чеченская Республика	3	Повседневные	14,3±1,3	18,8±1,8*
	3**	COVID-19	92,1±2,8	105,6±4,7*
Республика Калмыкия	2***	Повседневные	32,3±2,3	37,8±2,2
	2	COVID-19	32,3±2,3	42,2±3,4*
Курская область	3	Повседневные	40,9±2,3	56,8±4,6*
	3	COVID-19	40,9±2,3	78,7±6,2*

* – Различия статистически достоверны ($p < 0,05$).

** – Стационаром 3-го уровня была определена ГБУ «Городская клиническая больница» № 1 г. Грозный вследствие перепрофилирования РКБ им. Ш. Эпендиева в «ковидный» госпиталь.

*** – Стационаром 3-го уровня была определена ГУЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи» № 25 г. Волгограда.

катастроф с созданием единой диспетчерской на базе такого центра, формирование медицинских округов в субъектах, повсеместное строительство стационарных отделений скорой медицинской помощи и подготовка

персонала для работы в них в конечном итоге приведет к улучшению результатов лечения больных с различными острыми состояниями как в повседневных условиях, так и при различных чрезвычайных ситуациях.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гончаров С.Ф. [и др.]. Совершенствование организационной модели оказания экстренной медицинской помощи на региональном уровне // Медицина катастроф. – 2019. – № 2 (106). – С. 5–10.
2. Быстров М.В. [и др.]. Совершенствование организации оказания экстренной медицинской помощи пострадавшим в чрезвычайных условиях и в режиме повседневной деятельности // Медицина катастроф. – 2016. – № 1. – С. 14–17.
3. Багненко С.Ф., Миннуллин И.П., Мирошниченко А.Г. [и др.]. Направления совершенствования организации скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, специализированной медицинской помощи в экстренной и неотложной формах и медицинской эвакуации в субъекте Российской Федерации / – Текст: непосредственный // Вестник Росздравнадзора. – 2019. – № 3. – С. 70–74.
4. Бояринцев В.В. [и др.]. Организация работы санитарно-эпидемиологической службы Управления делами Президента Российской Федерации в условиях повышенного риска распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19 // Кремлевская медицина. Клинический вестник. 2021. – № 2. – С. 4–9.
5. Теплов В.М., Миннуллин И.П., Комедев С.С., Цебровская Е.А. Участие медицинской сестры в сортировочном процессе стационарного отделения скорой медицинской помощи // Вестник ассоциации медицинских сестер России. – 2018. – № 1/35. – С. 20–22.
6. Организация работы стационарного отделения скорой медицинской помощи. Издание 2-е, переработанное и дополненное (методические рекомендации) / С.Ф. Багненко, Ю.С. Полушин, А.Г. Мирошниченко, В.М. Теплов // М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 64 с.
7. Теплов В.М., Цебровская Е.А., Коломойцев В.В. Ультразвуковая диагностика в руках врача стационарного отделения скорой медицинской помощи: имитационное моделирование и практическая реализация // Казанский медицинский журнал. – 2019 г. – Т. 100. – № 3. – С. 483–486.
8. Теплов В.М., Цебровская Е.А., Алимов Р.Р., Ихавев А.Б. Сравнительный анализ результатов моделирования трехуровневой системы оказания скорой медицинской помощи в субъектах Российской Федерации // Скорая медицинская помощь. – 2020. – Т. 21. – № 4. – С. 11–16.
9. Теплов В.М. [и др.]. Имитационное моделирование трехуровневой системы медицинской помощи в экстренной форме в Чеченской республике // Скорая медицинская помощь. – 2020. – Т. 21. – № 2. – С. 9–14.
10. Теплов В.М., Цебровская Е.А., Комедев С.С. [и др.]. Применение имитационного моделирования для оптимизации работы стационарного отделения скорой медицинской помощи в многопрофильном стационаре в условиях перепрофилирования медицинского учреждения на прием пациентов с новой коронавирусной инфекцией // Скорая медицинская помощь. – 2020. – № 4. – С. 11–16.

REFERENCES

1. Goncharov S.F. [et al.]. Improving the organizational model for the provision of emergency medical care at the regional level // Medicina katastrof. – 2019. – № 2 (106). – P. 5–10.
2. Bystrov M.V. [et al.]. Improving the organization of the provision of emergency medical care to victims in emergency conditions and in the mode of daily activities // Medicina katastrof. – 2016. – № 1. – P. 14–17.
3. Bagnenko S.F., Minnullin I.P., Miroshnichenko A.G. [et al.]. Directions for improving the organization of ambulance, including specialized ambulance, medical care, specialized medical care in emergency and urgent forms and medical evacuation in the constituent entity of the Russian Federation / – Text: direct // Vestnik Roszdravnadzora. – 2019. – № 3. – P. 70–74.
4. Boyarintsev V.V. [et al.]. Organization of the work of the sanitary and epidemiological service of the Administration of the President of the Russian Federation in conditions of an increased risk of the spread of a new coronavirus infection COVID-19 // Kremlevskaya meditsina. Klinicheskiy vestnik. 2021. – № 2. – P. 4–9.

5. Teplov V.M., Minnullin I.P., Komedev S.S., Tsebrovskaya E.A. Participation of a nurse in the triage process of an inpatient emergency department // Vestnik assotsiatsii meditsinskikh sester Rossii. – 2018. – № 1/35. – P. 20–22.
6. Organizing the work of the emergency department. Edition 2, revised and supplemented (guidelines) / S.F. Bagnenko, Yu.S. Polushin, A.G. Miroshnichenko, V.M. Teplov // M.: GEOTAR-Media, 2018. – 64 p.
7. Teplov V.M., Tsebrovskaya E.A., Kolomoitsev V.V. Ultrasound Diagnostics in the Hands of a Physician in an Inpatient Emergency Department: Simulation Modeling and Practical Implementation // Kazanskiy meditsinskiy zhurnal. – 2019 г. – V. 100. – № 3. – P. 483–486.
8. Teplov V.M., Tsebrovskaya E.A., Alimov R.R., Ikhaev A.B. Comparative analysis of the results of modeling a three-level system of emergency medical care in the constituent entities of the Russian Federation // Skoraya meditsinskaya pomoshch. – 2020. – V. 21. – № 4. – P. 11–16.
9. Teplov V.M. [et al.]. Simulation modeling of a three-level system of medical care in an emergency form in the Chechen Republic // Skoraya meditsinskaya pomoshch. – 2020. – V. 21. – № 2. – P. 9–14.
10. Teplov V.M., Tsebrovskaya E.A., Komedev S.S. [et al.]. The use of simulation modeling to optimize the work of an inpatient emergency department in a multidisciplinary hospital in the context of re-profiling a medical institution to receive patients with a new coronavirus infection // Skoraya meditsinskaya pomoshch. – 2020. – № 4. – P. 11–16.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ / ABOUT THE AUTORS

Багненко Сергей Федорович – академик РАН, ректор ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. академика И.П. Павлова» Минздрава России, г. Санкт-Петербург, Россия.

Sergei F. Bagnenko – Academician of the Russian Academy of Sciences, Rector of the First St. Petersburg State Medical University named after I.I. Academician I.P. Pavlov of the Ministry of Health of Russia, St. Petersburg, Russia. E-mail: bagnenko_spb@mail.ru

Теплов Вадим Михайлович – доктор медицинских наук, доцент кафедры скорой медицинской помощи и хирургии повреждений, руководитель отдела скорой медицинской помощи ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. академика И.П. Павлова» Минздрава России, г. Санкт-Петербург, Россия.

Vadim M. Teplov – Doctor of Medical Sciences, Associate Professor of the Department of Emergency Medical Care and Injury Surgery, Head of the Department of Emergency Medical Care, First St. Petersburg State Medical University. Academician I.P. Pavlov of the Ministry of Health of Russia, St. Petersburg, Russia. E-mail: vadteplov@mail.ru

Цебровская Екатерина Андреевна – ассистент кафедры скорой медицинской помощи и хирургии повреждений, младший научный сотрудник лаборатории организации здравоохранения, врач стационарного отделения скорой медицинской помощи ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. академика И.П. Павлова» Минздрава России, г. Санкт-Петербург, Россия.

Ekaterina A. Tsebrovskaya – Assistant of the Department of Emergency Medical Care and Injury Surgery, Junior Researcher of the Laboratory of Public Health Organization, Physician of the Emergency Department of the FGBOU HE First St. Petersburg State Medical University named after I.I. Academician I.P. Pavlov of the Ministry of Health of Russia, St. Petersburg, Russia. E-mail: tserina@bk.ru

Ихаев Алимхан Бадрудудинович – кандидат медицинских наук, главный внештатный специалист по скорой медицинской помощи Минздрава Чеченской Республики, главный врач ГБУ «Республиканская станция скорой медицинской помощи», г. Грозный, Чеченская Республика, Россия.

Alimkhan B. Ikhaev – candidate of medical sciences, chief freelance specialist in emergency medical care of the Ministry of Health of the Chechen Republic, chief physician of the State Budgetary Institution “Republican Emergency Medical Station, Grozny, Chechen Republic, Russia. E-mail: mussmp-95@mail.ru

Москвина Светлана Сергеевна – и.о. директора департамента здравоохранения Ивановской области, Департамент здравоохранения Ивановской области, г. Иваново, Россия.

Svetlana S. Moskvina – director of the health department of the Ivanovo region, Department of Health of the Ivanovo Region, Ivanovo, Russia. E-mail: cweta_s@mail.ru

ЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ РАЗВИТИЯ ТЕХНОЛОГИЙ ИСКУССТВЕННОГО ИНТЕЛЛЕКТА В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

А.В. ГУСЕВ¹, Д.Е. ШАРОВА²

¹ ООО «К-Скай», г. Петрозаводск, Россия; ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России, г. Москва, Россия;

² ГБУЗ г. Москвы «Научно-практический клинический центр диагностики и телемедицинских технологий Департамента здравоохранения города Москвы», г. Москва, Россия.

УДК: 614.2

DOI: 10.21045/2782-1676-2023-3-1-42-50

Аннотация

Разработка и внедрение программного обеспечения (ПО) на основе технологий искусственного интеллекта (ИИ) является одним из основных направлений цифровой трансформации здравоохранения. Глобальный рынок систем ИИ для медицины и здравоохранения, а также научные исследования в этой сфере являются главными отраслевыми драйверами. Вместе с этим в профессиональном медицинском сообществе растет озабоченность относительно безопасности и эффективности ПО на основе ИИ при его внедрении в практику. Проблемы ответственного отношения выходят на первый план при обсуждении темпов развития отрасли ИИ. Целью работы стал анализ существующих этических проблем внедрения ИИ в здравоохранении и формирование первоочередных задач по их преодолению.

Ключевые слова: цифровое здравоохранение, искусственный интеллект, машинное обучение, системы поддержки принятия врачебных решений, этика, ответственное отношение.

Для цитирования: Гусев А.В., Шарова Д.Е. Этические проблемы развития технологий искусственного интеллекта в здравоохранении // Общественное здоровье. 2023, 3(1):42–50. DOI: 10.21045/2782-1676-2023-3-1-42-50.

Контактная информация: Гусев Александр Владимирович, e-mail: agusev@webiomed.ai

Конфликт интересов: Авторы статьи подтверждают отсутствие конфликта интересов.

Статья поступила в редакцию: 15.10.2022. **Статья принята к печати:** 28.02.2023. **Дата публикации:** 25.03.2023.

UDC: 614.2

DOI: 10.21045/2782-1676-2023-3-1-42-50

ETHICAL PROBLEMS IN THE DEVELOPMENT OF ARTIFICIAL INTELLIGENCE TECHNOLOGIES IN HEALTHCARE

A.V. Gusev¹, D.E. Sharova²

¹ K-SkAI LLC, Petrozavodsk, Russia; Russian Research Institute of Health, Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, Russia;

² Research and Practical Clinical Center for Diagnostics and Telemedicine Technologies, Moscow, Russia.

Abstract

The development and implementation of software based on artificial intelligence (AI) technologies is one of the main directions of the digital transformation in healthcare. The global market for AI systems in medicine as well as research in this area are the main industry drivers. At the same time there is a growing concern in the medical professional community about the safety and effectiveness of AI-based software when it is put into practice. Responsibility issues come to the fore when discussing the pace of development of the AI industry.

The aim of the work was to analyze the existing ethical problems of AI implementation in healthcare and to formulate priorities for overcoming them.

Key words: digital health, artificial intelligence, machine learning, clinical decision support system, ethics, responsible attitude.

For citation: Gusev A.V., Sharova D.E. Ethical problems in the development of artificial intelligence technologies in healthcare // Public health. 2023; 3(1):42–50. DOI: 10.21045/2782-1676-2023-3-1-42-50.

For correspondence: Alexander V. Gusev, e-mail: agusev@webiomed.ai

Conflict of interest: The authors of the article confirm the absence of a conflict of interest.

ВВЕДЕНИЕ

Разработка и внедрение различного программного обеспечения (ПО) на основе технологий искусственного интеллекта (ИИ) является одним из ключевых направлений цифровой трансформации здравоохранения во всем мире [1, 2].

Основными технологическими предпосылками к применению технологий ИИ в здравоохранении являются: быстрое накопление цифровых данных, в т.ч. благодаря внедрению систем ведения электронных медицинских карт и развитию носимых медицинских устройств, постоянное совершенствование средств и методов машинного обучения, позволяющих создавать высокоточные алгоритмы для автоматической интерпретации медицинской информации, высокая доступность облачных сервисов и необходимой инфраструктуры [1].

Важнейшим глобальным драйвером развития отрасли ИИ для здравоохранения являются инвестиции и рост рынка, который по итогам 2021 г. составил 8,19 млрд. долл. Прогнозируется, что к концу 2022 г. он вырастет до 10,11 млрд. долл. при среднегодовом темпе роста 23,46%, а к 2026 г. увеличится до 49,10 млрд. долл. [3].

Венчурные инвесторы и профессиональные инвестиционные фонды постоянно увеличивают финансирование новых разработок. По данным CB Insights [4], в 2021 г. объем суммарных инвестиций в компании, предлагающие здравоохранению решения на основе ИИ, составил

12,2 млрд. долл. Для сравнения, в 2020 г. эта цифра равнялась 6,627 млрд. долл., в 2019 г. — 4,129 млрд. долл., а в 2018 г. — 2,7 млрд. долл. (рис. 1).

Вторым по значимости драйвером развития ИИ-отрасли являются научные исследования. Первые публикации по теме применения технологий ИИ для решения задач здравоохранения появились в рецензируемой научной медицинской литературе в 50х годах прошлого века. Долгое время динамика исследований была довольно медленной, однако начиная с 2017 г. мы наблюдаем существенный рост публикаций, в которых изучались или применялись различные технологии ИИ, включая машинное обучение (рис. 2).

Проникновение ИИ затрагивает в настоящее время практически все направления работы медицинских организаций и органов управления и надзора в сфере здравоохранения, а также все основные нозологические группы. Лидирующими направлениями применения ИИ являются: медицинская диагностика и анализ изображений, прогнозная клиническая и управленческая аналитика, системы поддержки принятия врачебных решений, анализ данных носимых устройств, телемедицина, мониторинг пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями, виртуальные ассистенты, включая робот-ассистированную хирургию, помощь в решении проблем психического здоровья и т. д. [5].

Утвержденная Указом Президента РФ № 490 «Национальная стратегия развития искусственного интеллекта на период до

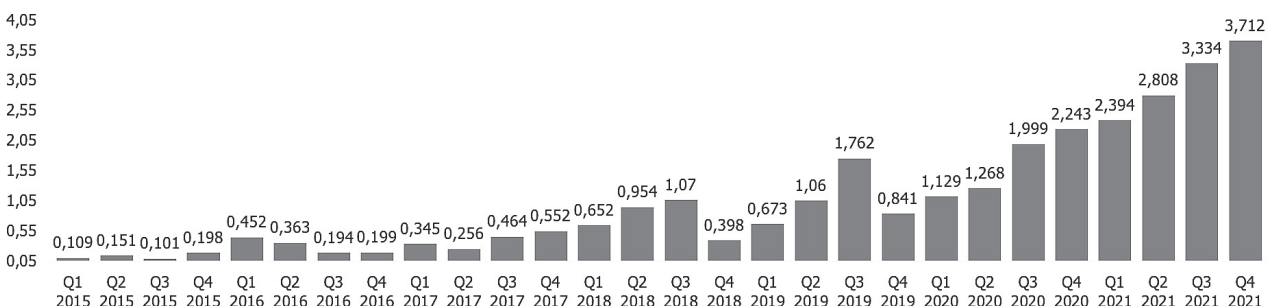


Рис. 1. Динамика венчурного инвестирования в системы искусственного интеллекта для медицины и здравоохранения в 2015–2021 гг., по данным CB Insights

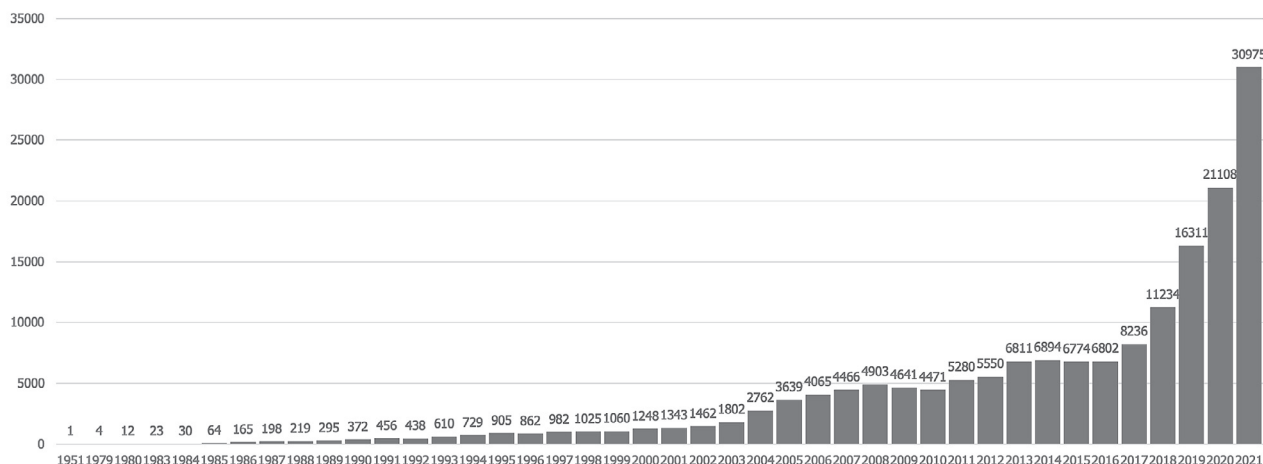


Рис. 2. Динамика рецензируемых научных публикаций, в которых изучались или использовались технологии искусственного интеллекта в 1951–2021 гг., по данным PubMed

2030 года» определяет здравоохранение как приоритетную отрасль для исследований, разработок и внедрения технологий ИИ, которые должны способствовать реализации стратегических целей и задач, таких как сокращение заболеваемости и смертности, рост ожидаемой продолжительности жизни и т. д. [6].

В Российской Федерации уже несколько лет формируется свой сегмент рынка ИИ для здравоохранения. В настоящее время он представлен свыше 40 специализированными компаниями-разработчиками, 65% из которых заняты в сфере анализа медицинских изображений с использованием технологий

компьютерного зрения. Выручка российских ИИ-компаний постоянно увеличивается, что свидетельствует о том, что предлагаемые продукты находят своего потребителя (рис. 3).

В 2019–2022 гг. Министерством здравоохранения РФ и Росздравнадзором совместно с отраслевыми экспертами была обновлена нормативно-правовая база для проведения независимых клинических испытаний и регистрации ИИ-систем как медицинских изделий. Благодаря этому в России на конец 2021 г. было выдано 11 регистрационных удостоверений на программные медицинские изделия на основе ИИ [7].

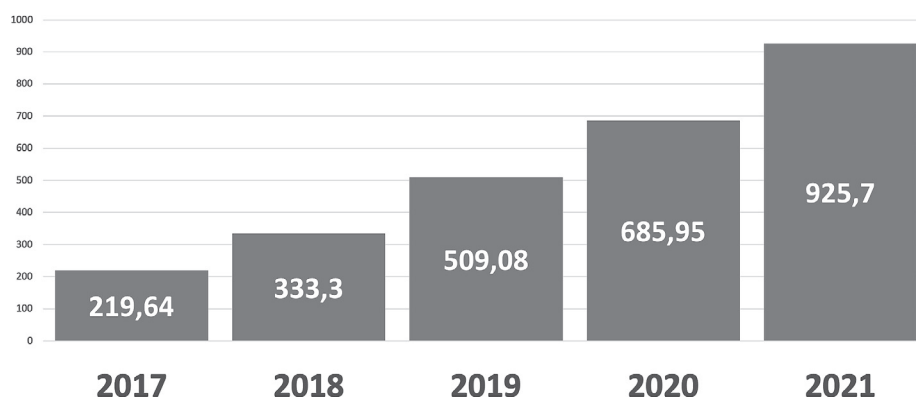


Рис. 3. Динамика выручки российских разработчиков системы искусственного интеллекта для медицины и здравоохранения в 2017–2021 гг., млн. руб., по данным автора

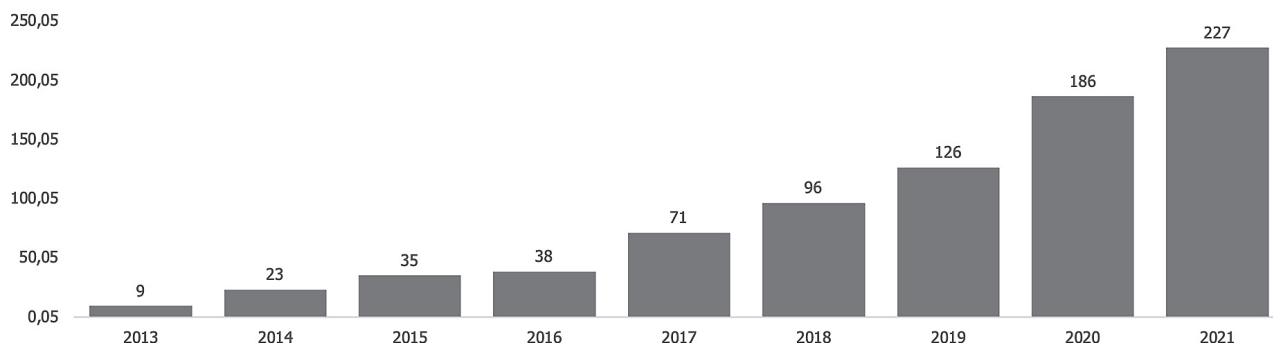


Рис. 4. Число индексируемых публикаций в базе научной информации Scopus, которые были опубликованы российскими авторами на стыке медицины и искусственного интеллекта за последние 10 лет.

Активно развивается техническое регулирование в сфере систем ИИ для клинической медицины, по итогам 2021 г. было утверждено 6 первых национальных стандартов [8].

Растут российские научные исследования и публикации в сфере ИИ для медицины (рис. 4).

Вместе с этим, в российском медицинском сообществе, а также среди экспертов по исследованиям и разработкам в сфере ИИ, как и во всем мире, нарастает озабоченность вопросами, связанными с доверием к решениям на основе ИИ при их внедрении в практическом здравоохранении.

Целью работы стал анализ существующих этических проблем внедрения цифровых продуктов, созданных с использованием ИИ, в здравоохранении и формирование первоочередных задач по их преодолению.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Мы провели систематический обзор публикаций, посвященных проблематике ответственного отношения при использовании ИИ в медицине и здравоохранении, а также проблемам этического характера, возникающим при создании систем ИИ, подготовке их к выпуску на рынок и внедрении. Для этого мы использовали базы данных PubMed и eLibrary, проанализировали материалы российских конференций по теме ИИ в медицине

и здравоохранении. В ходе этой работы мы выявили 3380 различных публикаций и документов, рассматривающих тематику исследования. В ходе изучения абстрактов и кратких аннотаций мы отобрали только те работы, в которых были получены выводы о выявленных проблемах этического применения ИИ в медицине, а также содержались предложения по их преодолению. Таким образом, в окончательные материалы исследования были включены 58 работ, включая научные публикации, доклады на конференциях и документы национальных регуляторов.

ПОЛУЧЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

Первые исследования и публикации по теме этических проблем, связанных с потенциально широким внедрением ИИ в практическую медицину, появились в рецензируемой научной медицинской литературе в начале 1990-х г., но существенный рост начался лишь в 2019 г. За последние 3 года (2019–2021 г.) объем публикаций по данной теме превысил показатель за предыдущие 30 лет (рис. 5).

В России о важности обсуждения и разрешения этических вопросов, связанных с ИИ, в том числе в сфере здравоохранения, впервые начали говорить на прошедшей в ноябре 2019 г. конференции по искусственному интеллекту «AI Journey». Выступая на ней,

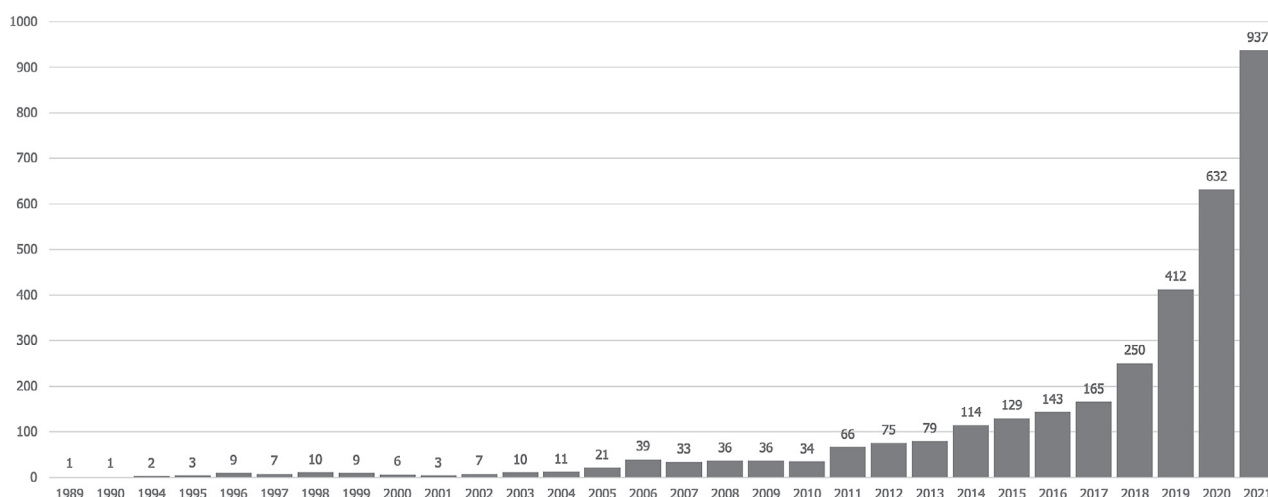


Рис. 5. Динамика рецензируемых научных публикаций, в которых исследовались этические проблемы применения искусственного интеллекта в медицине и здравоохранении в 1989–2021 гг., по данным PubMed

Президент РФ Владимир Путин предложил разработать этические нормы взаимодействия человека с искусственным интеллектом: «Сейчас во всем мире разворачивается дискуссия о социальных аспектах и последствиях использования искусственного интеллекта, это очень важная тема. Предлагаю профессиональному сообществу, компаниям подумать над формированием свода этических правил взаимодействия человека с искусственным интеллектом» [9].

В 2021 и 2022 г. Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения (ЦНИИОИЗ)

Минздрава России провел несколько специализированных семинаров по вопросам этики ИИ, где эксперты обсуждали имеющиеся проблемы, а также противоречивость и неопределенность подходов к их разрешению.

Анализ научных публикаций, а также состоявшихся на различных конференциях и дискуссиях обсуждений, позволил нам выявить наиболее острые этические проблемы на современном этапе, возникающие при внедрении программных продуктов на основе ИИ в практику работы российских врачей и руководителей в сфере здравоохранения (таблица 1).

Таблица 1

Этические проблемы использования технологий искусственного интеллекта в здравоохранении Российской Федерации

Этическая проблема	Описание
Недостаточность доказательств эффективности и безопасности	Научные исследования, в которых были бы представлены убедительные доказательства положительного влияния применения технологий ИИ на клинически-значимые результаты, во всем мире появились лишь в последние годы, и пока их число минимально. Ряд систематических обзоров литературы показывает, что мы не имеем пока необходимого объема доказательств клинической эффективности ИИ-систем. В России эта проблема стоит еще более остро. Фактически, правильно организованное с научной точки зрения, проспективное контролируемое исследование влияния ИИ-систем на эффективность работы учреждений здравоохранения проводится лишь в рамках Московского эксперимента по компьютерному зрению, что явно недостаточно.

Этическая проблема	Описание
Повышенный риск причинения вреда здоровью пациента при применении ИИ-систем по сравнению с обычными медицинскими изделиями	Подавляющее большинство ИИ-систем основано на методах машинного обучения. Для этого разработчики используют разнообразные наборы данных, имеющие порой ряд серьезных проблем с качеством, которое приводит к повышению риска ошибок при работе ИИ-алгоритмов. Например, нередко используются открытые международные наборы данных, в которых отсутствуют или слабо представлены записи о пациентах из российской популяции. Разметка данных осуществляется сотрудниками компаний-разработчиков с неизвестной (возможно – недостаточной) компетенцией. Методические подходы, общепринятые в доказательной медицине, не поддерживаются при создании и выводе ИИ-продуктов на рынок, например – проведение клинических испытаний ИИ-систем может осуществляться в ретроспективном дизайне исследований, что порой недостаточно для полноценной оценки риска. Более того, чаще всего разработчики тестируют свои ИИ-алгоритмы на тех же наборах, что были использованы для машинного обучения, получая за счет этого довольно высокие показатели точности. Все это приводит к тому, что при эксплуатации ИИ-систем в реальных условиях всегда существует более высокий риск ошибки при интерпретации данных, чем это было бы возможно без использования технологий ИИ.
Высокий риск деградации метрик точности ИИ-систем при их внедрении в реальную клиническую практику	Проведение Московского эксперимента по применению технологий компьютерного зрения в рамках радиологической службы города, а также ряд других публикаций указывают на то, что ИИ-системы склонны демонстрировать достаточно высокий риск деградации показателей чувствительности и специфичности во время их эксплуатации в реальной клинической практике. Отчасти это связано с некачественными или неполными наборами данных, использованными при машинном обучении, а также наличием систематических ошибок в таких наборах. Еще одна причина проблемы – изменения в организации работы медицинских организаций, включая появление новых лекарств и медицинского оборудования, а также изменения в развитии заболеваний, из-за чего ИИ-алгоритмы постепенно в рамках своего жизненного цикла начинают терять прежнюю точность работы.
Ответственность за ошибочные решения, принятые медицинским работником на основе рекомендаций ИИ	Любая ИИ-система по определению не может давать гарантированно точный ответ. Всегда есть вероятность ошибки при интерпретации медицинских данных, например из-за того, что какие-то особые случаи или редкие заболевания не были представлены в обучающем наборе данных, который был использован для создания ИИ-системы. Таким образом, кроме действительно положительного эффекта применения ИИ в практике, есть вероятность дать неправильную подсказку врачу, что в свою очередь может привести к возникновению врачебных ошибок при диагностике и лечении, а значит – причинении вреда здоровью пациента. В настоящее время ответственность за такой вред будет нести тот медицинский работник, который использовал ИИ-систему. По мнению некоторых представителей медицинского профессионального сообщества, это является несправедливым. Возникают предложения вовлекать разработчиков ИИ-систем в несение ответственности за ошибки в работе их продуктов.
Проблема «черного ящика»	Ряд методов машинного обучения, в частности – искусственные нейронные сети и глубокое машинное обучение, часто позволяют создавать высокоточные ИИ-алгоритмы. Однако в силу технологических особенностей такие алгоритмы не могут объяснить причину сформированных ими выводов. В результате внедрения таких алгоритмов в продукты для практического применения мы сталкиваемся с ситуацией, когда врач не понимает – почему ИИ-система выдает ему то или иное заключение. Врач начинает относиться к этому с недоверием и в итоге не учитывает или даже отказывается от применения такой системы.
Страхи перед ИИ-системами	Врачи и руководители в сфере здравоохранения могут относиться к ИИ-системам с подозрением относительно истинных целей их создания и внедрения, а также скрытых особенностей работы ИИ. Например, среди врачей бытует мнение, что системы поддержки принятия врачебных решений могут не только анализировать электронные медицинские карты во время приема и подсказывать врачам о возможных ошибках, но и сообщать статистику таких ошибок вышестоящим органам, дискредитируя тем самым работу врача в глазах надзорной инстанции. Еще один из распространенных страхов среди медицинских работников связан с тем, что в будущем ИИ-системы могут заменить их, оставив без работы.
Конфиденциальность медицинской информации	Для исследований и разработок ИИ-систем, а также для их работы, достаточно собирать и анализировать обезличенные медицинские данные. Вместе с этим в среде специалистов по информационной безопасности бытует мнение, что абсолютно надежных методов обезличивания медицинских данных не существует, и всегда есть пусть небольшой, но все же риск преобразования обезличенных данных в персональные данные. Для работы ИИ-систем, а также для их обучения, принципиально важным является применение как можно большего объема информации, включая так называемые «большие данные». В этой ситуации пусть даже небольшой риск утечки персональных данных на больших данных создает оправданные опасения по поводу безопасности и конфиденциальности.

ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ

Обобщение и анализ наиболее значимых этических проблем, возникающих во время проведения исследований, разработок, а затем и внедрении ИИ-систем в реальную клиническую практику, приводят нас к выводу о том, что без решения данных проблем на высоком методологическом и научном уровне мы не сможем обеспечить среди медицинских работников и пациентов необходимый уровень доверия. Это, в свою очередь, будет являться существенным барьером для развития рынка ИИ, тормозить появление новых продуктов и инвестиций в них, а значит – сдерживать рост качества и снижение стоимости решений.

Вместе с этим, неиспользование технологий ИИ также является серьезной проблемой, поскольку на современном этапе без их применения мы уже не можем обработать весь тот объем данных, собираемых в отрасли здравоохранения. Это означает, что мы находимся в ситуации неиспользованной перспективной возможности по решению самых актуальных и сложных задач здравоохранения, таких как

сокращение нагрузки на медицинский персонал, повышение эффективности расходования средств, дальнейшее сокращение предотвратимой заболеваемости и смертности.

В этой связи одним из первых и важнейших шагов по преодолению этических проблем является формирование базовых принципов формирования доверия к ИИ-системам, на основе которых возможно дальнейшее точечное регулирование, включая разработку комплекса национальных стандартов и методических документов. В работе [8] мы изучили наиболее значимые рекомендации и подходы по данному вопросу и представили на основе этого анализа наши предложения по базовым принципам ответственного отношения к применению ИИ в здравоохранении Российской Федерации (таблица 2).

Предложенные принципы являются основой для более углубленного экспертного обсуждения и формирования специализированного регулирования по вопросам ответственного отношения к разработкам и внедрению технологий ИИ в практику отечественного здравоохранения.

Таблица 2

Принципы ответственного отношения к системам искусственного интеллекта для здравоохранения

№	Принципы ответственного отношения	Варианты практической реализации принципа
1	Доверие к производителю	Обеспечение высокого уровня компетенций ключевых сотрудников производителя системы ИИ Компания-производитель должна внедрить систему менеджмента качества в соответствии со стандартом ISO 13485
2	Доверие к данным	Производитель должен получать «сырую» информацию для последующего создания наборов данных строго в обезличенном виде и при условии письменного соглашения с операторами данных Производитель должен использовать надежные источники информации для создания качественных наборов данных для машинного обучения
3	Доверие к моделям	Обеспечение доступности отчетов о создании производителем ИИ-алгоритмов (моделей) для независимой оценки Независимая валидация ИИ-алгоритмов (моделей)
4	Доверие к продукту	Регистрация программного продукта в качестве медицинского изделия на основе гибкой схемы определения класса потенциального риска Проведение проспективных исследований эффективности и безопасности Подключение применяемых в реальной клинической практике ИИ-решений к системе государственного мониторинга

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

По нашему мнению, технологии ИИ открывают действительно большие перспективы для решения стратегических задач российского здравоохранения. Однако, основываясь на незыблемом принципе «не навреди», мы должны не только поддерживать исследования и разработки в этой сфере, стимулировать внедрение отечественных ИИ-систем, но и критически относиться к данной технологии.

Проблемы этического применения технологий ИИ, необходимость в ответственном отношении к ним заслуживают самого пристального внимания как регулятора, так и разработчиков и экспертов в данной сфере.

В этой связи мы считаем важным продолжить исследования и экспертные обсуждения по следующим направлениям:

1. Разработка руководящих принципов относительно оценки эффективности и безопасности ИИ-технологий для этических комитетов, а также экспертов, занятых в оценке продуктов на основе ИИ, включая в целях государственной регистрации в качестве медицинских изделий.
2. Дополнительное специальное образование сотрудников органов управления и надзора в сфере здравоохранения, а также сотрудников, занятых в работе этических комитетов, по технологиям ИИ.
3. Разработка отраслевого этического кодекса в сфере ИИ для здравоохранения, которым могли бы руководствоваться разработчики соответствующих решений, а также их потенциальные заказчики и пользователи.
4. Поиск баланса в сфере сбора и предоставления научно-исследовательским организациям и разработчикам в сфере ИИ качественных обезличенных наборов данных с одновременным контролем риска несанкционированного доступа и дискредитации персональных медицинских данных.
5. Решение проблемы ответственности при применении технологий ИИ в практическом здравоохранении.
6. Решение вопросов, связанных с обоснованными формами оплаты за применение технологий ИИ, в т. ч., возможно, на основе оценки реальной эффективности для здравоохранения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Тополь Э. Искусственный интеллект в медицине: Как умные технологии меняют подход к лечению. – Пер.с англ. – М.: Интеллектуальная литература, 2021. – 434 с. ISBN 978-5-9614-2920-6.
2. Серрато П. Цифровая трансформация здравоохранения. Переход от традиционной к виртуальной медицинской помощи / П. Серрато, Д. Халамка. – Москва: Общество с ограниченной ответственностью Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа», 2022. – 192 с. – ISBN 978-5-9704-7007-7. – DOI: 10.33029/9704-7007-7-DRH-2022-1-192. – EDN SBSGNY.
3. Companies in the artificial intelligence in healthcare market are introducing AI-powered surgical robots to improve precision as per the business research company's artificial intelligence in healthcare global market report 2022 [Internet]. Режим доступа: <https://www.globenewswire.com/news-release/2022/03/30/2413072/0/en/Companies-In-The-Artificial-Intelligence-In-Healthcare-Market-Are-Introducing-AI-Powered-Surgical-Robots-To-Improve-Precision-As-Per-The-Business-Research-Company-s-Artificial-Inte.html>. (Дата обращения: 30.09.2022).
4. State of AI 2021 Report [Internet]. Режим доступа: <https://www.cbinsights.com/research/report/ai-trends-2021/>. (Дата обращения: 30.09.2022).
5. Альманах Искусственный интеллект. ИИ в здравоохранении. 2022;11 [Internet]. Режим доступа: <https://aireport.ru/healthcare>. (Дата обращения: 30.09.2022).
6. Указ Президента РФ от 07.05.2018 № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года». Режим доступа: <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001201805070038>. (Дата обращения: 30.09.2022).
7. Гусев А. В., Владзимирский А. В., Шарова Д. Е., Арзамасов К. М., Храмов А. Е. Развитие исследований и разработок в сфере технологий искусственного интеллекта для здравоохранения в Российской Федерации: итоги 2021 года // Digital Diagnostics. – 2022. – Т. 3. – No. 3. – С. 33–49. DOI: <https://doi.org/10.17816/DD107367>
8. Первые национальные стандарты Российской Федерации на системы искусственного интеллекта

- в медицине / С.П. Морозов, А.В. Владзимирский, Д.Е. Шарова [и др.] // Менеджмент качества в медицине. – 2022. – № 1. – С. 58–62. – EDN XLBXVQ.
9. Этика и «цифра»: этические проблемы цифровых технологий. Аналитический доклад. [Internet]. Режим доступа: https://ethics.cdto.ranepa.ru/3_1. (Дата обращения: 30.09.2022).
10. Гусев А.В., Астапенко Е.М., Иванов И.В., Зарубина Т.В., Кобринский Б.А. Принципы формирования доверия к системам искусственного интеллекта для здравоохранения // Вестник Росздравнадзора. – 2022. – № 2. – С. 25–33.

REFERENCES

1. Topol E. Artificial intelligence in medicine: How smart technologies are changing the approach to treatment. – trans. from English. – M.: Intellectual literature, 2021. – 434 p. ISBN 978-5-9614-2920-6.
2. Serrato P. Digital transformation of healthcare. Transition from traditional to virtual medical care. Serrato, D. Halamka. – Moscow: Limited Liability Company Publishing Group “GEOTAR-Media”, 2022. – 192 p. – ISBN 978-5-9704-7007-7. – DOI: 10.33029/9704-7007-7-DRH-2022-1-192. – EDN SBSGNY.
3. Companies in the artificial intelligence in healthcare market are introducing AI-powered surgical robots to improve precision as per the business research company's artificial intelligence in healthcare global market report 2022 [Internet]. Access: <https://www.globenewswire.com/news-release/2022/03/30/2413072/0/en/Companies-In-The-Artificial-Intelligence-In-Healthcare-Market-Are-Introducing-AI-Powered-Surgical-Robots-To-Improve-Precision-As-Per-The-Business-Research-Company-s-Artificial-Inte.html>.
4. State of AI 2021 Report [Internet]. <https://www.cbinsights.com/research/report/ai-trends-2021/>
5. Almanac Artificial Intelligence. AI in healthcare. 2022; 11 [Internet]. Access: <https://aireport.ru/healthcare>.
6. Decree of the President of the Russian Federation of 05.07.2018 No. 204 “On the unique results and strategic objectives of the development of the Russian Federation for the period up to 2024”. Access: <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001201805070038>.
7. Gusev A.V., Vladzimirskiy A.V., Sharova D.E., Arzamasov K.M., Khramov A.E. Evolution of research and development in the field of artificial intelligence technologies for healthcare in the Russian Federation: results of 2021. Digital Diagnostics. 2022;3(3):178–194. DOI: <https://doi.org/10.17816/DD10736>
8. The first standards of the Russian Federation for the system of artificial intelligence in medicine / S.P. Morozov, A.V. Vladzimirsky, D.E. Sharova [et al.] // Quality management in medicine. – 2022. – No. 1. – P. 58–62. – EDN XLBXVQ.
9. Ethics and «digital»: ethical problems of digital technologies. Analytical report. [Internet]. Access mode: https://ethics.cdto.ranepa.ru/3_1.
10. Gusev A. V., Astapenko E. M., Ivanov I. V., Zarubina T. V., Kobrinskii B. A. Principles for building confidence in artificial intelligence systems for healthcare // Vestnik Roszdravnadzora. – 2022. – Vol. 2. – P. 25–33.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ / ABOUT THE AUTHORS

Гусев Александр Владимирович – кандидат технических наук, директор по развитию бизнеса, ООО «К-Скай», г. Петрозаводск, Республика Карелия, Россия; старший научный сотрудник отдела научных основ организации здравоохранения, ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России, г. Москва, Россия.

Alexander V. Gusev – PhD, Business Development Director, K-Sky LLC, Petrozavodsk, Republic of Karelia, Russia; 2. Senior Researcher, Department of Scientific Fundamentals of Healthcare Organization, Russian Research Institute of Health, Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, Russia.
ORCID ID: 0000-0002-7380-8460. Телефон: +7 (911) 402-35-00. E-mail: agusev@webiomed.ai

Шарова Дарья Евгеньевна – руководитель отдела инновационных технологий, ГБУЗ г. Москвы «Научно-практический клинический центр диагностики и телемедицинских технологий Департамента здравоохранения города Москвы», г. Москва, Россия.

Daria E. Sharova – Head of the Department of Innovative Technologies, Moscow State Budgetary Institution of Health “Scientific and Practical Clinical Center for Diagnostics and Telemedicine Technologies of the Moscow City Health Department”, Moscow, Russia.
ORCID: 0000-0001-5792-3912. Phone: +7 926 965-00-95. E-mail: d.sharova@npcmr.ru

КОМПЕТЕНЦИИ ЗОЖ: НОВЫЕ ПРАКТИКИ ФОРМИРОВАНИЯ (ОПЫТ РЕГИОНАЛЬНОГО СЕТЕВОГО МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОГО ПРОЕКТА)

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: 10.21045/2782-1676-2023-3-1-51-60

Аннотация

Введение. В статье предложена новая стратегия сохранения и укрепления общественного здоровья путем формирования компетенций ЗОЖ в молодежной среде. В качестве объекта исследования выступила студенческая молодежь, как наиболее перспективная социально-демографическая группа населения. Предметом исследования стали механизмы социального конструирования осознанных установок молодежи на ведение здорового образа жизни. Был предложен и обоснован новый подход, способствующий расширению и закреплению знаний о влиянии медико-социальных детерминант здоровья на качество и продолжительность жизни.

Цель. Выявить и обосновать новые эффективные практики снижения факторов риска здоровью молодежи, используя имеющиеся научно-практические знания и опыт.

Методы. В ходе работы были применены методы теоретического обобщения, контент-анализ, вторичный анализ эмпирических данных, количественный метод исследования. В качестве научных источников выступили отечественные и зарубежные монографии, статьи, результаты диссертационных исследований, методические материалы, сайты вузов.

Результаты. Разработан оригинальный авторский проект, направленный на создание сети социальных партнеров и способствующий повышению уровня грамотности молодежи в вопросах здоровья.

Заключение. Партисипаторный подход в укреплении и сохранении общественного здоровья является эффективным методом формирования знаний о культуре здоровья и закрепления компетенций ЗОЖ.

Ключевые слова: студенческая молодежь, здоровый образ жизни, социальное партнерство, социальное конструирование, компетенции ЗОЖ.

Для цитирования: Склярова Т.В., Яхина Р.Р., Курлова Е.Б. Компетенции ЗОЖ: новые практики формирования (опыт регионального сетевого медико-социального проекта) // Общественное здоровье. 2023, 3(1):51–60. DOI: 10.21045/2782-1676-2023-3-1-51-60.

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

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

UDC: 614.2

DOI: 10.21045/2782-1676-2023-3-1-51-60

COMPETENCE OF HLS: NEW PRACTICES OF FORMATION (experience of the regional network medical and social project)

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, Saratov Russia;

² Ministry of Health of the Saratov Region, Saratov Russia.

Abstract

Introduction. The article proposes a new strategy for preserving and strengthening public health through the formation of healthy lifestyle competencies in the youth environment. The object of the study was the student youth, as the

most promising socio-demographic group of the population. The subject of the study was the mechanisms of social construction of conscious attitudes of young people to lead a healthy lifestyle. A new approach has been proposed and justified, contributing to the expansion and consolidation of knowledge about the impact of medical and social determinants of health on quality and life expectancy.

Target. To identify and substantiate new effective practices for reducing risk factors for youth health, using existing scientific and practical knowledge and experience

Methods. In the course of the work, methods of theoretical generalization, content analysis, secondary analysis of empirical data, quantitative research method were applied. The scientific sources were domestic and foreign monographs, articles, results of dissertation research, methodological materials, university websites.

Results. An original author's project has been developed aimed at creating a network of social partners and contributing to improving the level of youth literacy in health issues.

Conclusion. The participatory approach in strengthening and preserving public health is an effective method of forming knowledge about the culture of health and consolidating the competencies of healthy lifestyle.

Keywords: student youth, healthy lifestyle, social partnership, social construction, healthy lifestyle competencies.

For citation: Skliarova T. V., Yakhina R. R., Kurlova E. B. Competence of HLS: new practices of formation (experience of the regional network medical and social project) // Public health. 2023; 3(1):51–60. DOI: 10.21045/2782-1676-2023-3-1-51-60.

For correspondence: Tatiana V. Skliarova, e-mail: skliarovatv@gmail.com

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

ВВЕДЕНИЕ

Большой город, как среда обитания современного человека, подвергает его комплексному воздействию экологических, техногенных, социальных и психогенных факторов, что повышает уровень риска для жизни и благополучия. В этой связи, проблема сохранения здоровья населения не может рассматриваться только как медицинская. Ведь повышение качества жизни, увеличение ее продолжительности, профилактика распространения хронических неинфекционных заболеваний, а также поиск эффективных стратегий укрепления общественного здоровья предполагает мультидисциплинарный подход. Именно широкое взаимодействие многих социальных институтов и систем, основанное на концепции HiAP (здоровье во всех политиках) и межведомственной вовлеченности (рекомендации ВОЗ), позволяет решать поставленные задачи и противодействовать рискам снижения здоровья населения [1]. Кроме того, коллаборация усилий может оказывать влияние как на детерминанты здоровья, так и обеспечивать сокращение социального неравенства в отношении здоровья населения [2, С. 141].

Бесспорно, что раннее инвестирование в здоровье позволяет накапливать индивидуальные и институциональные ресурсы [3, С. 17].

В этой связи особое внимание в процессе сохранения и укрепления здоровья граждан уделяется такой демографической группе, как дети и молодёжь. В рамках данной работы, говоря о молодежи, предлагается сфокусировать внимание на конкретной социальной группе – «студенчество», образ жизни которой неизбежно сопровождается дополнительными «рисками» [4]. Аналитический обзор научных работ, направленных на изучение уровня здоровья и образа жизни студенческой молодёжи, демонстрирует дуальность ситуации: с одной стороны, фиксируется устойчивый интерес молодежи к сохранению и укреплению здоровья [4–7]. Так, например, проводимые в апреле 2022 года Саратовским областным центром общественного здоровья и медицинской профилактики социологические исследования продемонстрировали не только заинтересованность респондентов в ведении здорового образа жизни, но и понимание важности этого процесса. С другой стороны, неизменно подтверждается снижение физической активности, рост заболеваемости, наличие практик саморазрушительного поведения [7–9], что свидетельствует о неоднозначности положения дел и необходимости поиска новых стратегий, не только мотивирующих молодежь к здоровому образу жизни, но формирующих практические навыки его ведения.

В первую очередь, речь должна идти о воспитании грамотности, о формировании и закреплении поведенческих установок, о развитии способностей человека находить, понимать и использовать информацию для принятия решений в укреплении и сохранении здоровья [10, С. 3]. Иными словами, сегодня становится актуальным формирование не только общекультурных и профессиональных знаний, но и особых медико-социальных компетенций. Подобные компетенции позволяют человеку выполнять свои профессиональные, социальные и бытовые функции в оптимальных для здоровья условиях и ориентируют на формирование, сохранение и укрепление своего здоровья [7, С. 30].

ЦЕЛЬЮ данной статьи является обоснование целесообразности использования партисипаторного подхода при формировании компетенций ЗОЖ в молодежной (студенческой) среде.

ЗАДАЧАМИ исследования стало проведение теоретического анализа массива данных научно-исследовательских работ по проблеме формирования и сохранения общественного здоровья; анализ влияния партисипации на работу социальной системы, где особое значение будут приобретать процесс трансляции эффективных стратегий здоровьесбережения и конструирование осознанных индивидуальных практик; обоснование оригинального авторского подхода в создании сети социального партнерства (на примере регионального медико-социального проекта).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В ходе решения поставленных задач было выполнено авторское исследование теоретических и научно-практических данных, накопленных отечественными и зарубежными учеными в сфере общественного здоровья, социологии здоровья, медицинской антропологии, социологии культуры, социологии управления, психологии и педагогики; выявлены и обоснованы

наиболее эффективные агенты социализации, а также обозначены каналы передачи информации, способствующие формированию устойчивой мотивации к здоровому образу жизни и практических навыков; предложен оригинальный авторский сетевой медико-социальный проект «#ЗОЖМОЛОДЁЖЬ», разработанный в ноябре 2022 года ГУЗ «Саратовский областной центр общественного здоровья и медицинской профилактики».

В основе разработанного сетевого проекта положен партисипаторный принцип. Реализация проекта осуществляется с использованием микс-стратегий взаимодействия, предполагающих офлайн и онлайн форматы. Социальными партнерами – участниками проекта стали 10 ведущих вузов региона – трансляторов профессиональной и научно-исследовательской информации. Кроме того, проект способствовал организации и проведению регулярных медицинских скринингов здоровья, научно-практических мероприятий и расширенного мониторинга уровня информированности населения о факторах риска здоровья (студенческой молодежи), а также готовности к потреблению здоровьесберегающих технологий.

Новизна предлагаемого подхода заключается в объединении полипрофильных социальных институтов (семья, образование, здравоохранение, производство) в единую систему, позволяющую сохранять и укреплять социальный потенциал здоровья. Фундирующим элементом функционирования предлагаемой системы регионального уровня является разработанная модель виртуального ресурса, осуществляющая одновременно несколько задач: информирование, просвещение, популяризация, исследование. Особую роль в процессе формирования и укрепления общественного здоровья молодежи играет регулярный социологический мониторинг: проведение комплекса эмпирических исследований (региональные анкетные опросы онлайн-формата), направленных на изучение социальных факторов, влияющих на здоровье молодежи; восприимчивость к использованию, закреплению и трансляции эффективных практик сохранения и укрепления здоровья.

Результатом внедрения предложенного подхода станет расширение имеющегося знания о современных стратегиях и практиках сохранения здоровья, получение новой базы эмпирических исследований о детерминирующих факторах и процессах формирования установок молодежи на здоровый образ жизни, а также преодоление существующих противоречий между объективными и субъективными условиями ведения здорового образа жизни современной молодежью.

Теоретическими и методологическими основаниями работы стали: теория социальной солидарности (О. Конт, Э. Дюркгейм), описывающая социальную солидарность как необходимое условие для функционирования современных обществ [11–12]; теория социальной системы Т. Парсонса, которая, по мнению социолога, существует в любом обществе и отвечает четырем основным требованиям, обеспечивающим ее работу: наличие адаптации, целедостижение, интеграция и удержание образца [13]. Также использованы взгляды М. Фуко на медицинское знание, которое социально конструируется, так как формируется не на восприятии отдельной болезни, а на обобщенной информации [14–15]; классические идеи теории П. Бергера и Т. Лукмана о социальном конструировании [16]; частично в рамках работы затронута социология знания и социология культуры К. Манхейма, формирующая различные значения и смыслы, доминирующие индивидуальные и групповые стратегии [17].

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Анализ существующих исследований в отношении культуры здоровья, традиционно ориентирует нас рассматривать данное понятие в категориальном поле педагогики, философии, частично медицины, валеологии, социальной философии [4]. Здоровье обусловлено исторически, географически и социально [18, С. 46]. Одним из основополагающих его аспектов является здоровый образ жизни (повседневные формы и способы жизнедеятельности

человека), который укрепляет и совершенствует адаптационные и резервные возможности организма. Тем не менее, установка на здоровый образ жизни не появляется у индивида сама по себе. Она формируется в результате определенного воздействия.

Традиционно дефиниция понятия «здоровье» (в традициях концепций здоровья Г. Маркузе, Э. Фромма, З. Фрейда) рассматривает его как социокультурную переменную [19]. Её характеристики относительно, определены специфическими социальными условиями, культурным контекстом, своеобразием национального образа жизни и образа мира [20, С. 321]. Для современной концепции здоровья ведущее значение приобретают физическая, психологическая и поведенческая составляющие. При этом, здоровье рассматривается как ценность, необходимая для удовлетворения множественных потребностей человека (ценностно-социальная модель) [21], где просвещение и популяризация здорового образа жизни может служить механизмом закрепления «хороших» практик и нивелировать расхождение между клиническим состоянием здоровья и самовоспринимаемым [22].

Опыт конструирования установок на здоровый образ жизни давно и успешно применяется во всем мире: изменения в социальной политике, создание системы санаторно-курортного лечения, проведение различных профилактических и оздоровительных мероприятий, разработка обучающих и образовательных программ и пр. [23]. Весомую роль в формировании установок на здоровый образ жизни населения сыграли привлечение кинематографа, развернутые пропагандистские компании и социальная реклама. В результате применения знаний о специфике восприятия, суждениях и поведении людей, «подталкивание» к общественно оптимальным решениям (либертарианский патернализм) способствует изменению моделей поведения социальных групп и населения в целом [24]. Иными словами, социальное конструирование способствует изменению не только поведенческой модели (в нашем случае осознанного отношения к своему здоровью), но и принятия решений по ведению здорового образа жизни. Несмотря

на то, что идея формирования установок на здоровый образ жизни не является новой, она остается востребованной, актуальной и требует дальнейшего развития [7, 23]. Это способствовало более глубокому изучению данной темы и разработке авторского подхода в решении существующих проблем.

Итак, в качестве механизма конструирования, формирования и закрепления установок ЗОЖ в молодежной (студенческой) среде рассматривается сетевой медико-социальный проект. Его целью стало расширение доступности информации о существующих факторах риска здоровью, направлениях работы региональной системы здравоохранения, эффективных практиках поддержания и укрепления здоровья, а также возможность обсуждения стратегий укрепления общественного здоровья на широких научно-практических площадках с привлечением мультидисциплинарного подхода. Основной целевой аудиторией выступает «молодежная» группа с возрастным диапазоном от 18 до 35 лет. Данная демографическая когорта рассматривается как приоритетная не только с экономической и социально-политической позиций (как будущие граждане, работники, избиратели), но и с позиции социокультурной перспективы (как будущие родители, носители и трансляторы ценностных установок и социальных практик).

Продуктивность принятия решения, зачастую, зависит от степени информированности и подготовленности индивида. Как правило, специалисты являются источниками необходимой профессиональной информации и тем самым «способствуют» принятию осознанного выбора (например, на процессы оздоровления, улучшения качества жизни). Такой способ влияния на принятие решения, называемый иногда «мягким патернализмом», помогает осуществлять выбор лучшего [25]. Ведь, зачастую, люди совершают предсказуемые ошибки, которых можно избежать, если иметь полный объем информации и нужное количество альтернативных вариантов.

Проект «#ЗОЖМОЛОДЁЖЬ» получил одобрение у регионального Министерства здравоохранения и поддержан советом ректоров вузов Саратовской области. Он включает

в себя несколько этапов (апробация, реализация, совершенствование) и представлен двумя взаимосвязанными направлениями работы (офлайн- и онлайн-форматы). На начальной стадии (период апробации) был разработан план совместных мероприятий и проведен круглый стол. В ходе его работы представители вузов-партнеров обозначили основные «болевы точки» ведения здорового образа жизни, с которыми сталкивается студенческая молодёжь, актуальные направления исследований и перспективы сотрудничества.

В режиме офлайн запланированы и проводятся скрининговые обследования состояния здоровья студентов и сотрудников; медико-социальные акции, направленные на формирование ЗОЖ; создание информационных точек и предоставление печатной продукции (буклеты, брошюры, плакаты, листовки) по вопросам ЗОЖ и профилактики вредных привычек; проведение регулярных межведомственных круглых столов. Режим онлайн ориентирован на активное использование Интернет-среды вузов (официальные сайты и группы в социальных сетях), где будут регулярно размещаться научно-популярные материалы, рекомендации, инфографика, видеоролики, а также проводиться социологические опросы с публикацией результатов исследований. Мейнстримом 2023 года стали «неочевидные» факторы риска: режим дня (продолжительность сна, пищевое поведение, физическая активность), рациональное питание, индекс массы тела.

Так, в первой декаде февраля этого года уже проведено масштабное социологическое исследование студенчества Саратовской области. Его целью стало изучение качественных (глубина сна, ощущения бодрости/усталости после сна) и количественных характеристик сна (продолжительность, время на засыпание, количество пробуждений); анализ влияния физиологических характеристик на режим дня (хронотип, хронические заболевания); выявление социально-бытовых и поведенческих факторов, оказывающих влияние на ежедневный сон (наличие внешних раздражителей: шум, свет, духота, комфортность; образ жизни; уровень физической активности). Респондентская

группа (N=5400) была представлена студентами 10 вузов городов Саратова, Энгельса, Балашова и 4 колледжей, входящих в состав 3 вузов (60,8% – студенты колледжей, 39,2% – университетов); по 6 доминирующим областям профессиональной деятельности: медицина, образование и педагогика, экономика и социальная сфера, IT-технологии, инженерия, культура.

Несмотря на хорошую осведомленность респондентов (72%) о том, какие риски для здоровья существуют, если человек регулярно недосыпает или страдает бессонницей, 43,5% студентов считают, что ежедневная нехватка сна (менее 7 часов в день), плохой сон (частые пробуждения), бессонница (сложность в засыпании) **вредны, но не опасны**. Основные проблемы со сном у современного молодого человека связаны с повышенным уровнем тревожности и наличием стрессов (79,3%), вынужденными нарушениями режима и ритма дня (69,8%), большими психоэмоциональными и умственными нагрузками (59,6%) и образом жизни (52,7%).

Проблемы со сном испытывают 38% респондентов; вялость и чувство усталости по утрам отмечена у 19,5% респондентов; у 36% – продолжительность сна составляет менее 6 часов; около 50% обычно засыпают после 24:00, при этом для 47% респондентов изменить «ночной образ жизни» в будущем (например, при трудоустройстве, создании семьи) скорее всего, будет невозможным. Частично это может быть объяснено хронотипом – 49% респондентов отнесли себя к «совам», из-за чего 17% опрошенных респондентов испытывают помехи в социальной и физической активности: посещение первых пар занятий (54,9%), сосредоточенность на первых парах (40,7%).

Лучше всего помогает уснуть комфортная среда: удобная кровать (85,2%), хорошо проветренная комната (74,4%), полная тишина и отсутствие внешних раздражителей (по 70,4% соответственно), а также физическая усталость (80,6%). Основными стратегиями наших респондентов, с помощью которых они решают проблемы с засыпанием, стали: прослушивание музыки (35%), чтение перед сном (17%), перекусы (16,5%), прием снотворного средства

(6%). Улучшить качество и продолжительность сна, по мнению респондентов, может соблюдение режима дня (45,8%), изменение образа жизни (19,1%), планирование ежедневной нагрузки (11,3%).

Таким образом, результаты социологического исследования позволили выявить доминирующий режим дня (сна) у студентов и причины его формирования; основные медико-социальные факторы, влияющие на режим дня (сон); размеры потенциальной группы риска, склонной к «ночному образу жизни»; основные «социальные помехи», связанные с хронотипом и/или «ночным образом жизни»; поведенческие стратегии молодежи, направленные на сохранение (улучшение) сна.

Особое место в проекте отведено созданию прикладной онлайн-модели формирования ЗОЖ-компетенций (регионального онлайн-сервиса), способствующей расширению информационного ресурса для аудитории. Речь идет о разработке ЗОЖ-навигатора и ресурсной карты ЗОЖ. В настоящее время создана пилотная версия веб-ресурса, заполнение и актуализация которой планируется на втором этапе. Предполагается, что ЗОЖ-навигатор сможет ориентировать пользователя по основным вопросам ведения и поддержания здорового образа жизни, например, что такое «полезные продукты» и пищевая пирамида, калькулятор калорий, зачем нужен режим дня, роль витаминов и микроэлементов, вода и ее значение для организма человека, оптимальная физическая активность, индекс массы тела, рекомендации специалистов. Ресурсная карта ЗОЖ будет ориентирована на районы города, где расположены вузы и их общежития. Основной контент веб-ресурса будет содержать информацию о парках и скверах города, о стоматологических клиниках и поликлиниках, центрах здоровья, спортивных сооружениях и фитнес-центрах, чат-ботах консультанта-диетолога, также полезные ссылки и материалы (магазины полезного питания, столовые).

Потребность в создании подобного онлайн-ресурса обусловлена, во-первых, тем, что значительную долю студенческой молодежи составляют приезжие молодые люди, которые

не знакомы с географической и административной структурой города. Следовательно, могут испытывать затруднения в поисках нужных организаций или территорий. Во-вторых, приезжая молодёжь попадает в дополнительные ситуации риска, связанные с изменением социально-бытовых, культурных и коммуникативных условий. В подобной ситуации использование IT-технологий не только отвечает потребностям современного человека, повышает эффективность и оперативность трансляции, но и выступает в качестве агента социализации, координатора и помощника.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Разработанный проект направлен на формирование компетенций ЗОЖ, способствующих закреплению у обучающихся осознанного отношения к своему здоровью, понимание культуры здорового образа жизни, включения в жизнедеятельность самосохранительных и здоровьесберегающих практик. Он способствует выработке навыков принятия решения и осуществления выбора, что всегда является достаточно сложным процессом и связано с определением критериев выбора и оценкой их целесообразности. Кроме того, появилась возможность создать единое исследовательское и информационно-образовательное поле.

Уже на первом этапе выявлены тенденции изменения повседневных практик молодежи,

которые могут оказывать влияние на дальнейшую жизнедеятельность. Так, например, обнаружен дуализм ситуации и существование объективных и субъективных противоречий: с одной стороны зафиксирован высокий уровень осведомленности молодежи о роли и значении режима дня и сна для здоровья человека; с другой – наличие медико-социального барьера/препятствия, выраженного образом жизни и хронотипом.

Проект послужил инструментом для организации системной работы по планомерному профессиональному информированию молодежи о сохранении и укреплении здоровья. В том числе, он ориентирован на активное использование в качестве транслятора социальных установок онлайн-ресурсов (сайты вузов и официальные группы в социальных сетях). Полученные данные могут быть полезными для системы здравоохранения (выявление и локализация групп риска), образования (планирование ежедневных академических и физических нагрузок), а также для будущих работодателей (формирование регламентов работы, мотивация).

Также в ходе реализации первого этапа проекта был заключен ряд соглашений о сотрудничестве с вузами-партнерами по корпоративным программам укрепления здоровья работающего населения. Эта тенденция наглядно продемонстрировала новые пути социальной интеграции общества в направлении сохранения общественного здоровья.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алленов А. М. Совершенствование методологии и организации межсекторального противодействия рискам снижения эффективности здоровьесбережения населения мегаполисов. (Автореф. на соискание степени док. мед. наук, Москва, 2022) URL: <https://www.dissercat.com/content/sovershenstvovanie-metodologii-i-organizatsii-mezhsektornogo-protivodeistviya-riskam-snizh> (Дата обращения: 16.01.2023)
2. Азарова Н. А. Межсекторное взаимодействие как инновационный драйвер развития регионального человеческого капитала/Региональные проблемы преобразования экономики, № 7, 2021. – URL: <file:///C:/Users/%D0%90%D0%BB%D0%B5%D0%BA%D1%81%D0%B0%D0%BD%D0%B4%D1%80/Downloads/mezhsektornoe-vzaimodeystvie-kak-innovatsionnyy-drayver-razvitiya-regionalnogo-chelovecheskogo-kapitala.pdf> (Дата обращения: 18.01.2023)
3. 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: 27.12.2022)

4. Самарин А. В. Здоровьеформирующая среда вуза в культуре здоровья студенческой молодежи. (Автореф. на соискание степени кан. соц. наук, Тюмень, 2021) URL: <https://www.dissercat.com/content/zdoroveformiruyushchaya-sreda-vuza-v-kulture-zdorovya-studencheskoi-molodezhi> (Дата обращения: 18.01.2023)
5. Свиридова И. А., Ковтун Л. О. Готовность студенческой молодежи к сохранению и укреплению здоровья/ Профессиональное образование в России и за рубежом 1 (13) 2014. – С. 55–59. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/gotovnost-studencheskoy-molodezhi-k-sohraneniyu-i-ukrepleniyu-zdorovya> (Дата обращения: 18.01.2023)
6. Московченко О. Н., Катцин О. А. Модель ориентирования студента вуза на формирование здорового образа жизни / Вестник КемГУ. – 2013. – № 3 (55). – Т. 1. – С. 90–94 URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/model-orientirovaniya-studenta-vuza-na-formirovanie-zdorovogo-obraza-zhizni> (Дата обращения: 22.01.2023)
7. Перминова М. С., Переселкова З. Ю. К вопросу о формировании здорового образа жизни студенческой молодежи (на примере Оренбургского государственного университета) // Изв. Саратов. ун-та. Нов. сер. Сер. Социология. Политология. – 2018. – Т. 18. – Вып. 1. – С. 30–36. DOI: 10.18500/1818-9601-2018-18-1-30-36. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/k-voprosu-o-formirovanii-zdorovogo-obraza-zhizni-studencheskoy-molodezhi-na-primere-orenburgskogo-gosudarstvennogo-universiteta> (Дата обращения: 21.01.2023)
8. Гаирбеков М. М., Базаева Ф. У. Проблемы формирования потребности в здоровом образе жизни у студенческой молодежи/мир науки, культуры, образования. – № 5 (78). – 2019. – С. 210–211. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/problems-for-mirovaniya-potrebnosti-v-zdorovom-obraze-zhizni-u-studencheskoy-molodyozhi> (Дата обращения: 22.01.2023)
9. Маслова Л. П. Девиантное поведение в студенческом сообществе: представления и социальные практики. (Автореф. на соискание степени канд. соц. наук, Казань, 2021) URL: <https://www.dissercat.com/content/deviantnoe-povedenie-v-studencheskom-soobshchestve-predstavleniya-i-sotsialnye-praktiki> (Дата обращения: 22.01.2023)
10. Лопатина М. В. Комплексная система оценки грамотности в вопросах профилактики, лечения неинфекционных заболеваний и укрепления здоровья населения. (Автореф. на соискание степени канд. мед. наук, Москва, 2022) URL: <https://www.dissercat.com/content/kompleksnaya-sistema-otsenki-gramotnosti-v-voprosakh-profilaktiki-lecheniya-neinfektsionnykh> (Дата обращения: 21.01.2023)
11. Батуренко С. А. Солидаристская традиция в истории социологической теории: О. Конт, Э. Дюркгейм/ Вестн. Моск. Ун-та. Сер. 18. Социология и политология. – 2012. – № 4. – С. 86–92. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/solidaristskaya-traditsiya-v-istorii-sotsiologicheskoy-teorii-o-kont-e-dyurkgeym/viewer> (Дата обращения: 21.01.2023)
12. Дюркгейм Э. Социология/Пер. с франц. М.: Канон, 1995. – 352 с.
13. 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.
14. Мишель Д. В. Мишель Фуко и западная медицина. Логос. – Том 29. – № 2. – 2019. [Электронный ресурс] URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/mishel-fuko-i-zapadnaya-meditcina> (Дата обращения: 26.01.2023)
15. Эрибон Д. Мишель Фуко. М.: Молодая гвардия, 2008. [Электронная библиотека] URL: https://roy-allib.com/book/dide_eribon/mishel_fuko.html (Дата обращения: 26.01.2023)
16. Бергер П., Лукман Т. Социальное конструирование реальности: Трактат по социологии знания / пер. с англ. Е. Руткевич; Моск. филос. фонд. – М.: Academia-Центр; Медиум, 1995. – 323 с.
17. Манхейм К. Диагноз нашего времени.: Пер. с нем. и англ. – М.: Юрист. 1994. – 700 с.
18. Лебедева-Несевря Н. А. Социология здоровья: учеб. пособие для студ. вузов / Н. А. Лебедева-Несевря, С. С. Гордеева; Перм. гос. нац. иссл. ун-т. – Пермь, 2011. – 238 с. – URL: <https://fcrisk.ru/sites/default/files/upload/monograph/520/cociologiya.pdf> (Дата обращения: 21.01.2023).
19. Фромм Э. Пути из больного общества// Проблема человека в западной философии. М. 1988.
20. Сажина Л. В., Шарауров И. В. Детерминанты здоровья индивида: начало социологического анализа/ Гуманитарные и социальные науки. – 2014. – № 2. – С. 321–324. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/determinanty-zdorovya-individa-nachalo-sotsiologicheskogo-analiza> (Дата обращения: 20.01.2023)
21. Калью П. И. Сущностная характеристика понятия «здоровье» и некоторые вопросы перестройки здравоохранения: обзорная информация // М., 1988.
22. Elise C. Covert, A. M. Baker, O. Gilani. Evaluating clinical and demographic influences on health perception: A translation of the SF-12 for use with NHANES / SSM – Population Health 18 (2022) 101081 journal homepage: URL: www.elsevier.com/locate/ssmph (Дата обращения: 18.01.2023)
23. Купцова С. А. Проектирование модели формирования культуры здорового и безопасного образа жизни учащейся молодежи // Балтийский гуманитарный журнал. – 2020. – Т. 9. – № 4(33). – С. 101–106. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/proektirovanie-modeli-formirovaniya-kultury-zdorovogo-i-bezopasnogo-obraza-zhizni-uchascheysya-molodezhi> (Дата обращения: 26.01.2023)

24. *Белянин А. В.* Ричард Талер и поведенческая экономика: от лабораторных экспериментов к практике подталкивания (Нобелевская премия по экономике 2017 года). Вопросы экономики. 2018; (1):5–25. – URL: <http://www.library.fa.ru/files/Belyanin1.pdf> (Дата обращения: 21.01.2023).
25. *Мордовина Т. Г.* Поведенческая экономика: Ричард Талер и его либертарианский патернализм // Научно-образовательный журнал для студентов и преподавателей «StudNet» № 4/2020. – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/povedencheskaya-ekonomika-richard-taler-i-ego-libertarianskiy-paternalizm> (Дата обращения: 10.01.2023)

REFERENCES

1. *Allenov A. M.* Improving the methodology and organization of intersectoral counteraction to the risks of reducing the efficiency of health saving of the population of megacities. (Autoref. for the degree of Doctor of Medical Sciences, Moscow, 2022) URL: <https://www.dissercat.com/content/sovershenstvovanie-metodologii-i-organizatsii-mezhsektoralnogo-protivodeistviya-riskam-snizh> (Accessed: 16.01.2023).
2. *Azarova N. A.* Intersectoral interaction as an innovative driver for the development of regional human capital / Regional problems of economic transformation, No. 7. – 2021. – URL: <file:///C:/Users/%D0%90%D0%B%D0%B5%D0%BA%D1%81%D0%B0%D0%B-D%D0%B4%D1%80/Downloads/mezhsektornoe-vzaimodeystvie-kak-innovatsionnyy-drayver-razvitiya-regionalnogo-chelovecheskogo-kapitala.pdf> (Accessed: 18.01.2023).
3. 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 (Accessed: 27.12.2022).
4. *Samarin A. V.* Health-forming environment of the university in the culture of health of student youth. (Autoref. for the degree of Candidate of Social Sciences, Tyumen, 2021) URL: <https://www.dissercat.com/content/zdoroveformiruyushchaya-sreda-vuza-v-kulture-zdorovya-studencheskoi-molodezh> (Accessed: 18.01.2023).
5. *Sviridova I. A., Kovtun L. O.* Readiness of student youth to preserve and strengthen health / Vocational education in Russia and abroad 1 (13) 2014. – P. 55–59 URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/gotovnost-studencheskoy-molodezhi-k-sohraneniyu-i-ukrepleniyu-zdorovya> (Accessed: 18.01.2023).
6. *Moskovchenko O. N., Kattsin O. A.* Model orienteering a student of the university on the formation of a healthy lifestyle // Vestnik KemSU. – 2013. – No. 3(55). – T. 1. – P. 90–94. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/model-orientirovaniya-studenta-vuza-na-formirovanie-zdorovogo-obraza-zhizn> (Accessed: 22.01.2023).
7. *Perminova M. S., Pereselkova Z. Y.* K voprosu o shapiya zdorovnogo odi zhizn'nogo zhizn'nogo molodezhnoi (na priem Orenburgskogo gosudarstvennogo universiteta) // Izv. Sarat. un-ta. New. Sir. Sir. Sociology. Political science. – 2018. – Vol. 18. – Vyp. 1. – P. 30–36. DOI: 10.18500/1818-9601-2018-18-1-30-36. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/k-voprosu-o-formirovanii-zdorovogo-obraza-zhizni-studencheskoy-molodezhina-primere-orenburgskogo-gosudarstvennogo-universiteta> (Accessed: 21.01.2023).
8. *Gairbekov M. M., Bazaeva F. U.* Problems of formation of the need for a healthy lifestyle among student youth / the world of science, culture, education. № 5 (78) 2019. From 210–211 URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/problemy-formirovaniya-potrebnosti-v-zdorovom-obraze-zhizni-u-studencheskoy-molodyozhi> (Accessed: 22.01.2023).
9. *Maslova L. P.* Deviant behavior in the student community: representations and social practices. (Autoref. for the degree of Candidate of Social Sciences, Kazan, 2021) URL: <https://www.dissercat.com/content/deviantnoe-povedenie-v-studencheskom-soobshchestve-predstavleniya-i-sotsialnye-praktiki> (Accessed: 22.01.2023).
10. *Lopatina M. V.* Integrated system for assessing literacy in the prevention, treatment of non-communicable diseases and strengthening public health. (Autoref. for the degree of Candidate of Medical Sciences, Moscow, 2022) URL: <https://www.dissercat.com/content/kompleksnaya-sistema-otsenki-gramotnosti-v-voprosakh-profilaktiki-lecheniya-neinfektsionnykh> (Accessed: 21.01.2023).
11. *Baturenko S. A.* Solidarist tradition in the history of sociological theory: O. Comte, E. Durkheim / Vestn. Mosk. Un-ta. Ser. 18. Sociology and political science. – 2012. – No. 4. – P. 86–92. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/solidaristskaya-traditsiya-v-istorii-sotsiologicheskoy-teorii-o-kont-e-dyurkgeym/viewer> (Accessed: 21.01.2023).
12. *Durkheim E.* Sotsiologiya/Per. with Franz. M.: Kanon, 1995. – 352 p.
13. *Parsons T.* Sistema sovremennykh obshchestva/Per, s eng. L. A. Sedova i A. D. Kovaleva. Ed. by M. S. Kovaleva. – M.: Aspect Press, 1998. – 270 p.
14. *Michel D. V.* Michel Foucault and Western Medicine. Logos. – 2019. – Vol. 29. – No. 2. [Electronic resource] URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/mishel-fuko-i-zapadnaya-medsina> (Accessed: 26.01.2023).
15. *Eribon D.* Michel Foucault. M.: Molodaya gvardiya, 2008. [Electronic Library] URL: <https://royallib.com/>

- book/dide_eribon/mishel_fuko.html (Accessed: 26.01.2023).
16. *Berger P., Lukman T.* Social construction of reality: A treatise on the sociology of knowledge / trans. with English E. Rutkevich; Mosk. Filos. fund. – M.: Academia-Tsentr; Medium, 1995. – 323 p.
 17. *Manheim K.* Diagnosis of our time.: Per. with German and English – M.: Lawyer. 1994. – 700 p.
 18. *Lebedeva-Nesevrya N. A.* Sotsiologiya zdorov'ya: ucheb. manual for students. universities / N. A. Lebedeva-Nesevrya, S. S. Gordeeva; Perm. state. national. Issl. un-t. – Perm', 2011. – 238 p. – URL: <https://fcrisk.ru/sites/default/files/upload/monograph/520/cociologiya.pdf> (Accessed: 21.01.2023).
 19. *Fromm E.* Puti iz sick society // Problema chelovek v zapadnoi filosofii. M. – 1988.
 20. *Sazhina L. V., Sharaurov I. V.* Determinants of the Individual's Health: The Beginning of Sociological Analysis // Humanities and Social Sciences. – 2014. – № 2. – P. 321–324. – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/determinanty-zdorovya-individuala-nachalo-sotsiologicheskogo-analiza> (Accessed: 20.01.2023).
 21. *Kalyu P. I.* Essential characteristics of the concept of «health» and some issues of restructuring health care: review information // M., 1988.
 22. *Elise C. Covert, A. M. Baker, O. Gilani.* Evaluating clinical and demographic influences on health perception: A translation of the SF-12 for use with NHANES / SSM – Population Health 18 (2022) 101081 journal homepage: URL: www.elsevier.com/locate/ssmph (Accessed: 18.01.2023).
 23. *Kuptsova S. A.* Designing a model for the formation of a culture of a healthy and safe lifestyle of students // Baltic Humanitarian Journal. – 2020. – T. 9. – No. 4(33). – P. 101–106. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/proektirovanie-modeli-formirovaniya-kultury-zdorovogo-i-bezopasnogo-obraza-zhizni-uchaschey-sya-molodezhi> (Accessed: 26.01.2023).
 24. *Belyanin A. V.* Richard Thaler and Behavioral Economics: From Laboratory Experiments to the Practice of Nudging (Nobel Prize in Economics 2017) // Economic issues. 2018;(1):5–25. – URL: <http://www.library.fa.ru/files/Belyanin1.pdf> (Accessed: 21.01.2023).
 25. *Mordovina T. G.* Behavioral Economics: Richard Thaler and His Libertarian Paternalism/Scientific and Educational // Journal for Students and Teachers "StudNet" No. 4/2020. – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/povedencheskaya-ekonomika-richard-taler-i-ego-libertarianskiy-paternalizm> (Accessed: 10.01.2023).

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ/ABOUT THE AUTHORS

Склярова Татьяна Валентиновна – канд. социол. наук, 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. (Sociologe), Associate Professor of the Department of Philosophy, Sociology, Cultural Studies Yuri Gagarin state technical university of Saratov, 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 for 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 for public health and medical prevention", Saratov, Russia.
 E-mail: sarsocmp@mail.ru

ОБЗОР НЕОБХОДИМОСТИ РЕФОРМИРОВАНИЯ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ, РЕСПУБЛИКА АРМЕНИЯ

А.А. БАЗАРЧЯН¹, С.Г. ОГАННИСЯН², Г.А. ЕРИМЯН³, А.Г. ТОРОСЯН⁴

^{1, 2, 3, 4} Национальный институт здравоохранения имени академика С. Авдалбекяна, Министерства здравоохранения Республики Армения, г. Ереван, Армения.

УДК: 614.2

DOI: 10.21045/2782-1676-2023-3-1-61-67

Абстракт

Медицинское образование – основополагающее звено в формировании квалифицированного медицинского персонала. В разные периоды развития системы здравоохранения пересматривалась и совершенствовалась также система образования медработников. В статье описаны этапы формирования и становления системы последипломного образования медработников в Армении. Для оценки текущей ситуации и оценки необходимости пересмотра действующей системы последипломного медицинского образования нами был проведён опрос, в котором приняли участие клинические ординаторы, работники и руководители кафедр, медработники, ведущие специалисты и представители Министерства здравоохранения Республики Армения.

Ключевые слова: медицинское образование, последипломное образование, медицинские кадры.

Для цитирования: Базарчян А.А., Оганнисян С.Г., Еримян Г.А., Торосян А.Г. Обзор необходимости реформирования медицинского образования, Республика Армения // Общественное здоровье. 2023, 3(1):61–67. DOI: 10.21045/2782-1676-2023-3-1-61-67.

Контактная информация: Гоар Албертовна Еримян, e-mail: Goharerimyan@mail.ru

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Статья поступила в редакцию: 30.01.2023. **Статья принята к печати:** 06.02.2023. **Дата публикации:** 25.03.2023.

UDC: 614.2

DOI: 10.21045/2782-1676-2023-3-1-61-67

REVIEW OF THE NEED FOR THE REFORMING MEDICAL EDUCATION, REPUBLIC OF ARMENIA

A.A. Bazarchyan¹, S.G. Hovhannisyan², G.A. Yerimyan³, A.G. Torosyan⁴

^{1, 2, 3, 4} National Institute of Health named after Academician S. Avdalbekyan, Ministry of Health of the Republic of Armenia, Yerevan, Republic of Armenia.

Abstract

Medical education is a fundamental link in the formation of qualified medical personnel. At different periods of development of the health care system, the system of education of health workers was also revised and improved. The article describes the stages of formation and development of the system of postgraduate education of medical workers in Armenia. To assess the current situation and the necessity to update the current system of postgraduate medical education, we conducted a survey in which participated the clinical residents, employees, and heads of departments, medical workers, leading specialists and representatives of the Ministry of Health of the Republic of Armenia.

Keywords: medical education, postgraduate education, medical personnel.

For citation: Bazarchyan A.A., Hovhannisyan S.G., Yerimyan G.A., Torosyan A.G. Review of the need for the reforming medical education, Republic of Armenia // Public health. 2023; 3(1):61–67. DOI: 10.21045/2782-1676-2023-3-1-61-67.

For correspondence: Gohar A. Yerimyan, e-mail: Goharerimyan@mail.ru

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

ВВЕДЕНИЕ

Несмотря на стремительное развитие технологий, вторжение искусственного интеллекта и новейших технологий в сферу медицины, роль осведомленного и квалифицированного медицинского работника остается приоритетной в современном процессе организации медицинской помощи. Уровень профессиональной квалификации медицинских работников оказывает непосредственное влияние на качество оказываемых медицинских услуг. Формирование человеческого потенциала в сфере здравоохранения начинается с профессионального образования, которое имеет трехуровневую структуру. Эта образовательная модель была предложена Всемирной федерацией медицинского образования (WFME-World Federation of Medical Education). ВФМО работает над улучшением качества и доступности медицинской помощи посредством постоянного улучшения качества медицинского образования [1].

Система медицинского образования по своей структуре несколько отличается от образовательных систем других профессий. После дипломного образования следует последипломное образование, которое является периодом специализации, а не периодом получения ученой степени (аспирантура), как

в других профессиях. На этом этапе специализации врач получает теоретические знания и преимущественно практические навыки по выбранному им профессиональному направлению. Это принятая в мире модель медицинского образования, для которой разработаны и постоянно отслеживаются стандарты. Конечно, есть определенные различия в стандартах образования и лицензирования специалистов в разных странах, но с точки зрения структуры системы в большей части работает трехуровневая модель (рис. 1) [2].

В Армении после усвоения образовательной программы высшего медицинского учебного заведения и сдачи государственного выпускного экзамена выпускнику присваивается квалификация врача (лечебное дело, стоматология). После этого врач, получив послевузовское профессиональное образование (прохождение клинической ординатуры), получает право осуществлять самостоятельную профессиональную деятельность. Но медицинское образование этим не ограничивается. За последипломной специализацией следует непрерывное профессиональное развитие, которое сопровождает врача на протяжении всей его профессиональной деятельности. В целях постоянного повышения профессиональных качеств медицинских работников, обновления их знаний, совершенствования

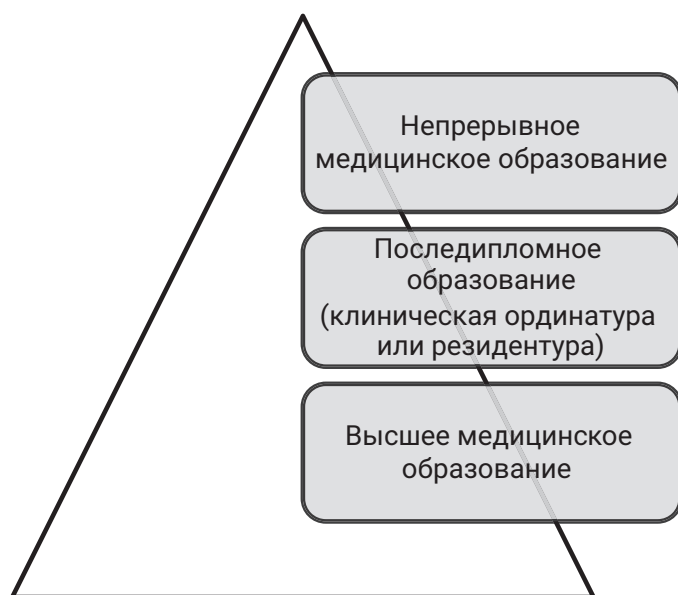


Рис. 1.
**Трехуровневая модель
медицинского образования.**

практических навыков и чтобы не отставать от тенденций и новшеств развития современной медицины медицинские работники проходят усовершенствование на протяжении всей своей профессиональной деятельности.

Как много лет назад в период образования Советской Армении, когда вместе с развитием экономики росла потребность в образованных кадрах, так и в 90-е гг. в независимой Армении необходимо было сформировать государственный строй и укомплектовать

его квалифицированными кадрами. В 80-е годы количественное распределение медицинских кадров имело следующую картину (рис. 2) [3].

Ниже показана динамика числа врачей в 1995–2008 гг. Как видно из рис. 3, количество врачей значительно увеличилось, и в 2008 году показатель врачей на 10000 населения составил 39,9, что близко к показателю 1990 года. Тот же показатель в 2020 году составил 48,6 врача на 10000 населения [4].

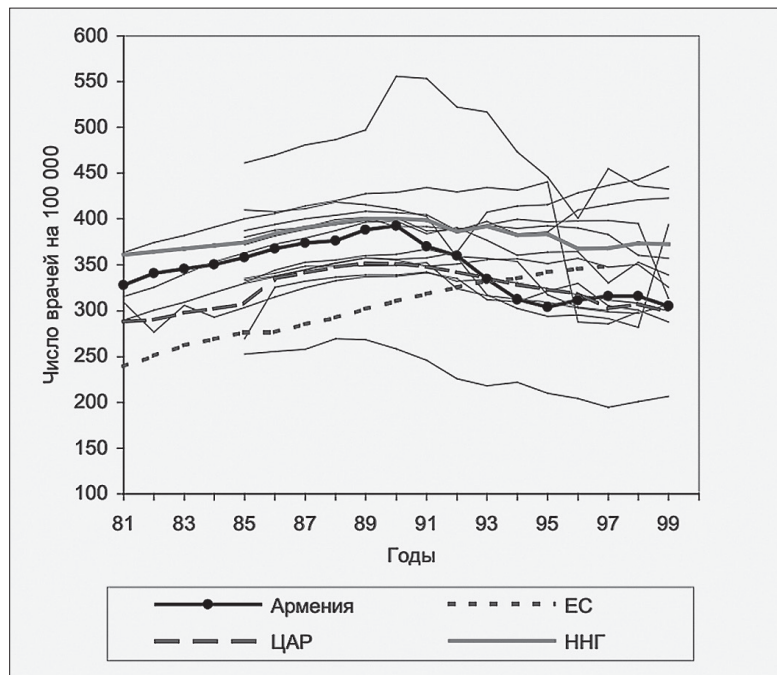
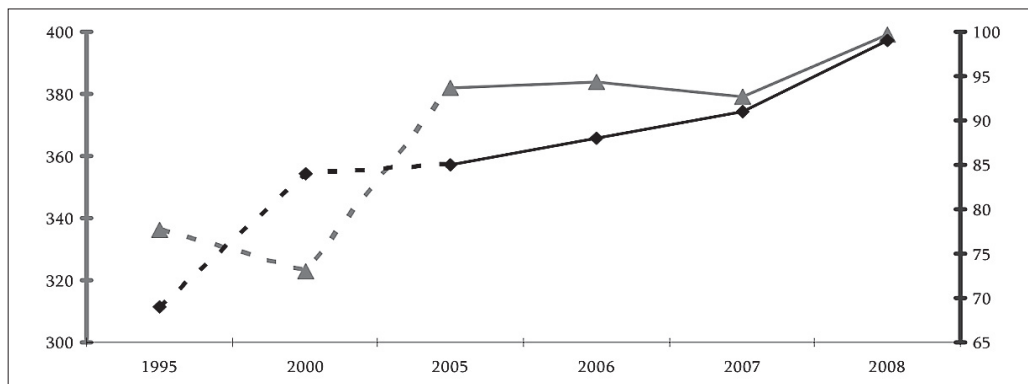


Рис. 2. 80-е годы, количественное распределение медицинских кадров, РА



Количество врачей с 1995 по 2008 гг. (—▲— на 100000 населения, —◆— на 1 больницу)

Рис. 3. Динамика числа врачей в 1995–2008 гг.

Несмотря на рост числа медицинских работников, проблему вакансий по отдельным специальностям в регионах нельзя считать полностью решенной.

Возрастающий спрос на медицинских работников находится в центре постоянного внимания ВОЗ. Одним из путей решения глобальной проблемы доступности медицинской помощи ВОЗ считает пополнение кадрового потенциала.

Окончательное формирование врача как практического специалиста происходит на второй ступени его образования, на этапе последипломной специализации. Именно на этом этапе врач приобретает глубокие профессиональные знания и достаточные практические навыки для самостоятельного осуществления профессиональной деятельности. Формирование системы последипломного медицинского образования началось в Советской Армении. В 1963 году был основан Государственный институт усовершенствования врачей, который реализовывал множество последипломных образовательных и научных программ для врачей. За достаточно короткий срок институт стал учебным центром всесоюзного значения, куда по обмену образовательными программами прибывало множество медицинских работников и профессоров со всех уголков Советского Союза. Здесь же разрабатывались документы, связанные с последипломным образованием медицинских работников. Научная активность также была высокой. Именно в этот период были разделены и внедрены интернатура и клиническая ординатура врачей.

В независимой Армении продолжался процесс становления системы послевузовского медицинского образования, продолжался рост перечня медицинских специальностей, по которым врачи могли специализироваться в клинической ординатуре. Последипломная специализация в клинической ординатуре стала обязательным условием продолжения самостоятельной профессиональной деятельности врачей. По своей структуре, содержанию образовательных программ и организационному формату клиническая ординатура

в большей степени соответствовала российской послевузовской образовательной модели. Параллельно с этими процессами были даны и их правовые регламенты.

В 1994 году 19 июля было принято постановление правительства № 330 «О реформировании системы последипломного профессионального образования врачей и фармацевтов в Республике Армения», которым были определены нормы, связанные с организацией и осуществлением процесса последипломного профессионального образования для медицинских работников [5]. Этим решением впервые в Республике Армения были определены основные понятия, связанные с послевузовским профессиональным образованием: интернатура, ординатура, дополнительная специализация и дальнейшее усовершенствование медицинских работников. 14 апреля 1999 года был принят Закон «Об образовании», в котором несколько статей касались послевузовского образования, которое было дополнено 14 декабря 2004 г. дополнениями к Закону «О высшем и послевузовском профессиональном образовании» [5]. Примечательно, что в упомянутые документы были внесены дополнения и изменения, но все они действуют по сей день.

Сегодня наша цель – понять, насколько действующая система последипломного медицинского образования соответствует требованиям специалистов, существующим стандартам и есть ли необходимость в ее пересмотре.

Для выяснения позиции бенефициаров и ответственных лиц сектора мы провели опрос. Опрос проводился в электронном виде с использованием анкеты, состоящей из 12 вопросов. Вопросы, включенные в анкету, касались проблем, направленных на организацию, планирование, реализацию, финансирование и структурное совершенствование процесса клинической ординатуры и возможные направления их рассмотрения. Данные опроса представлены на рис. 4, 5, 6.

Распределение 116 участников анонимного опроса представлено в диаграмме (рис. 4). В опросе приняли участие 43 клинических ординатора, 34 преподавателя, 15 заведующих

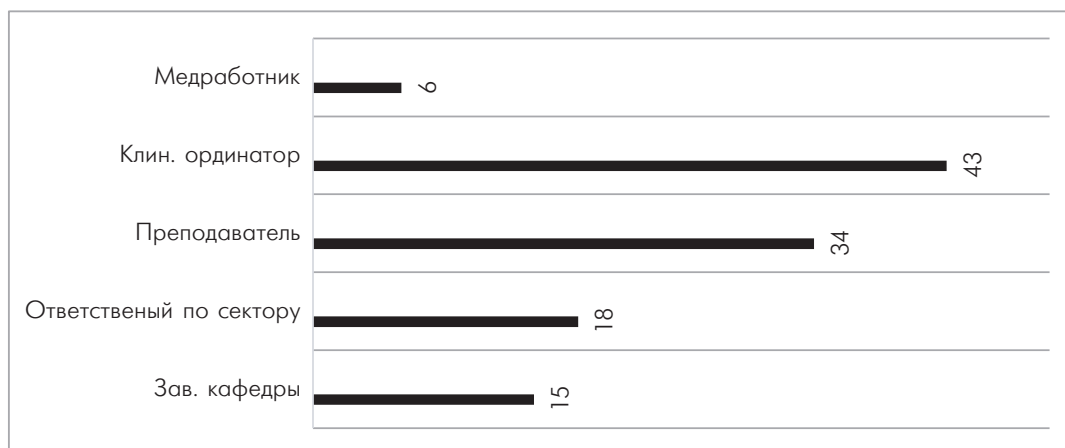


Рис. 4. Участники опроса

кафедрами, 18 представителей Министерства здравоохранения и 6 медицинских работников.

14,7% участников опроса получили последипломное медицинское образование в советский период, а остальные 85,3% – в постсоветский период. 70,7% участников заявили, что знакомы с моделями и системами последипломного медицинского образования в других странах. Удовлетворенность участников структурой и работой системы послевузовского образования в Армении распределилась следующим образом: структурой системы удовлетворены 31,9%, не удовлетворены 42,2%, не удовлетворены работой системы 52,6%, удовлетворены 25%.

По мнению 96,6% участников, система послевузовского образования Армении нуждается в пересмотре (рис. 5).

93,1% участников опроса считают, что клинический ординатор может быть сотрудником медицинского учреждения с определенными ограничениями полномочий. Мнения участников опроса относительно контроля процесса организации клинической ординатуры распределились следующим образом: 33,2% участников считают, что эту функцию должно взять на себя государство, 35% – что образовательное учреждение, 22,4% – руководитель проекта, 6% – клинический ординатор. Также участникам опроса были предложены варианты привлечения независимых экспертов или специальных организаций. Распределение мнений участников относительно финансирования послевузовского образования имеет следующую картину: 42,7% считают, что

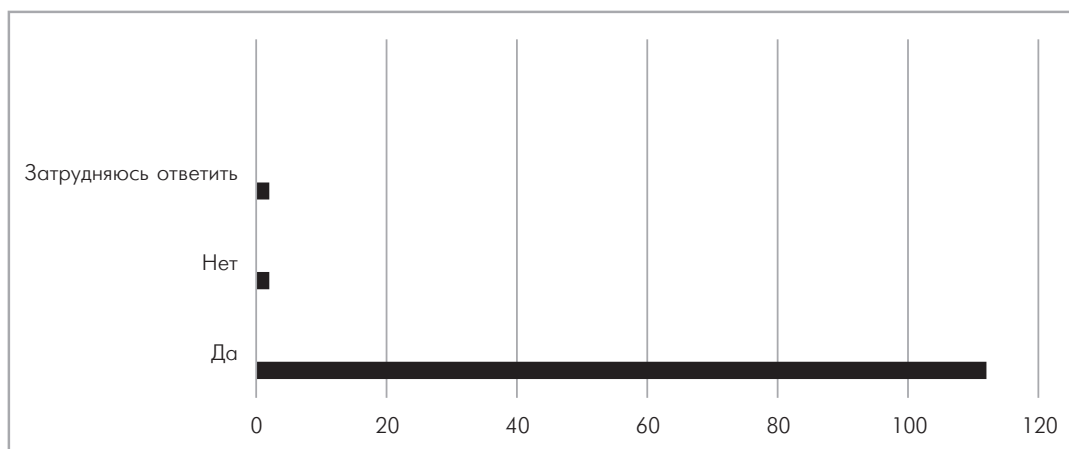


Рис. 5. Нуждается ли в пересмотре система послевузовского образования Армении?

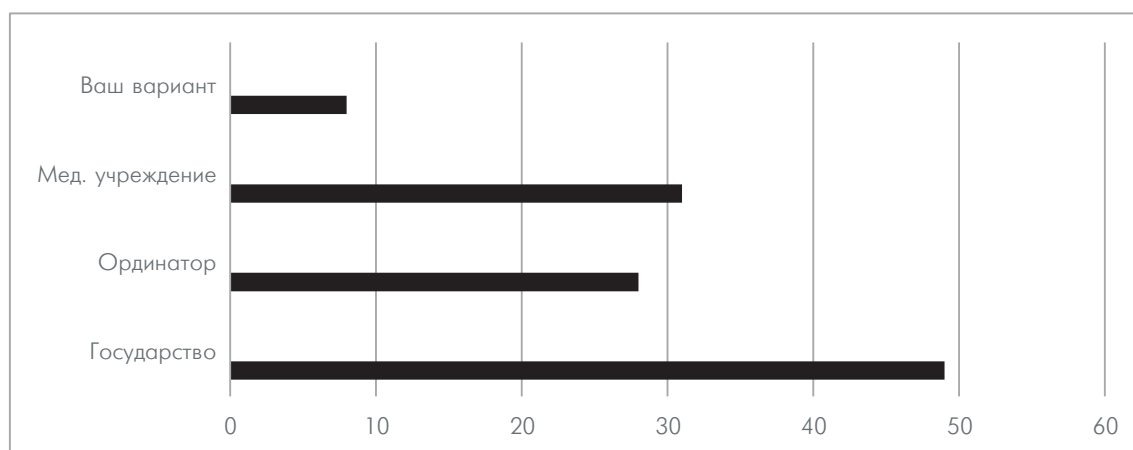


Рис. 6. Кто должен платить за обучение в ординатуре?

образование должно оплачивать государство, 24% – проходящий специализацию, а 27% – медицинское учреждение. Здесь же были представлены предложения по доплате «государство-специалист» или «медицинское учреждение-специалист», а также по привлечению донорских организаций (рис. 6).

Подавляющее большинство (77%) участников опроса предложили уполномочить профессиональное сообщество и ведущих специалистов в данной области относительно формата, порядка, авторизированных образовательных программ, сроков обучения

и объема полномочий клинических ординаторов.

Выводы

Таким образом, по мнению большинства участников опроса, система последипломного образования в Армении нуждается в совершенствовании, что, по нашему мнению, позволяет сделать вывод о необходимости проведения исследований, изучений и сравнительных анализов в этом направлении.

ЛИТЕРАТУРА

1. Всемирная федерация медицинского образования (ВФМО). – URL: <https://wfme.org/about-wfme/>
2. Последипломное медицинское образование, Глобальные стандарты ВФМО для улучшения качества, 2015 г. – URL: <https://wfme.org/standards/>
3. Обзор состояния здоровья и здравоохранения в Армении / Всемирная Организация Здравоохранения, 2001 г. – URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/108492/E72377R.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
4. «Система здравоохранения, заболеваемость и медицинская помощь» Статистический комитет Республики Армения, 2008 г. – URL: <https://armstat.am/am/>
5. Правовая информационная система Армении – URL: <https://www.arlis.am/>

REFERENCES

1. World Federation for Medical Education (WFME). – URL: <https://wfme.org/about-wfme/>
2. Post Graduate Medical Education, Quality Improvement WFME Trilogy of Standards, 2015 г. – URL: <https://wfme.org/standards/>
3. Armenia Health system review/ World Health Organization, 2001 г. – URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/108492/E72377R.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
4. Health system, morbidity and medical care / Statistical Committee of the Republic of Armenia, 2008 г. – URL: <https://armstat.am/am/>
5. Legal information system of Armenia – URL: <https://www.arlis.am/>

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ / ABOUT THE AUTHORS

Александр Александрович Базарчян – к.м.н., директор Национального института здравоохранения имени академика С. Авдалбекяна Министерства здравоохранения Республики Армения, г. Ереван, Армения.

Alexander A. Bazarchyan – Ph.D., Director of the National Institute of Health named after Academician S. Avdalbekyan Ministry of Health of the Republic of Armenia, Yerevan, Armenia.

Самвел Гагикович Оганнисян – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой Семейной медицины Национального института здравоохранения имени академика С. Авдалбекяна Министерства здравоохранения Республики Армения, г. Ереван, Армения.

Samvel G. Hovhannisyan – MD Professor, Head of the Department of Family Medicine, National Institute of Health after Academician S. Avdalbekyan Ministry of Health of the Republic of Armenia, Yerevan, Armenia.

Гоар Албертовна Еримян – декан Национального института здравоохранения имени академика С. Авдалбекяна Министерства здравоохранения Республики Армения, г. Ереван, Армения.

Gohar A. Yerimyan – Dean of the National Institute of Health after Academician S. Avdalbekyan Ministry of Health of the Republic of Armenia, Yerevan, Armenia. E-mail: Goharerimyan@mail.ru

Аревик Гаспаровна Торосян – сотрудник Национального института здравоохранения имени академика С. Авдалбекяна Министерства здравоохранения Республики Армения, г. Ереван, Армения.

Arevik G. Torosyan – National Institute of Health after Academician S. Avdalbekyan Ministry of Health of the Republic of Armenia, Yerevan, Armenia.

НОВОСТИ НАУКИ

В США БОЛЬШЕ ПОЛОВИНЫ ПАЦИЕНТОВ НЕ ХОТЯТ ЛЕЧИТЬСЯ СОГЛАСНО РЕКОМЕНДАЦИЯМ ИИ

Как показал опрос исследовательского центра Pew Research Center, большинство опрошенных не уверены, что использование ИИ в здравоохранении и медицине улучшит результаты лечения (60%). Лишь 38% полагают, что применение ИИ при диагностике заболеваний и назначении лечения приведет к улучшению состояния здоровья пациентов, в то время как 33% говорят, что это приведет к худшим результатам, а 27% убеждены, что эта технология не будет иметь большого значения для конечного результата.

Несмотря на это, большая часть американцев считает, что использование ИИ в здравоохранении и медицине уменьшит, а не увеличит количество ошибок, совершаемых медработниками (40% против 27%). При этом 75% респондентов заявили, что они обеспокоены тем, что их провайдеры внедряют инструменты ИИ слишком быстро, не владея достаточной информацией о возможных последствиях и всех рисках, а 23% опрошенных заявили, что внедрение ИИ в клиническую практику происходит слишком медленно.

Источник: Медвестник – URL: <https://medvestnik.ru/content/news/V-SShA-bolshe-pолоviny-pacientov-ne-hotyat-lechitsya-soglasno-rekomendaciyam-ii.html>

БОЛЬШЕ 80% РОССИЯН НЕ ГОТОВЫ ДОВЕРИТЬ СОБСТВЕННУЮ ДИАГНОСТИКУ И ЛЕЧЕНИЕ НЕЙРОСЕТИ

Как показал опрос SuperJob, несмотря на то, что половина россиян считает, что искусственный интеллект может использоваться в диагностике и лечении, только каждый шестой готов доверить нейросети собственное здоровье. При этом три четвертых населения не хотели бы, чтобы такие технологии заменили врача.

Каждый второй россиянин (51%) считает, что диагностику и назначение лечения можно доверить искусственному интеллекту (ИИ), но всего 3% уверены, что на алгоритмы можно положиться полностью, а 48% – лишь частично. По мнению 38% респондентов, полагаться на ИИ в медицинских вопросах нельзя вообще, так как в лечении болезни важно не только правильно назначить медикаменты, но и подбодрить пациента, настроить его на позитив.

В отношении собственного лечения большинство россиян высказали другое мнение: только 18% россиян доверили бы собственное здоровье нейросети, а 82% этого бы не хотели.

Источник: Медвестник, 28.02.2023. – URL: <https://medvestnik.ru/content/news/Bolshe-80-rossiyan-ne-gotovы-doverit-sobstvennuu-diagnostiku-i-lechenie-neiroseti.html>

ХРИСТО ПЕРИКЛОВИЧУ ТАХЧИДИ – 70 ЛЕТ



Поздравляем с 70-летием академика РАН, доктора медицинских наук, профессора, проректора по лечебной работе Российского национального исследовательского медицинского университета имени Н.И. Пирогова и директора Научно-исследовательского центра офтальмохирургии РНИМУ им. Н.И. Пирогова – Христо Перикловича Тахчиди.

В 1976 году Х.П. Тахчиди окончил Свердловский государственный медицинский институт, с 1977 по 1987 года занимал должность доцента кафедры глазных болезней Свердловского медицинского института, по совместительству заместителя декана лечебного факультета. В 2001 стал генеральным директором ФГУ МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова Минздрава России.

С 2005 года Христо Периклович входил в состав Общества офтальмологов России в качестве председателя, а также являлся главным редактором журналов «Офтальмохирургия» и «Новое в офтальмохирургии». Он является автором 550 публикаций и 16 монографий.

Х.П. Тахчиди – заслуженный врач Российской Федерации, в 2011 году был избран членом-корреспондентом Российской Академии Наук, в 2019 г. – академиком Российской Академии Наук. В 2015 г. Христо Периклович был удостоен медицинской премии лучшим врачам России «Призвание».

Редакция журнала и все коллеги желают Христо Перикловичу крепкого здоровья, благополучия и профессиональных успехов!

ИГОРЮ ВЕНИАМИНОВИЧУ МАЕВУ – 60 ЛЕТ

Поздравляем с 60-летием академика РАН, доктора медицинских наук, профессора, первого проректора МГМСУ им. А. И. Евдокимова – Игоря Вениаминовича Маева.

В 1987 году И.В. Маев окончил лечебный факультет Московского медицинского стоматологического института им. Н.А. Семашко, по окончании которого занял должность старшего лаборанта кафедры пропедевтики внутренних болезней лечебного факультета. В 1996 году избирается на должность заведующего кафедрой пропедевтики внутренних болезней и гастроэнтерологии ММСИ.

С 2008 года становится главным внештатным терапевтом Росздравнадзора, а с 2012 главным внештатным специалистом по медицинскому и фармацевтическому образованию Минздрава России. Является автором и соавтором более 800 научных работ, в том числе 13 монографий, 8 книг, 3 учебников, 8 руководств, более 50 учебных и учебно-методических пособий, 9 изобретений. Является членом президиума Российской гастроэнтерологической ассоциации, членом Президиума ВАК, членом Рабочей группы в сфере образования и науки при Комиссии при Президенте Российской Федерации по государственным наградам по направлениям «высшая школа» и «учителя», членом Экспертного совета по организации фундаментальных и прикладных научных исследований при Комитете по образованию и науке Государственной Думы. Также является членом редакционных коллегий таких журналов как «Терапевтический архив», «Клиническая медицина», «Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии», «Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология», «Фарматека», «Consilium Medicum» и «Вестник РАМН».

И.В. Маев – заслуженный врач Российской Федерации, в 2011 году получил звание члена-корреспондента РАМН, а с 2016 года звание академика РАН. В 2020 году получил премию Правительства Российской Федерации в области науки и техники, в 2021 году – Орден Почета, а в 2022 году благодарность Председателя Совета Федерации Федерального Собрания Российской Федерации.

Желаем Игорю Вениаминовичу долгих лет жизни, дальнейшего достижения профессиональных высот и всего самого доброго!



ВСЕМИРНЫЙ ДЕНЬ ЗДОРОВЬЯ – 2023

Во Всемирный день здоровья 7 апреля 2023 г. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) отмечает свое 75-летие.

ВОЗ была основана по коллективной инициативе стран мира в 1948 г. для укрепления здоровья людей, поддержания безопасности в мире и служения интересам уязвимых групп населения для того, чтобы каждый человек, где бы он ни находился, имел возможность достичь наивысшего уровня здоровья и благополучия.

Основные тезисы кампании:

- ✓ Здоровье для всех – это крепкое здоровье и полноценная жизнь каждого человека в процветающем и устойчивом мире без войн и конфликтов.
- ✓ Право на здоровье является одним из основных прав человека. Каждый человек должен иметь возможность в любое время и в любом месте получать необходимую ему медицинскую помощь, не испытывая при этом финансовых трудностей.
- ✓ Всеобщий охват услугами здравоохранения (ВОУЗ) обеспечивает финансовую защиту и доступность качественной базовой медицинской помощи, помогает людям выбраться из нищеты и укрепить благополучие семьи и общества, защищает население от пагубных для здоровья кризисных ситуаций и помогает добиться цели по обеспечению здоровья для всех.
- ✓ Чтобы здоровье для всех стало реальностью, необходимо позаботиться о том, чтобы каждый человек и каждая группа населения, заботясь о своем здоровье и здоровье своих близких, могли получать высококачественную медицинскую помощь, а органы власти целенаправленно выделяли ресурсы на обеспечение всеобщего охвата услугами здравоохранения.
- ✓ По имеющимся данным, системы здравоохранения, опирающиеся на первичную медико-санитарную помощь (ПМСП), способны обеспечить максимальную доступность услуг по охране здоровья и благополучия при минимальных затратах.
- ✓ Пандемия COVID-19 обратила вспять прогресс в обеспечении здоровья для всех в каждой стране. На фоне пандемии COVID-19 и других чрезвычайных ситуаций в области здравоохранения, задача по обеспечению странами здоровья для всех приобретает еще более насущный характер. Лидерам надо выполнять свои обязательства по достижению всеобщего охвата услугами здравоохранения, а гражданскому обществу – контролировать их действия.

Рекомендации ВОЗ государствам-членам:

- ✓ Капиталовложения в развитие стабильно функционирующих систем здравоохранения – залог процветания общества. Увеличение государственных расходов на охрану здоровья и сокращение собственных расходов населения на оказание медицинской помощи помогает спасти жизни людей, достигая целей в области устойчивого развития за пределами сферы здравоохранения.
- ✓ Для достижения всеобщего охвата услугами здравоохранения и обеспечения готовности к чрезвычайным ситуациям требуются надежно функционирующие системы здравоохранения.
- ✓ Здоровая среда помогает изменить жизнь людей к лучшему.
- ✓ В интересах охраны здоровья ВОЗ рекомендует повышать налоги на табак, алкоголь, продукцию с добавлением сахара и ископаемые виды топлива.
- ✓ Согласно прогнозам, в 2023–2030 гг. дефицит трудовых ресурсов здравоохранения в мире составит 10 миллионов человек. Требуются ресурсы на подготовку кадров и создание рабочих мест в секторе здравоохранения.

Подробнее о мероприятиях Всемирного дня здоровья 2023 г. узнайте на сайте ВОЗ, переходя по ссылке:



