

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ

PUBLIC HEALTH. Scientific and practical journal

РАБОТА ВО ВРЕМЯ БОЛЕЗНИ
Экономические потери

ОТЕЧЕСТВЕННАЯ ПЕДИАТРИЯ
Истоки, становление, развитие

ОТНОШЕНИЕ РУКОВОДСТВА
Удовлетворенность и тревожность

ПИЩЕВОЕ ПОВЕДЕНИЕ
ИМТ и уровень стресса студентов-медиков

**ЗДОРОВЬЕ
ВО ВСЕХ
ПОЛИТИКАХ**



ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ

Научно-практический журнал

Том 5

№ 4 • 2025

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 Единый государственный перечень научных изданий – «Белый список» научных журналов (уровень 2).

– в Перечень ВАК (категория К3) 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).

PUBLIC HEALTH

Scientific and practical journal

Volume 5

№ 4 • 2025

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)

12+

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Главный редактор **Салагай О.О.**, канд. мед. наук (Россия)

Заместитель главного редактора **Драпкина О.М.**, д-р мед. наук, проф., акад. РАН (Россия)

Заместитель главного редактора **Кобякова О.С.**, д-р мед. наук, проф., чл.-корр. РАН (Россия)

ЧЛЕНЫ РЕДКОЛЛЕГИИ

Аполихин О.И., д-р мед. наук, проф., чл.-корр. РАН (Россия)

Багненко С.Ф., д-р мед. наук, проф., акад. РАН (Россия)

Базарчян А.А., канд. мед. наук (Армения)

Бойцов С.А., д-р мед. наук, проф., акад. РАН (Россия)

Бокерия Л.А., д-р мед. наук, проф., акад. РАН (Россия)

Брико Н.И., д-р мед. наук, проф., акад. РАН (Россия)

Брызгалина Е.В., канд. филос. наук, доцент (Россия)

Бушев С.А., канд. филос. наук, доцент (Россия)

Бухтияров И.В., д-р мед. наук, проф., акад. РАН (Россия)

Зайцева Н.В., д-р мед. наук, проф., акад. РАН (Россия)

Зинченко Ю.П., д-р. психол. наук, проф., акад. РАО (Россия)

Кекелидзе З.И., д-р мед. наук, проф., чл.-корр. РАН (Россия)

Колесников С.И., д-р мед. наук, проф., акад. РАН (Россия)

Путило Н.В., канд. юрид. наук (Россия)

Сайганов С.А., д-р мед. наук, проф. (Россия)

Стародубов В.И., д-р мед. наук, проф., акад. РАН (Россия)

Тутельян В.А., д-р мед. наук, проф., акад. РАН (Россия)

Хабриев Р.У., д-р мед. и фарм. наук, проф., акад. РАН (Россия)

Хальфин Р.А., д-р мед. наук, проф. (Россия)

Харитонов В.И., д-р ист. наук (Россия)

Черепов В.М., д-р мед. наук, проф. (Россия)

Шляхто Е.В., д-р мед. наук, проф., акад. РАН (Россия)

Клюге Х., д-р наук (Дания)

Жоао Бреда, д-р наук, проф. (Дания)

EDITORIAL BOARD

Editor-in-Chief **Salagay O.O.**, Ph.D. (Medicine) (Russia)

Deputy Editor-in-Chief **Drapkina O.M.**, D.Sc. (Medicine), Prof., Acad. of RAS (Russia)

Deputy Editor-in-Chief **Kobyakova O.S.**, D.Sc. (Medicine), Prof., Corr. Member of the RAS (Russia)

MEMBERS OF THE EDITORIAL BOARD

Apolikhin O.I., D.Sc. (Medicine), Prof., Corr. Member of the RAS (Russia)

Bagnenko S.F., D.Sc. (Medicine), Prof., Acad. of RAS (Russia)

Bazarchyan A.A., Ph.D. (Medicine) (Armenia)

Boytssov S.A., D.Sc. (Medicine), Prof., Acad. of RAS (Russia)

Bokeria L.A., D.Sc. (Medicine), Prof., Acad. of RAS (Russia)

Briko N.I., D.Sc. (Medicine), Prof., Acad. of RAS (Russia)

Bryzgalina E.V., Ph.D. (Philosophy), Associate Professor (Russia)

Bushev S.A., Ph.D. (Philosophy), Associate Professor (Russia)

Bukhtiyarov I.V., D.Sc. (Medicine), Prof., Acad. of RAS (Russia)

Cherepov V.M., D.Sc. (Medicine), Prof. (Russia)

Halfin R.A., D.Sc. (Medicine), Prof. (Russia)

Kekelidze Z.I., D.Sc. (Medicine), Prof., Corr. Member of the RAS (Russia)

Khabriev R.U., D.Sc. (Medicine, Pharm.), Prof., Acad. of RAS (Russia)

Kharitonova V.I., D.Sc. (History) (Russia)

Kolesnikov S.I., D.Sc. (Medicine), Prof., Acad. of RAS, (Russia)

Putilo N.V., Ph.D. (Law) (Russia)

Saiganov S.A., D.Sc. (Medicine), Prof. (Russia)

Shlyakhov E.V., D.Sc. (Medicine), Prof., Acad. of RAS (Russia)

Starodubov V.I., D.Sc. (Medicine), Prof., Acad. of RAS (Russia)

Tutelyan V.A., D.Sc. (Medicine), Prof., Acad. of RAS (Russia)

Zaitseva N.V., D.Sc. (Medicine), Prof., Acad. of RAS (Russia)

Zinchenko Yu.P., D.Sc. (Psychology), Prof., Acad. of RAE (Russia)

Hans Henri P. Kluge, D.Sc. (Denmark)

João Breda, D.Sc., Prof. (Denmark)

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>

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

АКТУАЛЬНОЕ ИНТЕРВЬЮ

Более 20 лет в ВОЗ: Марк Цешковский о мировом здравоохранении и личном опыте

ТЕОРИЯ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ

Смертность в России: постановка проблемы и пути решения
Устюжанин В. В., Халтурина Д. А., Рыбальченко С. И., Коротаев А. В.

ВОПРОСЫ ИСТОРИИ

Истоки, становление, развитие и достижения отечественной педиатрии (историко-медицинский обзор: XVIII–XIX–XX вв.)
Баранов А. А., Шер С. А., Альбицкий В. Ю., Намазова-Баранова Л. С.

СОЦИОЛОГИЯ ЗДОРОВЬЯ И КОММУНИКАЦИИ

Работа во время болезни: распространенность, методы оценки, экономические потери. Систематический обзор литературы
Кобякова О. С., Канев А. Ф., Куракова Н. Г., Кармина Р. Л.

Развитие заинтересованности студентов старших курсов медицинского вуза в учебном процессе: опыт ФГБОУ ВО КемГМУ и современные методы взаимодействия с практическим здравоохранением

Царик Г. Н., Воронина Е. А., Корбанова Т. Н., Попович А. Б.

ЭКОНОМИКА ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ

Организация лекарственного обеспечения в стоматологии на примере анестетиков
Гилева М. А., Исаева Н. В., Новиков А. Ю., Струева Е. Н., Воронова Е. А.

ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ

Изучение закономерностей корреляции показателей отношения со стороны руководства и удовлетворенности оснащением с формированием ситуативной тревожности для общепрофильных медицинских бригад скорой медицинской помощи
Мельников А. С., Нелюбина Е. В., Кунафин М. С., Амиров А. Ф., Трегубова А. Х.

ФАКТОРЫ РИСКА

Курение электронных сигарет – степень воспринимаемого риска среди молодых потребителей
Бедина И. Д., Масыкин А. В., Бедина И. А.

Общая заболеваемость девушек в возрасте 15–17 лет в Российской Федерации за 2020–2024 годы
Оськов Ю. И., Шелепова Е. А., Огрызко Е. В.

Анализ пищевого поведения, индекса массы тела и уровня стресса у студентов-медиков
Солодухина Д. П., Кузьминов В. С.

РЕГИОНАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ

Создание регистра пациентов, перенесших острый коронарный синдром, в Амурской области – регионе с низкой плотностью населения. Первые результаты
Тарасюк Е. С., Мурашко М. А., Ермаковская О. В., Погорелова Н. А.

ПОЗДРАВЛЕНИЯ

Академику Геннадию Григорьевичу Онищенко – 75 лет

Академику Юрию Владимировичу Лобзину – 75 лет

Академику Николаю Федоровичу Герасименко – 75 лет

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ

Научно-практический журнал. Том 5, № 4, 2025
Зарегистрирован Роскомнадзором. 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 – Кармина Раиса Леонидовна, idmz@mednet.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: 10.12.2025. Выход в свет: 17.12.2025

Заказ: 146. Тираж: 250 экз. Открытый доступ, цена: бесплатно

© ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России, оформление макета, 2025

CONTENTS

RELEVANT INTERVIEW

2–6 Over Two Decades at WHO: Mark Tseshkovskiy on Global Health and Personal Journey

PUBLIC HEALTH THEORY

7–26 Mortality in Russia: problems and ways forward
Ustyuzhanin V. V., Khaltourina D. A., Rybalchenko S. I., Korotayev A. V.

QUESTIONS OF HISTORY

27–44 The origins, formation, development and achievements of russian pediatrics (historical and medical review: XVIII–XIX–XX centuries)
Baranov A. A., Sher S. A., Albitskiy V. Yu., Namazova-Baranova L. S.

SOCIOLOGY OF HEALTH AND COMMUNICATION

45–65 Work during illness: prevalence, assessment methods and economic loss. A systematic literature review
Kobyakova O. S., Kanev A. F., Kurakova N. G., Karmina R. L.

66–75 Developing the interest of senior medical students in the educational process: the experience of Kemerovo State Medical University and modern methods of interaction with practical healthcare

Tsarik G. N., Voronina E. A., Korbanova T. N., Popovich A. B.

ECONOMICS OF PUBLIC HEALTH

76–85 A personalized approach to drug supply rationalization in dental care
Gileva M. A., Isaeva N. V., Novikov A. Yu., Strueva E. N., Voronova E. A.

MENTAL HEALTH

86–94 Research of correlation regularities of management attitude and satisfaction with equipment indicators with the formation of situational anxiety for general-profile emergency medical teams
Melnikov A. S., Nelyubina E. V., Kunafin M. S., Amirov A. F., Tregubova A. Kh.

RISK FACTORS

95–102 E-cigarette use – the level of perceived risk among young people
Bedina I. D., Masyakin A. V., Bedina I. A.

103–113 Total morbidity of girls aged 15–17 in the Russian Federation in 2020–2024
Oskov Yu. I., Shelepova E. A., Ogrzyzko E. V.

114–121 Analysis of eating behavior, body mass index and level of stress in medical students
Solodukhina D. P., Kuzminov V. S.

REGIONAL ASPECTS

122–133 Creation of a register of patients with acute coronary syndrome in the Amur Region, a region with a low population density. First results
Tarasyuk E. S., Murashko M. A., Ermakovskaya O. V., Pogorelova N. A.

CONGRATULATIONS

134 Academician Gennady Grigoryevich Onishchenko is 75

135 Academician Yuri Vladimirovich Lobzin is 75

136 Academician Nikolai Fedorovich Gerasimenko is 75

PUBLIC HEALTH

Scientific and practical journal. Volume 5, No. 4, 2025
Registered Roskomnadzor. Certificate of registration: PI No. FS77-79669 of November 27, 2020

Founder: Russian Research Institute of Health

Editor-in-Chief – Oleg O. Salagay

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

Issuing Editor – Raisa L. Karmina, idmz@mednet.ru

Literary Editor – Svetlana V. Borisenko

Computer layout and design – Elena V. Peskova

Publisher: Russian Research Institute of Health

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: 10.12.2025. Release date: 17.12.2025

Order: 146. Edition: 250 copies. Open access, price: free

© Russian Research Institute of Health, layout design, 2025

БОЛЕЕ 20 ЛЕТ В ВОЗ: МАРК ЦЕШКОВСКИЙ О МИРОВОМ ЗДРАВООХРАНЕНИИ И ЛИЧНОМ ОПЫТЕ

**ИНТЕРВЬЮ С МАРКОМ СТАНИСЛАВОВИЧЕМ ЦЕШКОВСКИМ,
КОТОРЫЙ БОЛЕЕ 20 ЛЕТ ПРОРАБОТАЛ
В МЕЖДУНАРОДНОМ ЗДРАВООХРАНЕНИИ
КАК ПРЕДСТАВИТЕЛЬ СССР И РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

От редакции: Марк Станиславович Цешковский на протяжении многих лет занимал руководящие позиции в международных организациях: с 1987 по 1995 гг. работал в должности директора Департамента профилактики болезней и качеству услуг, директора Департамента систем здравоохранения в Европейском региональном бюро ВОЗ в г. Копенгагене (Дания); с 1995 по 1998 гг. – директором Департамента неинфекционных заболеваний Штаб-квартиры Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ); в 1998 г. был помощником Генерального директора ВОЗ в г. Женеве (Швейцария); с 2000 по 2003 гг. занимал должность координатора Программы ООН по гуманитарной помощи на Северном Кавказе. С 2007 г. и по настоящее время является сотрудником ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России.

В 2025 г. награжден Медалью имени Н.А. Семашко за значительный вклад в укрепление системы общественного здоровья, борьбу с поведенческими факторами риска, профилактику и повышение приверженности населения здоровому образу жизни.



Марк Станиславович любезно согласился ответить на наши вопросы, поделившись впечатлениями о своей многолетней деятельности в структурах ВОЗ, подчеркнув значимость российского вклада в международные инициативы и обратив внимание на уникальные национальные черты представителей разных стран, важность реализуемых программ профилактики неинфекционных заболеваний (НИЗ), а также трудности и нюансы адаптации и продвижения карьеры в условиях глобальной бюрократии и культурной неоднородности сотрудников ВОЗ.

Корр.: Скажите, как Вы попали на работу в ВОЗ?

В 1960 г. я закончил лечебный факультет 2 МОЛГМИ им. Н.И. Пирогова и стал рентгенологом. После окончания института был распределен в НИИ клинической и экспериментальной онкологии (сейчас – ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии имени Н.Н. Блохина» Министерства здравоохранения Российской Федерации.), писал диссертацию на стыке рентгенологии и онкологии под руководством профессоров Георгия

Артемяевича Зедгенидзе и Иосифа Львовича Тагера. Это были замечательные люди, талантливые и умные клиницисты. Нам, группе своих аспирантов, профессор Г.А. Зедгенидзе настойчиво порекомендовал изучить английский язык для развития и чтения научной литературы. Следуя этой рекомендации, в процессе работы над диссертационным исследованием, я закончил вечерние двухгодичные курсы английского языка. Это был период оттепели и роста международных связей.

Корр.: Эти знания языкагодились?

Учитывая специальность рентгенолога и знание английского языка, Министерство здравоохранения СССР в 1968 г. направило меня в составе группы советских врачей для работы в госпитале в г. Кисуму, который был построен и подарен Кении Советским Союзом. В течение трех лет я организовал работу рентгенологического отделения госпиталя. Благодаря данной деятельности я расширил клинические знания и умения в диагностике детской онкологической патологии и заинтересовался ее эпидемиологией, получил хороший опыт управления в кризисных условиях. По окончании срока командировки вернулся в институт старшим научным сотрудником отделения рентгенодиагностики.

В тот период также активно развивалось сотрудничество с американскими онкологами. Мой интерес к эпидемиологии и профилактике онкологических болезней получил импульс к развитию во время краткосрочной командировки в один из американских научно-исследовательских институтов. Там я существенно расширил свои знания в эпидемиологии рака и, в частности, в факторах риска его возникновения. Одновременно отечественный Институт кардиологии начал изучать проблему увеличения смертности от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), и это совпало с интересом в двух направлениях научной деятельности – в противодействии увеличивающейся смертности от ССЗ и онкологических заболеваний. На этом основании нашими институтами были разработаны теоретические предпосылки развития интегральной программы профилактики и борьбы с хроническими заболеваниями, в которые входили ССЗ, различные виды рака и хронические легочные заболевания.

Учитывая мой опыт работы по этому направлению и параллельный интерес Минздрава к развитию сотрудничества с Всемирной

организацией здравоохранения, в 1980 г. я был командирован в программу онкологии в Штаб-квартиру ВОЗ и проработал там 5 лет, а затем вернулся в свой институт, много работал и снова был направлен в ВОЗ, но уже в качестве директора программы. В общей сложности в ВОЗ я проработал более 20 лет.

Корр.: Какими были Ваши первые впечатления от работы в международной организации?

«Вхождение в организацию» – это достаточно сложный и длительный процесс, который требует, прежде всего, приспособления к корпоративному климату и выполнения поставленных задач в необычных условиях. Несмотря на то, что я считал себя достаточно подготовленным к работе за рубежом, начало работы в ВОЗ было культурным шоком для меня. Проблема заключалась не в недостатке знаний профессионального английского языка, а в значительных различиях уровней подготовки рекрутированного персонала ВОЗ по конкретным вопросам контроля рака: в новой программе собрались представители различных стран, разного культурного уровня и, соответственно, уровня профессиональной подготовки.

Корр.: Эксперты из каких стран работали с Вами?

В отделе по борьбе с раком, который фактически был сформирован в момент моего первого приезда в Женеву, работа велась под руководством доктора Стьернсворта – представителя Швеции. Работали в команде также эксперты из Италии, Германии, США, африканских и азиатских стран. От нас требовалось выполнение сложной задачи: ни много, ни мало организации «с нуля» программы контроля и профилактики рака.

После обширного процесса консультаций с экспертами мирового класса, включая Международный противораковый союз и Международное агентство по изучению рака, было принято решение сначала сконцентрироваться на наиболее острой проблеме – купировании болевого синдрома при различных формах рака на поздних стадиях заболевания.

Корр.: С какими сложностями приходилось сталкиваться в работе? Как Вы их преодолевали?

Думаю, что это уже ранее упомянутая сложность: культурный шок от разницы языковой

и профессиональной подготовки персонала из различных стран. Преодолеть это удалось благодаря налаживанию честных и открытых межличностных отношений, которые, в принципе, были достаточно дружественными. Также в процессе работы изредка возникали проблемы, отражающие негативное отношение к нашей стране, с которыми приходилось справляться.

Конечно, более тяжелыми были требования и отношения, когда я стал работать директором Департамента систем здравоохранения в Копенгагене. Мне было сложно выстраивать субординацию и организацию рабочих процессов в многонациональном департаменте. Также тяжело проходила настройка взаимоотношений между моим уровнем директора и работниками программы. Люди, работающие под моим началом, на первых порах не чувствовали себя свободно. Освоиться внутри корпорации и выстроить субординацию и продуктивную работу помогали соотечественники. Неоценимую помощь оказывали Киселев А. А. – представитель СССР при ВОЗ, а также старожилы – советские сотрудники в ВОЗ, позже появились дружелюбно настроенные коллеги.

Для себя я сделал вывод – сложности можно преодолеть, если выстраивать взаимоотношения на основе честности, справедливости, уважения и непредвзятости суждений о процессах. Это является главным для налаживания рабочего климата в коллективе.

Корр.: *Расскажите о самых значимых проектах, в которых Вы участвовали. Какие из них, по Вашему мнению, принесли наибольшую пользу здравоохранению?*

Нам повезло – во время моей работы во Всемирной организации здравоохранения интегральные программы профилактики неинфекционных заболеваний CINDI, MONICA, ERICA стали активно развиваться и в ВОЗ, и во многих странах. Эти программы сыграли ключевую роль в сфере профилактики НИЗ, обеспечили доступ к современной и научно обоснованной информации для стран и профильных министерств, подготовили сотни профессионалов, которые стали распространять знания и лучшие практики, формируя устойчивые подходы к профилактике НИЗ в своих странах.

В 1982 г. под эгидой Всемирной организации здравоохранения в СССР была запущена Общегосударственная интегрированная программа профилактики неинфекционных заболеваний

(сокращенно СИНДИ/CINDI – Countrywide Integrated Noncommunicable Diseases Intervention Programme). Цель программы – улучшение здоровья за счет сокращения заболеваемости и смертности от основных НИЗ путем осуществления комплексных совместных вмешательств, которые позволяют предотвращать болезни и укреплять здоровье людей. Основная задача СИНДИ состояла в том, чтобы снизить риск развития НИЗ посредством уменьшения свойственных для этих заболеваний факторов риска, таких как курение, злоупотребление алкоголем и психосоциальный стресс, а также недостаточная физическая активность и нездоровое питание.

Большой вклад в развитие программы СИНДИ и профилактику НИЗ в нашей стране внес Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины Минздрава России и специалисты – Рафаэль Гегамович Оганов, Игорь Сергеевич Глазунов, а также многие другие.

Фактически, современные программы профилактики НИЗ опираются на достижения и принципы, которые были заложены, в том числе, программой СИНДИ.

Корр.: *Как строились отношения с коллегами из других стран? Были ли языковые или культурные барьеры? Были ли ограничения в сотрудничестве? Дружили ли вне работы?*

Языкового барьера не было, культурные преодолевались с помощью создания комфортных профессиональных взаимоотношений, а также благодаря спортивным интересам и музыке. Я с детства люблю спорт, за рубежом достаточно успешно овладел игрой в теннис. Мне очень повезло, что замечательные отношения на основе этих интересов сложились с региональным Директором Европейского бюро ВОЗ – доктором Джо Асваллом, который стал моим хорошим другом. Он всегда поддерживал меня в осуществлении программной деятельности, а также направлял на необходимые мне курсы дополнительной профессиональной подготовки по управлению крупными программами (менеджмент, формирование ресурсов и управление ими, построение бюджета и др.).

Работа в ВОЗ позволила продолжительно общаться и иметь коллегиальные и товарищеские отношения с ведущими экспертами мира: приходилось постоянно учиться и развиваться в профессиональных вопросах, стараться соответствовать высокой планке.

Корр.: Как вы адаптировались к жизни в Копенгагене? Какие особенности датского быта запомнились больше всего?

В целях адаптации к жизни в Копенгагене для вновь прибывших сотрудников в региональном офисе ВОЗ была создана специальная служба. В частности, нам содействовали в поиске квартиры, и это было неоценимой помощью.

Культурная жизнь в Дании отличается смесью традиций и современности: там ценятся уют, дружелюбие и равенство. В стране богатая история и архитектурное наследие, а также активное развитие музыкальной культуры (от классики до рока и джаза). Я очень люблю джаз, для меня это энергия и радость. В Дании множество музеев, театров и фестивалей.

Поражали их бытовые обычаи жизни – без занавесок в домах. Может быть, это связано с тем, что датчане – христиане-лютеране. Лютеранство учит открытости. К тому же, страна северная, солнца мало, приходится его «ловить». Нельзя было не отметить выраженное пристрастие местных жителей к алкоголю и курению в те годы, когда я там работал. В то же время, датчане – достаточно замкнутое общество, у нас было мало связей, в основном жизнь проходила на работе в международном коллективе.

Корр.: А в Женеве? Что бросилось в глаза?

Женева – уникальный старинный Европейский город. Благодаря присутствию штаб-квартиры ВОЗ и европейской штаб-квартиры ООН, а также многих других международных организаций, таких, например, как главное управление Красного Креста, город известен как «столица мира».

В Женеве я был включен в сборную команду ВОЗ по большому теннису и даже успешно участвовал в международных соревнованиях во Франции (между командами международных организаций). Мы часто посещали Виктория-холл, наслаждаясь концертами классической и джазовой музыки. Работы всегда было много, нам не удавалось путешествовать по стране столько, сколько хотелось, но мы с супругой и внучкой старались изучать окрестности по воскресным дням. Мы жили не в Женеве, а во Франции, в городе Ферней-Вольтер, расположенном между Женевой и горами Юра, в получасе езды от здания ВОЗ.

Корр.: Вы были помощником Гендиректора ВОЗ. Что именно Вы курировали? Кто был Вашим руководителем?

Я получил назначение на пост помощника Генерального Директора, оставаясь директором Департамента неинфекционных заболеваний. В этот период мне исполнилось 60 лет – срок выхода на пенсию в ВОЗ в то время. Обычно у помощника Генерального Директора есть куст программ, которые он курирует. Моим непосредственным руководителем в этот период был заместитель Генерального Директора ВОЗ Хироси Накаджима. Было важно, чтобы две программы: «моя» – по контролю НИЗ и Илоны Кикбуш – по укреплению здоровья – работали вместе. Обе наши программы участвовали в подготовке эпохального документа «Здоровье для всех в 21 веке», созданного как завершающий отчет о работе уходящего Генерального Директора Накаджимы. На более позднем этапе к «Программе профилактики и контроля НИЗ и укрепления здоровья» присоединилось «психическое здоровье».

Интересно вспомнить об участии в совещании в Атланте, в 1998 г., на котором в первый раз официально было заявлено, что по результатам исследований красное мясо является фактором риска развития рака. Однако, до сих пор, почти 30 лет спустя, работа с этим фактором риска НИЗ остается не столь успешной.

Отношение международного персонала и самого Генерального Директора Накаджимы в Штаб-квартире ВОЗ было своеобразным – так или иначе мы все (представители СССР, а потом и Российской Федерации) были в обособленном положении. Приходилось работать больше всех, внимательно относиться к вопросам внутренней политики, быть готовым к неожиданным событиям, рассчитывать на себя.

Корр.: В нынешней ситуации как Вам видятся перспективы сотрудничества Российской Федерации с ВОЗ?

Я поддерживаю развитие сотрудничества с ВОЗ. СССР был соучредителем Всемирной организации здравоохранения, а Российская Федерация, как правопреемник Советского Союза, продолжает быть участником Всемирной организации здравоохранения, платит взносы, участвует в выполнении модифицированной 14-ой Общей программы работы ВОЗ.

Напомню, что в декабре 1979 г., почти сорок шесть лет назад, специальная международная комиссия по оспе отчиталась о полной победе над болезнью, и это удостоверение было официально принято Тридцать третьей сессией Всемирной ассамблеи здравоохранения в 1980 г. Только в XX столетии оспа унесла 300 млн. жизней. Международная программа по борьбе с оспой была предложена СССР на Всемирной Ассамблее здравоохранения в 1958 г. Наши специалисты вместе с медиками других стран, зачастую рискуя жизнью, выполнили эту программу, вакцинировали и спасли миллионы людей.

На протяжении почти 80 лет ВОЗ помогает снизить смертность и заболеваемость в мире, улучшить стандарты медицинской практики и повысить эффективность систем здравоохранения. Ни одна страна мира не дает нам идеальной картины выполнения этих задач. Тем более, ожидать от ВОЗ с ее скромным бюджетом решения всех проблем здравоохранения мира – нереально. Тем не менее, именно эта экспертная организация позволяет выявить лучшие практики и совместно продвигаться вперед. В новых условиях парадигма организации обоснованно смещается в сторону мониторинга кризисных эпидемических процессов и проблем развивающихся стран. Для меня это особенно болезненно, поскольку я уверен, что профилактика заболеваний – важнейшее направление, которое в конечном итоге сохраняет жизни и здоровье.

Корр.: Это признается сейчас, как Вам кажется?

Признание этого мы видим в том, что в наше время задачи профилактики НИЗ и ответственность за нее вышли на уровень первых лиц государств. На недавно прошедшем Заседании высокого уровня Генеральной Ассамблеи ООН по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними, а также укреплению психического здоровья и благополучия приняты важные решения о дальнейшем развитии этого направления.

Я полагаю, что нашей стране необходимо поддерживать ВОЗ, особенно в сфере профилактики НИЗ: кадрами, прежде всего, возвращая снова и снова нашу страну в «высшую лигу» экспертов и делая столь необходимый вклад в здоровье мира и нашей страны.

ВОЗ продолжает быть лучшей профессиональной и экспертной платформой и, потенциально, местом для развития заинтересованности в медицинской, фармацевтической продукции и новых технологиях, произведенных в нашей стране.

Корр.: Что можно назвать приоритетным в сотрудничестве?

Одним из приоритетных факторов для развития сотрудничества с ВОЗ в настоящее время, по мнению специалистов нашего Института (ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России), которое я искренне поддерживаю, является сохранение в ВОЗ русскоязычного Интернет-пространства. Переводы на русский язык экспертных документов ВОЗ и российских – на английский язык позволяют специалистам нашей страны (как и экспертам стран СНГ) сохранять и развивать традиции профессионального общения. Формирование устойчивой терминологии в переводах вновь возникающих понятий, технологий и методов в медицине и охране здоровья является важнейшим залогом доказательного развития нашего здравоохранения.

На протяжении ряда лет Минздрав и ВОЗ развивали это направление в рамках «Русского проекта» по переводу на русский язык профессиональной литературы и документов ВОЗ. Считаю, что продолжение этой деятельности жизненно необходимо для поддержания русскоязычного контента ВОЗ и для содействия глобальному общественному здоровью.

Корр.: Что бы вы хотели передать молодому поколению специалистов, работающих в сфере общественного здоровья и международного сотрудничества?

Когда вы представляете нашу страну за рубежом, надо рассчитывать в первую очередь на себя и только на себя. Ваша профессиональная подготовка, максимально высокий уровень знания и владения английским языком, ваш культурный уровень, приверженность спорту, общая культура и знание этикета – все это будет постоянно оцениваться со стороны. Однако, выводы будут обобщенные и направлены на всех граждан нашей страны. Ваши честность, справедливость, доброта и уважение к чужой культуре зеркально отразятся в общении с другими людьми. Желаю Вам успехов!

СМЕРТНОСТЬ В РОССИИ: ПОСТАНОВКА ПРОБЛЕМЫ И ПУТИ РЕШЕНИЯ¹

**В.В. УСТЮЖАНИН¹, Д.А. ХАЛТУРИНА²,
С.И. РЫБАЛЬЧЕНКО³, А.В. КОРОТАЕВ¹**

¹ ФГАОУ ВО «Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики», г. Москва, Россия;

² ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва, Россия;

³ АНО «Институт научно-общественной экспертизы», г. Москва, Россия.

УДК 314.4

DOI: 10.21045/2782-1676-2025-5-4-7-26

Аннотация

Введение. Фактор, существенно снижающий продолжительность жизни в России, — это высокая смертность в трудоспособном возрасте. Основными факторами риска являются поведенческие факторы: курение, употребление алкоголя, низкий уровень физической активности, нерациональное питание. Все эти факторы являются устранимыми. *Цель исследования:* комплексный анализ динамики смертности в России и выделение на этой основе приоритетных направлений медико-демографической политики по снижению преждевременной смертности. *Материалы и методы.* В качестве источников данных по смертности использовались данные Росстата, РосБриСа и НМД. Применены классические демографические методы: построение таблиц смертности, декомпозиция различий в продолжительности жизни, построение контрафактических траекторий динамики продолжительности жизни моделью Ли-Картера и оценка потерянных лет жизни. *Результаты.* Лидирующими причинами как у мужчин, так и у женщин по преждевременной смертности являются болезни системы кровообращения. Для мужчин также важной причиной преждевременной смертности остаются внешние факторы. Другой важной причиной преждевременной смертности для обоих полов в возрастах после сорока лет являются новообразования. Всего в 2019 г. Россия преждевременно потеряла 42,6 млн. человеко-лет, поэтому сохраняется большой резерв для снижения смертности почти что во всех возрастах. *Заключение.* Ключевыми мерами медико-демографической политики в области снижения смертности должны стать новые антиалкогольная и антитабачная кампании, а также некоторые другие программы, направленные на снижение смертности от внешних причин, вакцинопрофилактику, изменение структуры оценивания государственных мер в области охраны здоровья, поддержку пациентов с тяжелыми заболеваниями, профилактические мероприятия и продвижение здорового питания среди населения.

Ключевые слова: смертность, преждевременная смертность, ожидаемая продолжительность жизни, потребление алкоголя, табакокурение, демографическая политика, профилактика неинфекционных заболеваний.

Для цитирования: Устюжанин В.В., Халтурина Д.А., Рыбальченко С.И., Коротаев А.В. Смертность в России: постановка проблемы и пути решения. Общественное здоровье. 2025; 5(4):7–26, DOI: 10.21045/2782-1676-2025-5-4-7-26

Контактная информация: Коротаев Андрей Витальевич, e-mail: akorotayev@gmail.com

Финансирование: исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Статья поступила в редакцию: 28.07.2025. **Статья принята к печати:** 05.12.2025. **Дата публикации:** 17.12.2025.

UDC 314.4

DOI: 10.21045/2782-1676-2025-5-4-7-26

MORTALITY IN RUSSIA: PROBLEMS AND WAYS FORWARD

V.V. Ustyuzhanin¹, D.A. Khalturina², S.I. Rybalchenko³, A.V. Korotayev¹

¹ HSE University, Moscow, Russia;

² Russian Research Institute of Health, Moscow, Russia;

³ Institute for Scientific and Public Expertise, Moscow, Russia.

Abstract

Introduction. A key factor that substantially reduces life expectancy in Russia is high mortality at working ages. The main risk factors are behavioral: tobacco and alcohol consumption, low levels of physical activity and unhealthy diet. All these factors are amenable to modification. *The purpose of the study:* to conduct a comprehensive analysis of mortality trends in Russia and,

¹ Данные и код для репликации результатов доступны по ссылке: https://github.com/vadvu/pub_health_24

on this basis, to identify priority directions of demographic policy aimed at reducing mortality. *Materials and methods.* Mortality data were obtained from Rosstat, RosBRIIS and the Human Mortality Database. Classical demographic methods were applied: life tables, decomposition of differences in life expectancy, analysis of counterfactual trajectories of life expectancy dynamics using the Lee–Carter model, and estimation of years of life lost. *Results.* For both men and women, diseases of the circulatory system are the leading cause of premature mortality. Among men, external causes also remain an important cause of premature death. Neoplasms are another major cause of premature mortality for both sexes at ages over 40. In 2019, Russia lost a total of 42,597,000 years of life due to premature mortality, which indicates a substantial potential for reducing mortality at almost all ages. *Conclusion.* Key measures of medical and demographic policy aimed at reducing mortality should include a new anti-alcohol and anti-tobacco campaign, as well as other programs targeting reductions in mortality from external causes, modifying the system for evaluating government health policies, improving support for patients with chronic diseases, implementing preventive interventions, promoting healthy nutrition and physical activity in the population and strengthening vaccine prevention.

Keywords: mortality, premature mortality, life expectancy, alcohol consumption, tobacco smoking, demographic policy, prevention of noncommunicable diseases.

For citation: Ustyuzhanin V.V., Khaltourina D.A., Rybalchenko S.I., Korotayev A.V. Mortality in Russia: problems and ways forward. Public health. 2025; 5(4):7–26, DOI: 10.21045/2782-1676-2025-5-4-7-26

For correspondence: Andrey V. Korotayev, e-mail: akorotayev@gmail.com

Funding: the study had no sponsorship.

Conflict of interests: the authors declare that there is no conflict of interests.

Received: 28.07.2025. **Accepted:** 05.12.2025. **Published:** 17.12.2025.

Аннотации на испанском и французском языках приводятся в конце статьи

ВВЕДЕНИЕ

На протяжении 2000-х годов в России устойчиво снижалась смертность и росла рождаемость. К 2014–2015 годам рождаемость достигла максимального значения в абсолютных показателях — 1,94 млн. детей, а в 2019 г., когда темпы снижения смертности были одними из самых высоких в мире, ожидаемая продолжительность жизни (ОПЖ) обновила исторический максимум — 73,4 года. Пандемия COVID-19 обрушила ОПЖ до 70,1 года, что отбросило страну на 5 лет назад. К 2023 г. ОПЖ вернулась к допандемийному уровню, но потерянные темпы роста ставят под угрозу достижение ОПЖ 78 лет к 2030 г. Среди факторов, препятствующих достижению целевых показателей национального развития, разрыв в ОПЖ около 10 лет между мужчинами и женщинами (в среднем по миру — 5 лет) и по-прежнему высокая смертность от причин, связанных с употреблением алкоголя и табака, прежде всего среди трудоспособного мужского населения. Совокупность негативных тенденций в рождаемости и замедление прогресса в снижении смертности привели к возобновлению и росту естественной убыли населения в последние годы, то есть превышению числа смертей над числом рождений. Если ситуация сохранится, то до 2030 г. от естественной убыли страна потеряет более 6 млн. человек, которые не могут

быть замещены миграционным притоком. Совокупность факторов приведет к снижению численности населения, что противоречит базовому целевому показателю национального развития — устойчивому росту численности населения страны.

Фактор, существенно снижающий ОПЖ в России, — это высокая смертность в трудоспособном возрасте. По данным Росстата за 2019 г. [1], из 1,8 млн. умерших в этот год 21% составили граждане в трудоспособном возрасте. Из них 79% — мужчины. Ведущей причиной предотвратимой смертности мужского населения трудоспособного возраста являются сердечно-сосудистые заболевания. Основными факторами риска, увеличивающими риск преждевременной смерти в трудоспособном возрасте, являются поведенческие факторы риска: курение, употребление алкоголя, нерациональное питание, недостаточный уровень физической активности. Все эти факторы являются устранимыми, причем методами, не требующими высокотехнологичного и дорогостоящего оборудования.

Цель исследования: провести комплексный анализ динамики смертности в России и выделить на этой основе приоритетные направления медико-демографической политики по снижению преждевременной смертности. В отличие от существующих стратегических документов и обзоров, настоящая работа проводит количественный анализ динамики смертности и ОПЖ

в России в международном контексте с 2000 г. На основе этих результатов мы ранжируем известные и новые меры политики по их ожидаемому эффекту.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Основным источником данных по смертности в России в настоящем исследовании являются Росстат [1] и российская база данных по рождаемости и смертности (РосБРИС [2]). В свою очередь, в качестве источника данных по смертности зарубежных стран используется международная «база данных смертности» (*Human Mortality Database – HMD* [3]).

Для анализа последних тенденций в динамике смертности в России и сравнения с другими странами нами были использованы классические демографические методы: построение таблиц смертности, декомпозиция различий в ОПЖ², построение контрафактических траекторий динамики ОПЖ моделью Ли-Картера [5] и оценка потерянных лет жизни [6]. Все расчеты были сделаны на языке программирования R [7] с использованием публичного пакета для анализа демографических данных «*demog*» [8].

РЕЗУЛЬТАТЫ

С 1991 г. по начало XXI века демографическая ситуация в России ухудшалась год от года: росла смертность, падала ОПЖ, вернувшись на уровень середины 50-х годов прошлого века.

Однако, начиная с 2005 г., такой тренд удалось переломить и выйти на устойчивый рост ОПЖ (см. *рисунок 1*), достигнув наименьшей смертности за всю истории России.

Подобный «демографический разворот», когда после продолжительного ухудшения началось резкое и устойчивое увеличение продолжительности жизни (в среднем на 7% в год у мужчин и женщин с 2004 по 2019 гг.) и падение смертности во всех возрастах, беспрецедентен для истории России и мира по меньшей мере с 1960-х гг. Особенно это заметно при рассмотрении ОПЖ в процентах к 2000 г. в сравнении с другими странами, что представлено на *рисунке 2*. Видно, что России удалось за 20 лет добиться поразительного относительного прироста: ожидаемая продолжительность жизни женщин выросла почти на 10%, а мужчин — на 15%. В свою очередь, как другие экономически среднеразвитые (например, Латвия или Венгрия), так и высокоразвитые страны (например, Япония или Финляндия) показали рост за 20 лет на уровне 4–7%.

В абсолютных величинах ОПЖ мужчин выросла в России с 2000 по 2019 гг. на 9,6 лет, а у женщин — на 6,3 года. На *рисунках 3а* и *3б* представлены вклады разных возрастных групп и причин смерти в этот рост³. Для мужчин почти 80% роста ОПЖ объясняется снижением смертности от внешних причин (в 3,8 года) и сердечно-сосудистых заболеваний (3,81 года), которые значительно ассоциированы с потреблением алкоголя [9]. Действительно, многими исследованиями не раз было отмечено, что алкоголизация мужского населения является важной составляющей избыточной

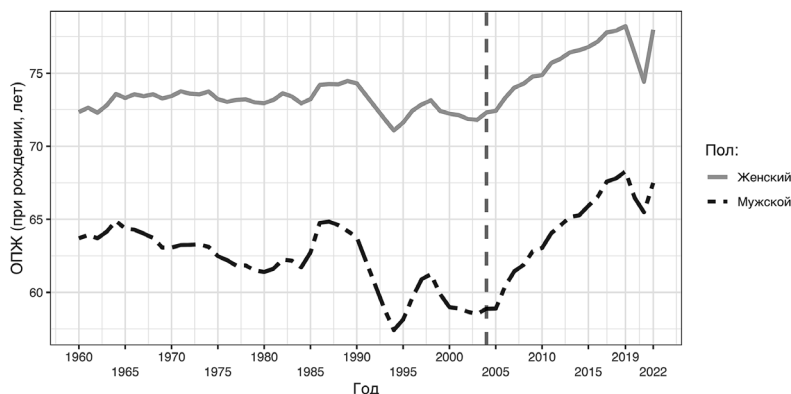


Рис. 1. ОПЖ при рождении мужчин и женщин (все население) в России, 1960–2022 гг.

Источник: составлено авторами по данным РосБРИС [2].

² Подробное описание этих методов может быть найдено, например, в [4].

³ Таким образом, представлена декомпозиция разницы в ОПЖ между 2019 и 2000 годом по возрасту и причинам смертности.

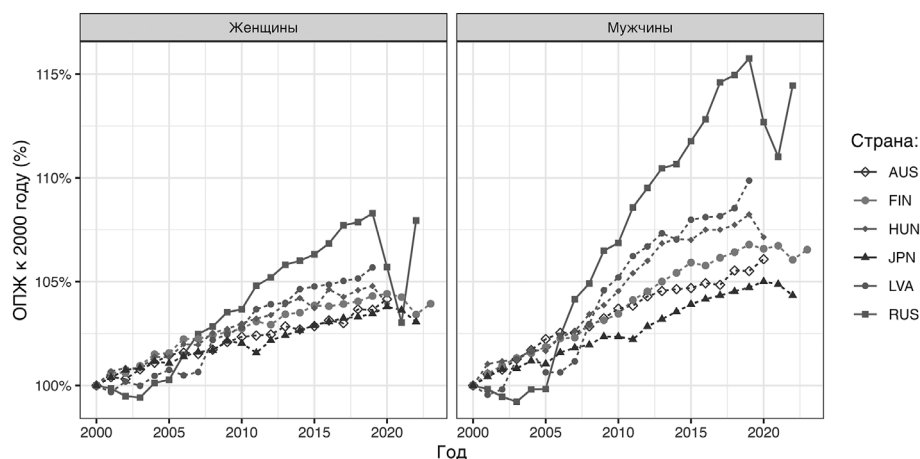


Рис. 2. ОПЖ при рождении мужчин и женщин (все население) в России и некоторых других экономически развивающихся и развитых странах к 2000 г. (в %), 2000–2022 гг.

Источник: для России — РосБРИС [2], для остальных стран — НМД [3].

Примечание: обозначение стран представлено в виде трехбуквенного кода iso3с.

смертности в России. Снижение ожидаемой продолжительности жизни и «резкие колебания показателей смертности взрослого населения страны с 1984 г. беспрецедентны для современных индустриально-развитых стран» [10, С. 2201] и в основном приходились именно на счет алкоголя [11–13]. Резкое снижение продолжительности жизни и сильно нарастающая смертность после 1991 г. (см. рисунок 1) также во многом носили «алкогольный» характер [12, 14–21]. Если, согласно оценкам экспертов ВОЗ, максимально допустимое потребление чистого алкоголя в год без существенных рисков для здоровья (как личного, так и общенационального) должно составлять не более 8 литров чистого спирта на душу [22, 23], то в России этот показатель в среднем в 2000 г. был 16 литров, а в 2019–10,5 литров, чего удалось достичь за счет начавшейся с 2006 г. достаточно эффективной антиалкогольной кампании [47] (см. рисунок 7 далее в работе).

При этом рост ОПЖ мужчин с 2000 по 2019 гг. объясняется повсеместным снижением смертности во всех возрастах, кроме подростковых, где смертность, как правило, самая низкая. Также заметен существенный прогресс в снижении младенческой смертности (Россия по этому показателю заняла позиции на уровне других развитых стран), за счет которой общая ОПЖ выросла на 1 год, что объясняется эффектом развития системы здравоохранения [24]. Безусловно, свой вклад внесло и снижение смертности от других классов причин смерти: например,

новообразования — 0,6 лет (в основном в старших возрастах от 40 до 70 лет) и болезни органов дыхания — 0,75 года (тоже в старших возрастах от 50 до 75 лет).

Для женского населения прирост в ОПЖ на 6,35 года с 2000 по 2019 гг. (см. рисунок 3б) в основном объясняется снижением смертности от болезней системы кровообращения (4,62 года или 73%), тогда как вклад внешних причин в рост ОПЖ, в сравнении с мужчинами, не такой заметный (только 1,23 года). Более того, рост во многом был обеспечен старшими возрастами (после 50 лет), тогда как в подростковых и «молодых» трудоспособных возрастах рост был крайне умеренным и в основном объяснялся снижением смертности от внешних причин. Конечно, также заметен существенный прогресс в снижении смертности в младенчестве, что, как уже было сказано, является прямым следствием развития системы здравоохранения.

Был достигнут заметный прогресс в снижении смертности в России.

На рисунке 4а представлена динамика ОПЖ мужчин и женщин в абсолютных величинах с 1960 г. Видно, что рассматриваемые нами страны (куда попали как средне-, так и высоко-развитые) начинали свой путь в 1960-е с приблизительно равного уровня продолжительности жизни, однако постепенно разрыв между Россией и развитыми странами увеличивался. Та же ситуация обстоит и с другими странами Восточного блока, однако в период после 1991 г. они смогли довольно быстро выйти на

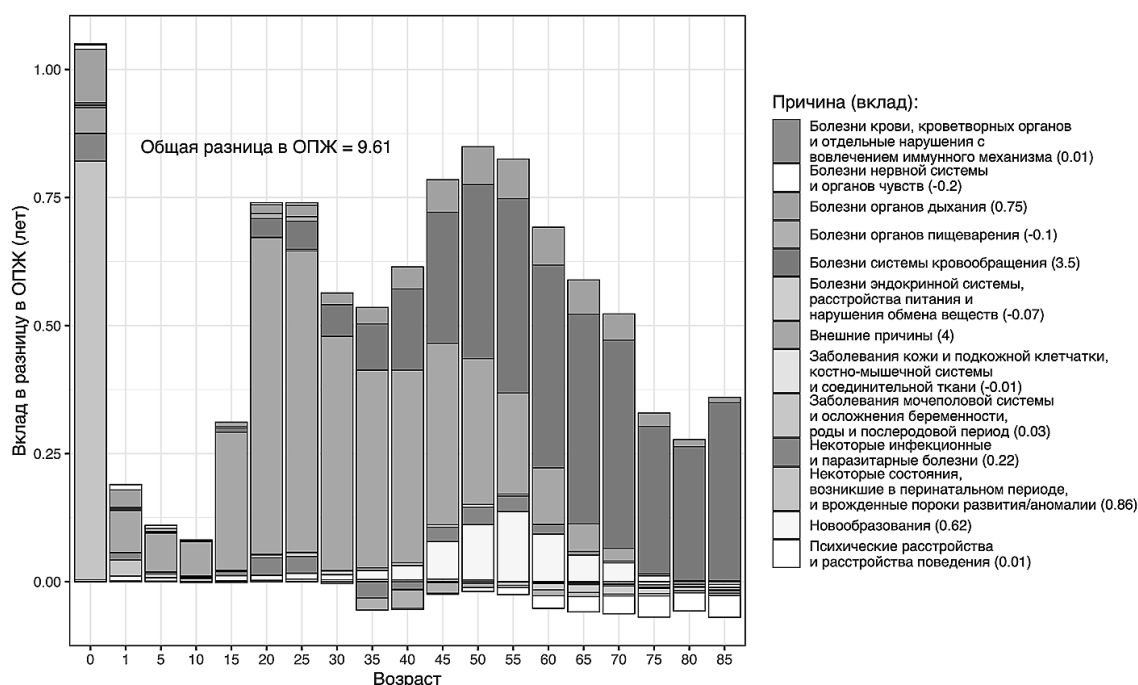


Рис. 3а. Декомпозиция разницы в ОПЖ мужчин между 2019 и 2000 гг. в России по возрасту и причинам смерти

Источник: для 2000 г. — HCD [25], для 2019 г. — Росстат [1].

Примечание: Причины агрегированы в классы по краткой номенклатуре 2010 г.

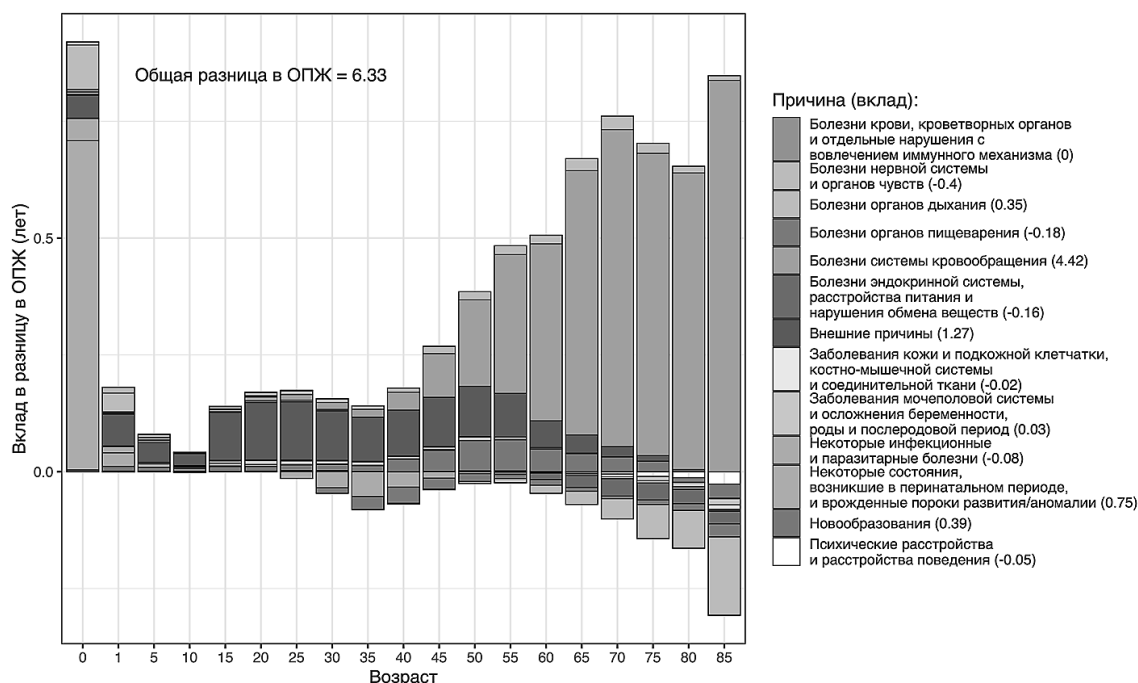


Рис. 3б. Декомпозиция разницы в ОПЖ женщин между 2019 и 2000 гг. в России по возрасту и причинам смерти

Источник: для 2000 г. — HCD [25], для 2019 г. — Росстат [1].

Примечание: Причины агрегированы в классы по краткой номенклатуре 2010 г.

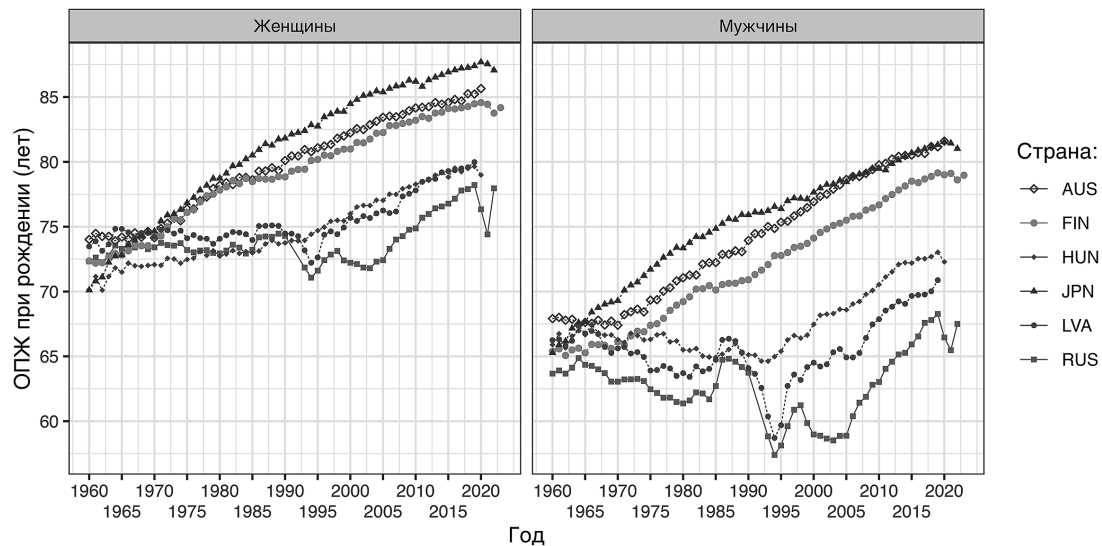


Рис. 4а. ОПЖ при рождении мужчин и женщин (все население) в России и некоторых других развивающихся и развитых странах, 2000–2022 гг.

Источник: для России — РосБРИС [2], для остальных стран — НМД [3].

Примечание: обозначение стран представлено в виде трехбуквенного кода iso3с.

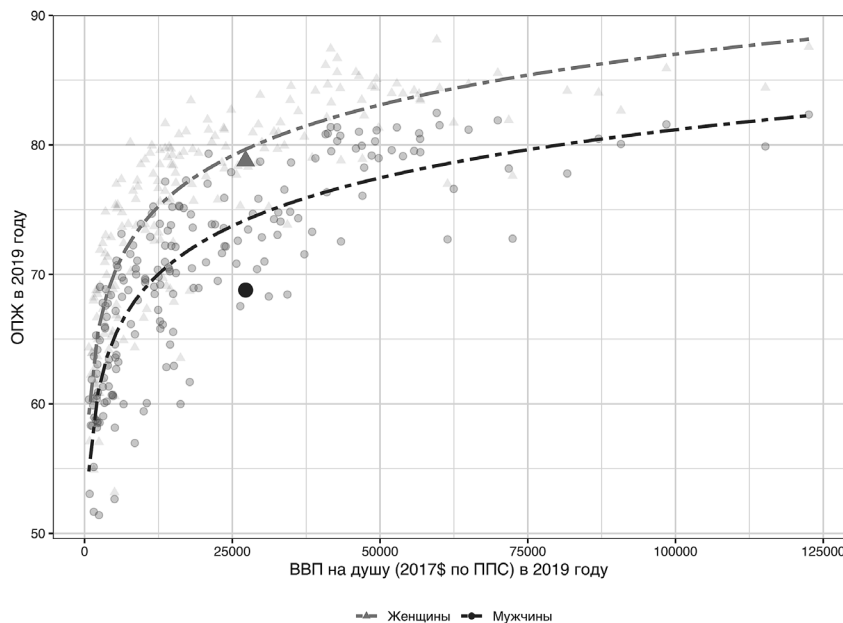


Рис. 4б. ОПЖ при рождении мужчин и женщин в России и других странах и подушевой ВВП, 2019 г.

Источник: по ОПЖ — WPP [28], по ВВП на душу — Всемирный Банк [29].

Примечание: данные по России выделены жирными точками; кривые Престона — пунктирные линии, оценённые в отдельности для мужчин и женщин методом наименьших квадратов.

устойчивый рост ОПЖ, тогда как Россия сделала это с большим запозданием только в начале XXI века. Таким образом, колоссальное увеличение ОПЖ последних лет в значительной степени носило восстановительный характер [26], что, тем не менее, не умаляет достигнутых результатов.

Также отставание России в прогрессе по снижению смертности можно заметить и на рисунке 4б с отображением подушевого ВВП (в долларах 2017 г. по ППС/\$) и ОПЖ мужчин и женщин

в 2019 г. с наложением кривых Престона [27], отражающих эмпирическую связь между благосостоянием и уровнем жизни почти во всех странах мира, включая Россию. Если точка находится выше кривой, то ОПЖ выше ожидаемой при данном уровне ВВП на душу и наоборот. Можно заметить, что точки, показывающие значения переменных для России, ниже кривых, то есть при данном уровне развития при прочих равных уровень смертности должен быть ниже. При этом если женщины находятся

лишь немногим ниже линии, то мужчины отстают очень сильно — такой уровень ОПЖ должен соответствовать уровню в 8000–9000 международных долларов, а не имеющимся в 2019 г. 26500 международных долларов.

Также важно сказать и про роль пандемии COVID-19: в 2021 г. Россия вернулась минимум на 5 лет назад в своем прогрессе по снижению смертности (см. рисунок 5): ОПЖ женщин в 2021 г. равнялась той же величине, что и в 2008 г., а ОПЖ мужчин — в 2014 г. И хотя такой большой отскок назад уже удалось преодолеть, выйдя на допандемийный уровень к 2023 г., важно отметить, что ОПЖ в России не вышел на тот уровень, который мог бы быть достигнут без пандемии при сохранении прежней динамики. Если в абсолютных величинах разница между 2021 и 2019 гг. для мужчин и женщин была 2,79 и 3,8 года соответственно, то при использовании контрафактических значений⁴ Россия потеряла намного больше: в среднем 3,81 (с доверительным интервалом от 2,78 до 4,82) и 4,51 (от 3,81 до 5,2) года у мужчин и женщин соответственно.

Как правильно заметили А.В. Щур с коллегами, «пандемия COVID-19 и, вероятно, последующие события ставят новые вызовы на пути

сохранения здоровья россиян» [30, С. 4–5]. Поэтому необходимо предпринять комплексные меры по дальнейшему снижению смертности, чтобы ускорить рост ОПЖ и приблизиться к показателям смертности населения других развитых стран. При этом наша страна еще только проходит второй эпидемиологический переход [31], когда наиболее актуальным остается снижение смертности от неинфекционных заболеваний. Следовательно, упор в медико-демографической политике стоит делать именно на эти причины смертности, а также ориентироваться на опыт тех стран, которые смогли эффективно улучшить ситуацию со смертностью от неинфекционных заболеваний.

На рисунке 6 представлен показатель «годы потерянной жизни» (*years of life lost* [6]), который является оценкой числа потерянных человеко-лет вследствие преждевременной смертности. Так, лидирующими причинами преждевременной смертности как у мужчин, так и у женщин являются болезни системы кровообращения, что в очередной раз напоминает о незавершенности в России «сердечно-сосудистой революции». Для мужчин также важной причиной преждевременной смертности остаются

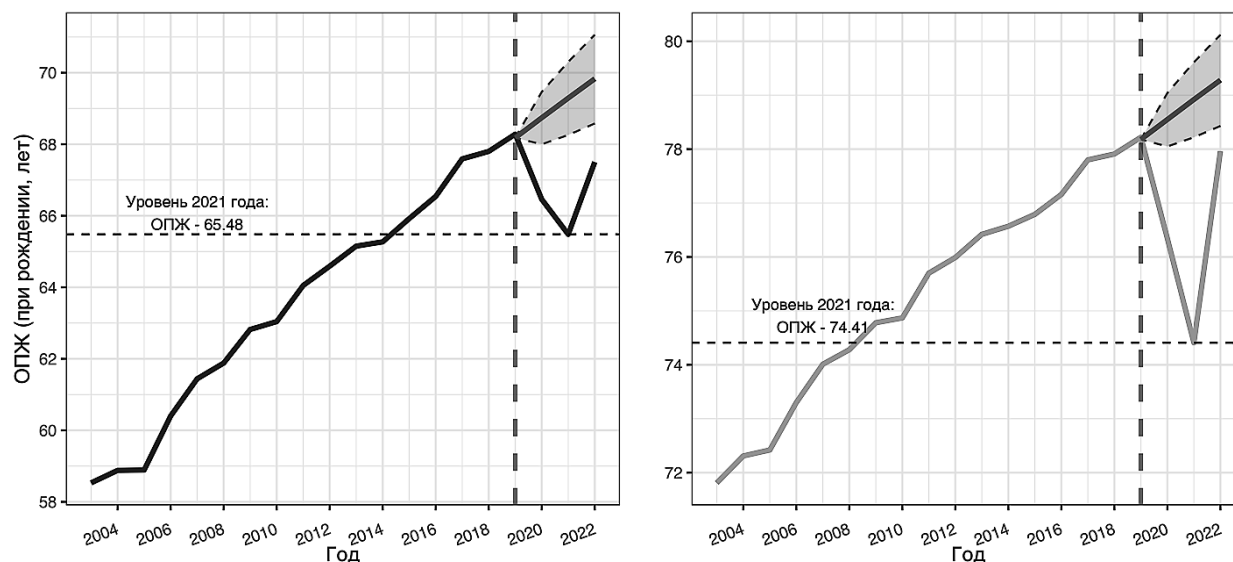


Рис. 5. ОПЖ мужчин (слева) и женщин (справа) в России (все население) с 2004 по 2022 гг. с реальными и контрафактическими значениями (после 2019 г.) с 95% доверительным интервалом

Источник: составлено авторами по данным РосБРИСа [2].

Примечание: контрафактические значения получены при помощи модели Ли-Картера [5] по данным с 2004 по 2019 гг.

⁴ Контрафактические значения — это те значения ОПЖ, которые были бы, если бы пандемии не случилось, и сохранился бы предыдущий тренд в росте ОПЖ. Другими словами, это наиболее вероятные значения продолжительности жизни без влияния пандемии.

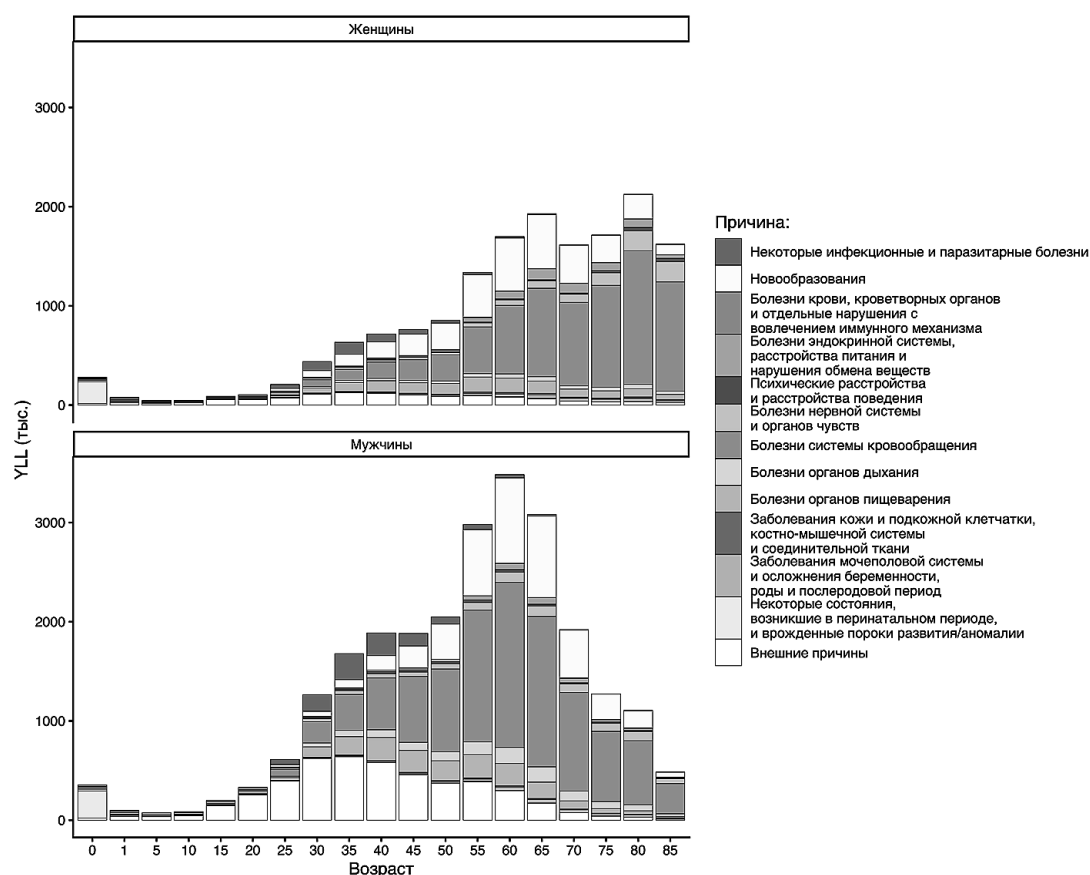


Рис. 6. Оценка потерянных лет жизни (YLL, в тыс.) в России для мужского и женского населения в 2019 г. по причинам смерти

Источник: составлено авторами по данным Росстата [1].

внешние причины (которые являются в высокой степени предотвратимыми, и чей вклад крайне велик в России), что, в первую очередь, ассоциировано с чрезмерным потреблением алкоголя. Наконец, третьей главной причиной преждевременной смертности для обоих полов в возрасте после сорока лет являются новообразования. Всего в 2019 г. Россия преждевременно потеряла 42 597 000 человеко-лет (25 650 000 – мужчины и 16 948 000 – женщины). Таким образом, в России сохраняется большой резерв для снижения смертности почти что во всех возрастах, включая младенческий, о чем говорят и другие исследователи [32].

ОБСУЖДЕНИЕ

В настоящем разделе будут предложены перспективные меры, разбитые на отдельные направления, по снижению смертности в России на среднесрочную перспективу, которые

позволят сохранить для России позитивный тренд в ОПЖ и приблизиться к уровню других развитых стран.

Антиалкогольная политика. Не раз было отмечено, что алкоголизация мужского населения является важной составляющей избыточной смертности в России. Если, согласно оценкам экспертов ВОЗ, максимально допустимое потребление чистого алкоголя в год без существенных рисков для здоровья (как личного, так и общенационального) должно составлять не более 8 литров чистого спирта на взрослых (лиц в возрасте 15 лет и старше) [22; 23], то в России этот показатель, по данным ВОЗ, был в среднем в 2000 г. 16 литров, а в 2019 г. – 10,5 литров, чего удалось достичь за счет эффективной антиалкогольной кампании и изменений в законодательстве, начиная с 2005 г. (см. рисунок 5). Однако уровень потребления алкоголя в России по-прежнему остается высоким на общемировом уровне и превышает 8 л на взрослых. При этом потери ожидаемой продолжительности

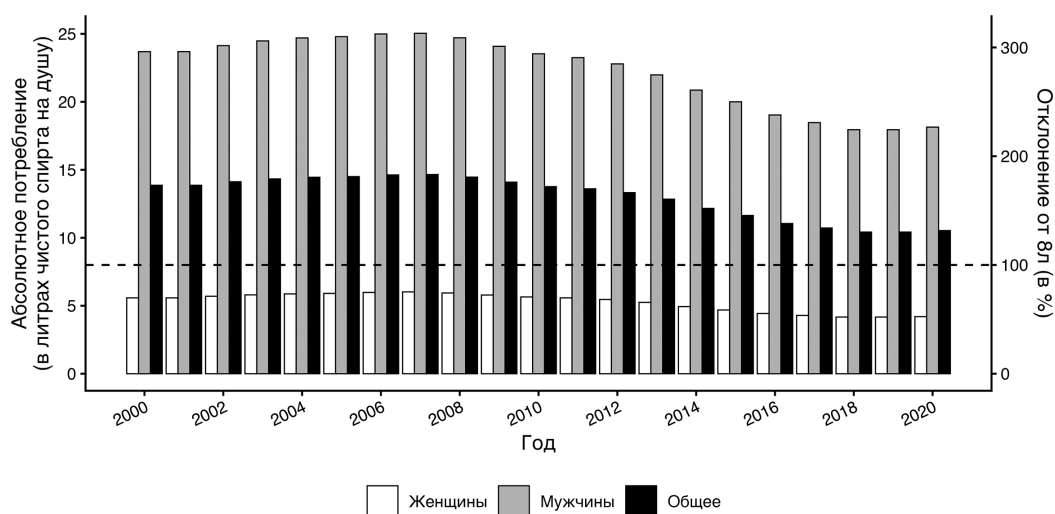


Рис. 7. Подушевое потребление чистого алкоголя (регистрируемого и нерегистрируемого) на душу по полу в России, 2000–2020 гг.

Источник: составлено авторами по WHO [34].

Примечание: правая ось отображает отклонение от референтного уровня в 8 л (=100%).

жизни в результате только непосредственно обусловленной алкоголем смертности (это лишь меньшая часть смертности, ассоциированной с потреблением алкоголя) составили в 2011–2021 гг. в среднем 0,58 года в год [33]. Все это свидетельствует о необходимости активизации антиалкогольной политики.

Главный ущерб общественному здоровью наносит в первую очередь крепкий алкоголь. Так, увеличение продаж водки на 1 литр на душу приводит к росту на 16% и почти на 18% смертности от отравлений для мужчин и женщин соответственно; при этом то же увеличение приводит к росту на 23% общей смертности от психозов; и на 5,3% и 3,7% к увеличению смертности от сердечно-сосудистых заболеваний для мужчин и женщин соответственно; к увеличению смертности на 10% и 3% от панкреатита для мужчин и женщин; на 5,5% и на 4% для мужчин и женщин соответственно увеличивает смертность от ишемической болезни сердца. В итоге от дополнительного литра водки на душу населения общий коэффициент смертности растет на 5,3% [9, 11, 35–40]. Также крепкий алкоголь является важным фактором роста убийств, самоубийств и смертей от несчастных случаев в России [9, 13, 39, 41, 42].

Таким образом, одним из приоритетных направлений в снижении смертности должна стать антиалкогольная политика. Успешная антиалкогольная кампания, включая изменения в законодательство, проводившаяся в несколько этапов, начиная с 2005 г., смогла значительно улучшить

демографическую динамику за счет сокращения доступности алкоголя, в первую очередь крепкого [43–47]. Однако, как было сказано, в настоящее время потребление чистого алкоголя на душу остаётся высоким по мировым меркам. Самыми экономически эффективными мерами являются повышение акцизов и постепенное увеличение минимальной стоимости крепкого алкоголя, сокращение физической доступности алкоголя, а также ужесточение мер, связанных с нетрезвым вождением [44, 48].

Важно отметить появляющиеся исследования, которые связывают риски инфекционных заболеваний — ВИЧ/СПИД, туберкулез — с потреблением алкоголя, который способствует ослаблению иммунитета и рискованному поведению [49–51], таким образом снижение потребления алкоголя будет способствовать профилактике ВИЧ, туберкулеза и ряда других инфекционных заболеваний.

Также важной проблемой остается потребление непитевального, суррогатного алкоголя, выступающего в качестве альтернативы легальному крепкому алкоголю. Порядка 7% мужского населения России могут потреблять непитевальный алкоголь, являющийся в силу своей чрезмерной крепости самым опасным алкогольным напитком [53–55]. В свою очередь, опрос жителей одного из районов Московской области в 2010 г. показал [56], что у почти 12% респондентов имеются знакомые, употребляющие «аптечные спиртовые настойки». При этом 3,5%

респондентов употребляли аптечные спиртосодержащие настойки сами, и еще 3,5% — спирт.

При этом в 2016–2017 гг. после массового отравления в Иркутске в декабре 2016 г. была проведена политика по ограничению доступности непитьевого алкоголя, что привело к росту до 1 года ОПЖ в России, а в некоторых регионах (Еврейская автономная область и Республика Тыва) рост доходил до 3 лет⁵. Однако эта антиалкогольная кампания, имев сильный мгновенный эффект, стала менее успешной со временем в силу отката положительного демографического эффекта. Это связано с тем, что до сих пор остаются доступными аптечные суррогатные напитки, которые в настоящее время вырвались в абсолютные лидеры на этом рынке [57]. Также свою роль сыграло неисполнение в некоторых регионах требований по минимальной цене на спиртосодержащие жидкости (цена может быть занижена в 2 раза).

Меры по снижению смертности в России были изложены в обзорах Всемирного банка [58], АНО «Институт научно-общественной экспертизы» [59] и ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России [60]. Рассмотрим набор таких мер опираясь на эти обзоры, в особенности на последний, от формирования здорового образа жизни до организации здравоохранения и профилактики несчастных случаев.

Начнем с того, что активизация и усиление антиалкогольной политики, продолжающей начинания предшествующих кампаний, позволит сократить смертность в России, прежде всего — среди трудоспособного мужского населения. Ключевые меры в рамках этого направления включают:

1. Ограничение на продажу аптечных жидкостей с содержанием этилового спирта выше 30% (включая спирт этиловый, зарегистрированный как лекарственное средство), приспособленных для перорального потребления, путем введения акциза для доведения их минимальной цены к установленной минимальной цене на водку. Также должны действовать запреты на время продажи, как и в случае с питьевыми алкогольными напитками. Такая мера позволит резко сократить потребление суррогатного алкоголя и снизить смертность среди тяжелых потребителей алкоголя. При этом отметим, что

должны быть сделаны исключения для части спиртосодержащих лекарственных средств, которые содержат большую долю этанола, но не потребляются в качестве алкогольной продукции в силу своих вкусовых свойств. Такой «белый» список следует разработать при принятии решения о реализации данной меры.

2. Дополнительные ограничения продаж алкогольной продукции с содержанием этанола более 15% в вечерние и ночные часы, например, до периода с 20:00 до 11:00 в будние дни и с 16:00 до 12:00 в выходные дни. Такая мера приведет к немедленному сокращению уровня смертности, преступности и травматизма.

3. Продажа алкогольной продукции с содержанием этанола более 15% только в специализированных отделах магазинов, изолированных от других отделов и желательного имеющих отдельный вход с улицы. Такая мера может способствовать сокращению потребления крепких напитков, ведь нередко люди спонтанно покупают алкоголь, зайдя за покупкой обычных продуктов.

4. Изменение структуры акцизов на алкогольную продукцию, когда цена зависела бы от крепости напитка. При этом предлагаемое изменение не должно приводить к снижению цены винных и пивных напитков. Например, предлагается установить опережающую индексацию акциза на крепкие напитки на уровне инфляции. При этом одномоментное увеличение акциза на крепкие напитки на 50% может спасти от 30 000 до 50 000 мужчин ежегодно или 1% молодых взрослых мужчин за 6 лет [61]. Это позволит сократить число насильственных смертей, травматизм, а также смертность от большого числа заболеваний.

5. Необходим обгоняющий рост фактической минимальной цены на алкогольные напитки с учетом крепости напитка.

6. Ограничение пространственной доступности алкоголя. К примеру, в скандинавских странах с государственной монополией одна точка продажи алкогольных напитков крепче пива приходится на 12–23 тыс. человек, а в России одна точка продажи алкогольной продукции приходится на 500–600 человек.

7. Пресечение любой онлайн-торговли алкогольными напитками.

8. Налаживание оперативного мониторинга алкогольной заболеваемости и последствий потребления алкоголя на региональном уровне.

9. Целесообразно рассмотреть вопрос постепенного внедрения государственной монопо-

⁵ При этом отметим, что вклад снижения потребления суррогатного алкоголя в этот рост посчитать довольно сложно.

лии на продажу крепкой алкогольной продукции⁶. Другие страны с северным типом потребления алкоголя (к которым относится и Россия), для которого характерно высокое потребление крепкого алкоголя, ввели государственную монополию на продажу алкоголя, что было признано ВОЗ одной из самых эффективных мер в борьбе с алкоголизацией населения и снижением избыточной смертности. Россия — единственная страна с северным типом потребления, которая еще этого не сделала. Можно предложить постепенный переход к государственной монополии на продажу (но не на производство) алкоголя. Начать стоит с крепкого алкоголя, являющегося главной причиной избыточной смертности мужчин трудоспособного возраста.

Анти табачная политика. По данным социологических исследований, распространенность курения, несмотря на снижение с 2008 г., по-прежнему остается в России высокой [62]. При этом смертность, ассоциированная с курением, в России в 2019 г. составила более 266 тыс. смертей, в том числе 226 тыс. среди мужчин и 40 тыс. среди женщин [63]. В 2017 г. различия в ожидаемой продолжительности жизни курильщиков по сравнению с никогда не курившими составили 5,3 года для мужчин и 5,2 года для женщин. Факт отказа от курения заметно (на 2,6 года для мужчин и на 3,2 года для женщин) продлевает жизнь бросивших курить [64].

Меры, показавшие наибольшую эффективность по сокращению потребления табака, во многом схожи с антиалкогольными мерами. Анти табачная политика России после присоединения к Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака и принятия эффективного анти табачного законодательства в 2013 г. признана экспертами как успешная, о чем свидетельствует постепенное снижение доли курящих в эти годы и сокращение ассоциированной с табаком смертности [65–67].

Тем не менее, остается значительный потенциал для внедрения последующих анти табачных мер, способствующих дальнейшему сокращению смертности и доли населения, употребляющего

табак. Ограничение ценовой доступности должно быть главным приоритетом новой анти табачной кампании [68] для сокращения как общего потребления, так и числа новых потребителей (большая часть заядлых курильщиков начинает потреблять табак в возрасте около 20 лет; повышение цен на табачную продукцию позволит сократить пристрастие молодежи к табаку в силу ее, как правило, относительно невысокого дохода). Основными направлениями в области ограничения потребления табака должны быть:

1. Планомерное повышение акцизов на табачную продукцию. В середине 2025 г. акцизный сбор для наиболее популярной категории сигарет в России составлял около 114 рублей (1,2 евро). Необходимо существенное повышение акцизов в течение ближайших лет сначала до минимального уровня ЕС (1,8 евро за пачку), а затем постепенно повышать и далее (к примеру, в настоящий момент средний акциз в ЕС составляет 4–5 евро за пачку сигарет). Значительное и быстрое повышение акцизов на табачную и иную никотинсодержащую продукцию позволит предотвратить до 100 тыс. смертей ежегодно и заметно увеличить поступления в бюджет в долгосрочной перспективе. Таким образом, такая стратегия позволит как сократить потребление табака и смертность от него, так и значительно увеличить поступления в бюджет.

2. Введение единой унифицированной упаковки для табачной продукции для всех брендов, что должно сократить пристрастие к определенным брендам, а также снизить риск начала курения из-за привлекательного дизайна упаковки.

3. Расширение охвата лечением никотиновой зависимости с созданием локального производства зарекомендовавших себя никотиновых пластырей [69], подавляющая часть которых в России импортная. При этом необходима бесплатная выдача никотиновых пластырей в организациях здравоохранения: социально-экономические выгоды от выхода человека из табачной зависимости в разы превышают лечение заядлого курильщика от ассоциированных заболеваний. Эта мера позволит в среднесрочной перспективе снизить нагрузку на систему здравоохранения, снизить смертность, уровень потребления табака, а также положительно отразится на экономической активности за счет создания новой отрасли по производству никотиновых пластырей.

Смертность от внешних причин. Смертность от внешних причин является важной составляющей общей смертности в России. Как

⁶ Отметим, что переход к монополии на розничную продажу алкоголя, при прочих равных, снижает равновесный объем продаж по сравнению с конкурентным рынком и повышает цену, создавая экономическую неэффективность. В контексте демографической политики и учета негативных внешних эффектов от потребления алкоголя такое сокращение объема и повышение цены относительно конкурентного уровня является инструментом ограничения доступности алкоголя и приближения потребления к общественно желаемому уровню.

было сказано, огромный вклад в смертность такого рода вносит высокое потребление алкоголя. Алкоголь значительно повышает риск насильственной смерти [41], а дополнительный литр потребления водки на душу ведет к росту насильственной смертности на 11,3% [9]. Также алкоголь является важнейшим фактором убийств и самоубийств в России [13], не говоря уже о повышенных рисках травм и смерти от несчастных случаев [42], что было подтверждено на примере России [9], где ключевым фактором является потребление крепкого алкоголя (водки), а не пива или вина. Так, увеличение продаж водки на 1 литр на душу ведет к повышению смертности от несчастных случаев для мужчин почти на 10%, а для женщин — на 7,5%. Однако, помимо сокращения потребления алкоголя, есть и другие меры, способствующие снижению смертности от внешних причин. Ключевыми шагами в этом направлении должны стать:

1. Требование к продаже только пожаробезопасных сигарет. Такая мера способна снизить на 19% смертность от пожаров и почти полностью сократить все пожары по причине табакокурения [70, 59].

2. Дальнейшее повышение величины штрафа за превышение скорости. Смертность от дорожно-транспортных происшествий является примером полностью предотвратимой смертности. В России в 2024 г. в ДТП погибло 14 404 человека [71], что сопоставимо с населением небольшого города. При этом хорошо себя показали меры по ограничению скоростного режима и введению штрафов за его превышение [72]. Таким образом, необходимо ужесточение наказаний за превышение скорости, в первую очередь, в городах. В настоящее время предельной скоростью является 60 км/ч по общему правилу, однако остается порог превышения в 20 км/ч, который не облагается штрафом. Таким образом, предельно допустимая скорость, не облагаемая штрафом в городах, составляет 80 км/ч. Этот порог должен быть снижен до 60 км/ч путем исключения нештрафуемого превышения в городах. Также важно увеличение штрафов за превышение скорости как минимум в 5 раз (в настоящее время превышение от 20 до 40 км/ч облагается штрафом в 500 рублей, что крайне мало) и рассмотрение возможности лишения водительских прав, обязательных работ либо конфискации автомобилей для злостных нарушителей, для которых размер штрафов не является критичным.

Вакцинопрофилактика. Всемирная организация здравоохранения заявила об окончании эпидемии COVID-19, однако необходимо дальнейшее стимулирование вакцинирования населения как от этой болезни, так и от других заболеваний [60].

1. Необходима вакцинация против вируса папилломы человека (ВПЧ). Онкогенными штаммами ВПЧ вызвано 4,5% случаев рака в мире, включая подавляющее большинство случаев рака шейки матки, а также случаи других видов рака [73]. Доказано, что вакцинация против ВПЧ эффективна против предраковых образований. Исследование в Швеции показало, что вакцинация против ВПЧ связана со снижением риска инвазивного рака шейки матки на 88% [74]. Как отмечают Заридзе Д. Г. с соавторами, «становится очевидной необходимость как можно более оперативного решения вопроса организации массовой ВПЧ-вакцинации подростков обоих полов в возрасте 9–14 лет и скрининга, основанного на ВПЧ ДНК-тестировании 2 раза в течение жизни, в 35 и 45 лет. Подобная мера позволит значительно снизить заболеваемость и смертность от рака шейки матки и других онкологических заболеваний, ассоциированных с вирусом папилломы человека» [75, С. 21]. Это же подтверждается и другими исследованиями [76]: снижение риска смерти может составить от 41% до 92% относительно тех женщин, которые не проходят скрининг. В общем, скрининг и вакцинация только в когорте женщин, рожденных в 2005–2014 гг. (около 8 млн), смогут сохранить порядка 100 тысяч жизней в мире [77].

2. Вакцинация от пневмококка. В старших возрастах наблюдается снижение эффективности иммунитета, в частности, сокращение пула наивных Т-клеток, что повышает риски тяжелого течения респираторных заболеваний. Вакцинация людей старших возрастов от пневмококка может снижать смертность этой группы от внебольничной пневмонии [78]. Кроме того, вакцинация от пневмококка ассоциирована со снижением на 22% смертности от всех причин среди пациентов с высоким риском развития сердечно-сосудистых заболеваний [79].

Профилактика заболеваемости. Профилактика и периодические скрининги здоровья позволяют предотвратить развитие многих заболеваний и, как следствие, сильно сократить смертность и нагрузку на систему здравоохранения. Многие граждане, особенно часто мужчины, «обследуются» на риски, связанные

с сердечно-сосудистыми заболеваниями, через скорую помощь, то есть в критической стадии [80], которую было бы экономически эффективнее предотвратить на стадии ранней диагностики, то есть профилактических осмотров (особенно учитывая то, что сердечно-сосудистые заболевания — главная причина смерти населения). То же верно и для большинства заболеваний, связанных с раком [63]. В связи с этим предлагается следующее:

1. Необходима постепенная систематическая замена гваяковой пробы на скрытую кровь иммунохимическим методом исследования во всей системе медицинской помощи. Снижение смертности от рака прямой кишки обеспечиваются иммунохимические анализы кала на скрытую кровь — на 59%, ректороманоскопия — на 33%, колоноскопия — на 61%, гваяковая проба на скрытую кровь — на 14% [81]. В настоящий момент в мире обсуждается переход с широко распространённой гваяковой пробы на скрытую кровь на более эффективные методы, включая иммунохимический тест кала [82].

2. Расширение генетического тестирования на носительство потенциально опасных аллелей до беременности может способствовать профилактике болезней, вызываемых генетическими мутациями, и является экономически эффективным [60].

3. Совершенствование системы скринингов населения для выявления, прежде всего, рисков сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний (особенно важно расширять скрининги колоректального рака и рака шейки матки) с созданием единой информационной системы для анализа результатов обследований и оценки эффективности, что позволит существенно снизить смертность [83].

Поддержка пациентов, инфицированных ВИЧ. Снизить уровень смертности от ВИЧ/СПИДа возможно благодаря массовому применению комбинации специальных, подавляющих активность ВИЧ, «антиретровирусных» препаратов по методике, называемой высокоактивной антиретровирусной терапией [52]. Это снижает как вероятность инфицирования, так и передачу заболевания от матери ребенку. В России необходима дальнейшая работа над расширением охвата АРВ терапией [60], а также использование пролонгированных форм и работа с группами риска.

Здоровое питание и ожирение. Важность здорового питания для сокращения заболеваемости и смертности подтверждена неоднократно

[84]. По оценкам Всемирной федерации ожирения [85] доля жителей России с индексом массы тела (ИМТ) более 25 превышает 60% с тенденцией к дальнейшему росту. Особое беспокойство вызывает распространение ожирения в России среди детей. Данные Европейской инициативы Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) по эпиднадзору за детским ожирением свидетельствуют о том, что в России 10% мальчиков и 7% девочек живут с ожирением, 27% мальчиков и 22% девочек живут с лишним весом. По итогам выборочного анкетирования школьников, которое было проведено в рамках федерального проекта «Укрепление общественного здоровья» национального проекта «Демография», избыточная масса тела выявлена у 18% опрошенных школьников, ожирение — у 8%. Детское ожирение является фактором развития хронических заболеваний, инвалидности во взрослом возрасте, преждевременной смерти⁷.

Ожирение повышает риски развития тяжелых хронических заболеваний, что приводит к снижению производительности труда и преждевременной смертности и влияет не только на показатели популяционного здоровья, но также является серьезнейшей экономической и социальной проблемой и ведет к значительным потерям в российской экономике. Высокий уровень распространенности заболевания, инвалидизация населения (от ожирения как такового, а также от сопутствующих заболеваний) требуют признания ожирения социально значимым заболеванием. В ближайшие 30 лет ожидается потеря почти 4% ВВП России по причинам, связанным с ожирением⁸.

В России остается значительный потенциал для улучшения демографического положения за счет активной политики государства в области продвижения здорового питания и наложения ограничений на нездоровые продукты [60]. Ключевые меры в этой области должны быть следующими:

1. Необходима эффективная графическая маркировка на передней стороне упаковки избыточной калорийности, сахара, соли и жиров,

⁷ Голикова Т. В России растет число детей с избыточной массой тела // Российская газета, 30.09.2021, URL: <https://rg.ru/2021/09/30/v-rossii-rastet-chislo-detej-s-izbytochnoj-massoj-tela.html>

⁸ ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» Минздрава России. «Круглый стол» по разработке лечебно-профилактических мер снижения бремени от ожирения и сахарного диабета 2 типа. 22 марта 2022 г. URL: <https://www.endocrincentr.ru/news/borba-s-ozhireniem-kak-fokus-razvitiya-nacionalnogo-zdravoohraneniya?ysclid=lkjelbqtif917894916>

указание калорийности блюд [60, 86, 87]. Необходимо введение дополнительных налогов на снеки с высоким содержанием сахара и соли (батончики, чипсы, сухарики) и повышение акцизов на сладкие напитки [88], что позволит снизить как пристрастие к нездоровому питанию в юном возрасте, так и заболеваемость, вызванную нездоровым питанием в будущем. Такое увеличение возможно за счет введения акциза либо постепенного роста НДС на нездоровые продукты питания (в том числе в ресторанах быстрого питания) и одновременного снижения НДС на здоровые продукты питания.

2. Необходимо снижение потребления соли за счет снижения ее содержания в продуктах питания. Избыточное потребление соли ведет к повышенному артериальному давлению, сердечно-сосудистым заболеваниям и раку желудка [89]. Должна быть введена маркировка высокого содержания соли на всех продуктах питания, а также целесообразно рассмотреть дополнительный налог на продукты, зависящий от превышения допустимого содержания соли.

3. Ограничение на рекламу продуктов питания с повышенным содержанием сахара, соли, насыщенных жиров по аналогии с алкогольной продукцией.

4. Меры по увеличению доступности диетологической помощи для населения; организация дистанционного наблюдения врачей-диетологов за пациентами.

Оценка эффективности мер по снижению смертности. В настоящее время в постановлении Правительства Российской Федерации № 58 от 28.01.2025⁹ определяется перечень ключевых показателей оценки результативности деятельности руководителей субъектов, куда в качестве демографического индикатора входит ожидаемая продолжительность жизни при рождении. Однако этот индикатор является довольно общим, агрегированным и не позволяет подробно оценить ситуацию со смертностью в регионе. При этом по нему нельзя в точности определить как положительную, так и негативную динамику в уровне

смертности, потому что важно рассматривать структуру смертности, ее отдельные компоненты по полу, возрасту и причинам смерти. Так, разрыв в ОПЖ мужчин и женщин в России остается одним из самых высоких в мире (около 10 лет, когда в мире в среднем — около 5 лет, в Швейцарии — 3,7 года в 2019 г.) даже с учетом того, что женщины во всем мире обгоняют мужчин по продолжительности жизни. Такой разрыв связан с повышенной смертностью среди мужчин относительно женщин, уже начиная с молодого возраста, что обусловлено курением, избыточным потреблением алкоголя и рискованным поведением. Таким образом, в свете описанных мер по снижению смертности наиболее важно контролировать именно мужскую смертность и ОПЖ мужчин. Также важно рассматривать коэффициенты смертности от разных классов причин в отдельности, а не общий коэффициент смертности всего населения, потому что для улучшения демографической динамики критичным является фокус на определенные классы причин смертности. Нельзя забывать и про роль возрастной структуры населения: смертность может расти даже при крайне успешной демографической политике просто вследствие старения населения. Следовательно, необходимо оценивать государственную политику по стандартизированным коэффициентам смертности, на которые не влияет возрастная структура населения и которые отражают реальные подвижки в сокращении смертности от разных причин. Кроме того, стандартизованные коэффициенты позволяют проводить более объективный сравнительный анализ субъектов России с разной возрастной структурой населения. Таким образом, предлагается изменить демографические показатели в оценке результативности деятельности руководителей субъектов и во всех национальных проектах:

1. Отойти от использования общей ОПЖ в пользу двух показателей — ОПЖ мужчин при рождении и ОПЖ женщин при рождении;

2. Включить в список стандартизованные коэффициенты смертности и их изменения год к году, как минимум, от болезней системы кровообращения и внешних причин.

Также необходим контроль за динамикой смертности от всех остальных классов причин смерти для предотвращения и выявления искажений и манипуляций при кодировании причин смерти.

⁹ Постановление Правительства Российской Федерации от 28 января 2025 г. № 58 «Об утверждении методик расчета показателей для оценки эффективности деятельности высших должностных лиц субъектов Российской Федерации и деятельности исполнительных органов субъектов Российской Федерации».

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В развитых странах Европы расходы на здравоохранение (совокупно государственные и частные) в 2022 г. составляют порядка 11% ВВП, тогда как в России в 2022 г. около 7% ВВП [90]. И хотя за последние 10 лет этот показатель вырос, все еще необходимо продолжать этот тренд с доведением рассматриваемого показателя не менее чем до 11%, чтобы сократить смертность, а также обеспечить успешное прохождение Россией «сердечно-сосудистой» революции. Это должно значительно повысить ОПЖ и ожидаемую продолжительность здоровой жизни за счет людей в возрасте от 30 лет. Увеличение затрат на здравоохранение — одна из самых проверенных и эффективных мер по улучшению демографической ситуации, показавшая себя во

всех странах, где бы она не была применена. При этом такая мера не является осуществимой только для богатых стран. Хороший пример — Куба, где ОПЖ находится на весьма высоком уровне, а подушевой ВВП — на уровне развивающихся стран.

Также есть ряд мер, которые способны довольно быстро и с меньшими затратами снизить смертность в России. Среди них ключевыми должны стать новая антиалкогольная и антитабачная кампании, а также некоторые другие мероприятия, направленные на снижение смертности от внешних причин, поддержка пациентов с хроническими заболеваниями, профилактические мероприятия, продвижение здорового питания и физической активности среди населения, вакцинопрофилактика и совершенствование структуры оценивания государственных мер в области охраны здоровья.

ЛИТЕРАТУРА

1. Росстат (2023) Витрина статистических данных. <https://showdata.gks.ru/finder/>.
2. РЭШ (2023) Российская база данных по рождаемости и смертности (РосБРИС). http://demogr.nes.ru/index.php/ru/demogr_indicat/data.
3. Max Planck Institute for Demographic Research, University of California, Berkeley, and French Institute for Demographic Studies (2023) Human Mortality Database (HMD). www.mortality.org.
4. Preston S.H., Heuveline P. and Guillot M. (2001) Demography: Measuring and modeling population processes. Oxford: Blackwell Publishers.
5. Lee R.D. and Carter L.R. (1992) Modeling and forecasting US mortality, Journal of the American statistical association, 87(419), p. 659–671. <https://doi.org/10.1080/01621459.1992.10475265>.
6. Martinez R. et al. (2019) Reflection on modern methods: years of life lost due to premature mortality — a versatile and comprehensive measure for monitoring non-communicable disease mortality, International journal of epidemiology, 48(4), p. 1367–1376. <https://doi.org/10.1093/ije/dyy254>.
7. R Core Team (2024) R Statistical language (4.5.1).
8. Ustyuzhanin V. (2025) demor: Basic functions for demographic analysis (1.0.6). <https://vadvu.github.io/demor/>.
9. Razvodovsky Y.E. (2015) The effect of beverage type on fatal accidents rate in Russia, Alcoholism and psychiatry research: Journal on psychiatric research and addictions, 51(1), p. 31–40.
10. Zaridze D. et al. (2009) Alcohol and cause-specific mortality in Russia: a retrospective case-control study of 48 557 adult deaths, The Lancet, 373(9682), p. 2201–2214.
11. Razvodovsky Y.E. (2010) Beverage specific alcohol sale and mortality in Russia, Alcoholism, 46(2), p. 63–75.
12. Немцов А.В. (2009) Алкогольная история России: Новейший период. Москва: Книжный дом «ЛИБРОКОМ».
13. Халтурина Д.А. и Коротаев А.В. (2010) Алкогольная катастрофа: как остановить вымирание России, in Алкогольная катастрофа и возможности государственной политики в преодолении алкогольной сверхсмертности в России / отв. ред Д.А. Халтурина, А.В. Коротаев. Москва: Ленанд/URSS, с. 5–58.
14. Avdeev A. et al. (1998) The reactions of a heterogeneous population to perturbation. An interpretative model of mortality trends in Russia, Population: An English Selection, p. 267–302.
15. Men T. et al. (2003) Russian mortality trends for 1991–2001: analysis by cause and region, Bmj, 327(7421), p. 964.
16. Notzon F.C. et al. (1998) Causes of declining life expectancy in Russia, Jama, 279(10), p. 793–800.
17. Shkolnikov V. et al. (1998) Causes of the Russian mortality crisis: evidence and interpretations, World development, 26(11), p. 1995–2011.
18. Shkolnikov V., McKee M. and Leon D.A. (2001) Changes in life expectancy in Russia in the mid-1990s, The Lancet, 357(9260), p. 917–921.
19. Shkolnikov V. et al. (2004) Mortality reversal in Russia: the story so far, Hygiea Internationalis, 4(1), p. 29–80.
20. Андреев Е.М. (2002) Возможные причины колебаний продолжительности жизни в России в 90-е годы, Вопросы статистики, 11, с. 3–15.
21. Озерова О.В. (2009) Алкоголизация и смертность в современной России, Телескоп: журнал социологических и маркетинговых исследований, (2), с. 39–42.
22. Mäkelä K. et al. (1981) Alcohol, Society, and the State. 1-a Comparative Study of Alcohol Control. Addiction Research Foundation, Toronto, Ontario, Canada.
23. WHO (2010) World health statistics 2010. World Health Organization.
24. Макаренцева А.О. (2023) Достижения перинатальной реформы и резервы дальнейшего сокращения младенческой смертности в России, Демографическое

- обозрение, 10(3), с. 62–81. <https://doi.org/10.17323/demreview.v10i3.17970>.
25. French Institute for Demographic Studies (France) and Max Planck Institute for Demographic Research (Germany) (2023) The Human Cause-of-Death Database (HCD). www.causeofdeath.org.
26. Вишневский А.Г., Щур А.Е. (2019) Смертность и продолжительность жизни в России за полвека. <https://doi.org/10.24411/2411-8621-2019-12003>.
27. Preston S.H. (1975) The Changing Relation between Mortality and level of Economic Development, *Population Studies*, 29(2), p. 231–248. <https://doi.org/10.1080/00324728.1975.10410201>.
28. United Nations (2024) World Population Prospects 2024. <https://population.un.org/wpp>.
29. The World Bank (2023) The World Bank databank: World Development Indicators. <https://databank.worldbank.org/> (Accessed: May 25, 2022).
30. Щур А.Е., Соколова В.В. и Тимонин С.А. (2023) Смертность трудоспособного населения России в начале XXI века: есть ли повод для оптимизма? Демографическое обозрение, 10(4), с. 4–51. <https://doi.org/10.17323/demreview.v10i4.18807>.
31. Вишневский А.Г. (2014) Смертность в России: несостоявшаяся вторая эпидемиологическая революция, Демографическое обозрение, 1(4), с. 5–40.
32. Колосницкая М.Г., Коссова Т.В. и Шелунцова М.А. (2019) Факторы роста ожидаемой продолжительности жизни: кластерный анализ по странам мира, Демографическое обозрение, 6(1), с. 124–150. <https://doi.org/10.17323/demreview.v6i1.9114>.
33. Замятина Е.С. (2022) Структура непосредственно обусловленной алкоголем смертности в России в 2011–2021 гг., Демографическое обозрение, 9(2), с. 102–118. <https://doi.org/10.17323/demreview.v9i2.16208>.
34. WHO (2023) Global Health Observatory indicators. <https://www.who.int/data/gho/data/indicators>.
35. Razvodovsky Y.E. (2010) Beverage-specific alcohol sale and cardiovascular mortality in Russia, *Journal of environmental and public health*, 2010.
36. Razvodovsky Y.E. (2011) Heart Disease Mortality in Russia, *Alcoholism*, 47, p. 75–90.
37. Razvodovsky Y.E. (2015) The Differential Effects of Beverage Type on Alcohol Poisoning Mortality in Russia, *Journal of Alcoholism & Drug Dependence* [Preprint].
38. Razvodovsky Y.E. (2015) The effect of beverage type on alcoholic psychoses rate in Russia, *Alcohol and alcoholism*, 50(2), p. 200–205.
39. Razvodovsky Y.E. (2009) Beverage-specific alcohol sale and suicide in Russia, *Crisis*, 30(4), p. 186–191.
40. Razvodovsky Y.E. (2014) Beverage Specific Effect of Alcohol on Pancreatitis Mortality in Russia, *Alcoholism and psychiatry research: Journal on psychiatric research and addictions*, 50(2), p. 111–121.
41. Немцов А.В. и Нечаев А.К. (1991) Потребление алкоголя и насильственные смерти, *Вопросы наркологии*, (1), с. 34–36.
42. Rehm J. and Hasan O.S. (2020) Is burden of disease differentially linked to spirits? A systematic scoping review and implications for alcohol policy, *Alcohol*, 82, p. 1–10.
43. Neufeld M. et al. (2020) Alcohol policy has saved lives in the Russian Federation, *International Journal of Drug Policy*, 80, p. 102636.
44. WHO (2019) Alcohol policy impact case study. The effects of alcohol control measures on mortality and life expectancy in the Russian Federation. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
45. Neufeld M. and Rehm J. (2018) Effectiveness of policy changes to reduce harm from unrecorded alcohol in Russia between 2005 and now, *International Journal of Drug Policy*, 51, p. 1–9.
46. Халтурина Д.А. (2006) Снижение производства алкоголя спасло жизни 66 тыс. россиян за первые 7 мес. 2006 г, *Наркология*, 5(12), с. 75–76.
47. Khaltourina D. and Korotayev A. (2015) Effects of specific alcohol control policy measures on alcohol-related mortality in Russia from 1998 to 2013, *Alcohol and Alcoholism*, 50(5), p. 588–601.
48. Babor T.F. and Babor T. (2010) Alcohol: no ordinary commodity: research and public policy. Oxford University Press.
49. Cooper M.L. (1992) Alcohol and increased behavior risk for AIDS, *Alcohol Research*, 16(1), p. 64.
50. Kalichman S.C. et al. (2007) Alcohol use and sexual risks for HIV/AIDS in sub-Saharan Africa: systematic review of empirical findings, *Prevention science*, 8, p. 141–151.
51. Shuper P.A. et al. (2010) Causal considerations on alcohol and HIV/AIDS — a systematic review, *Alcohol & Alcoholism*, 45(2), p. 159–166.
52. Покровский В.В., Ладная Н.Н. и Покровская А.В. (2017) ВИЧ/СПИД сокращает число россиян и продолжительность их жизни, Демографическое обозрение, 4(1), с. 65–82.
53. Leon D.A. et al. (2007) Hazardous alcohol drinking and premature mortality in Russia: a population based case-control study, *The Lancet*, 369(9578), p. 2001–2009.
54. Леон Д.А. с соавт. (2010) Непитьевой алкоголь в России: потребление и воздействие на здоровье. Что нам известно? в *Алкогольная катастрофа и возможности государственной политики в преодолении алкогольной сверхсмертности в России* / отв. Ред. Д.А. Халтурина, А.В. Коротаев. Москва: Ленанд/URSS, с. 152–171.
55. Tomkins S. et al. (2007) Prevalence and socio-economic distribution of hazardous patterns of alcohol drinking: study of alcohol consumption in men aged 25–54 years in Izhevsk, Russia, *Addiction*, 102(4), p. 544–553.
56. Холдин В.Н., Паронян И.Д. и Чумичева В.Б. (2014) О характере и масштабах рынка нелегального алкоголя в одном из районов Московской области (мнение населения района), (3), с. 47–67.
57. Gil A. et al. (2018) Availability of nonbeverage alcohols in 50 Russian cities in 2015–2017, *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 66, p. S356.
58. Маркес П.В. с соавт. (2006) Рано Умирать: Проблемы высокого уровня заболеваемости и преждевременной смертности от инфекционных заболеваний и травм в Российской Федерации и пути их решения. Москва: Всемирный банк/“Алекс”.
59. Архангельский В.Н. с соавт. (2013) Через 10 лет будет поздно. Демографическая политика Российской Федерации: вызовы и сценарии. Москва: Институт научно-общественной экспертизы.
60. Кобякова О.С. с соавт. (2021) Перспективные меры по снижению смертности в России: аналитический обзор, *Здравоохранение Российской Федерации*, 65(6), с. 573–580.
61. Yakovlev E. (2018) Demand for Alcohol Consumption in Russia and Its Implication for Mortality, *American Economic Journal: Applied Economics*, 10(1), p. 106–149. <https://doi.org/10.1257/app.20130170>.
62. ВЦИОМ (2022) Курение в России: мониторинг. <https://wciom.ru/analytical-reviews/analiticheskii-obzor/kureniv-rossii-monitoring-2022>.
63. Халтурина Д.А. и Зубкова Т.С. (2021) Вклад курения в смертность в России в 2019 году, Демографическое обозрение, 8(1), с. 81–105.

64. Кузнецова П.О. (2019) Курение как фактор сокращения ожидаемой продолжительности жизни в России, Демографическое обозрение, 6(3), с. 31–57.
65. Салагай О.О. с соавт. (2023) Анализ динамики распространённости табакокурения и заболеваемости злокачественными новообразованиями в Российской Федерации в 2011–2021 гг., Общественное здоровье, 3(3), с. 4–13. <https://doi.org/10.21045/2782-1676-2023-3-3-4-13>.
66. Gambaryan M. et al. (2018) Effects of tobacco control policy on cardiovascular morbidity and mortality in Russia, European Journal of Public Health, 28(suppl_2), p. 14–16. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cky148>.
67. Shkolnikov V.M. et al. (2020) Time trends in smoking in Russia in the light of recent tobacco control measures: synthesis of evidence from multiple sources, BMC Public Health, 20(1), p. 378. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-08464-4>.
68. The World Bank. (2018) Reducing Tobacco Use Through Taxation in the Russian Federation: A Modelled Assessment of Two Policy Options. World Bank.
69. Levy D.T. et al. (2018) Research full report: the impact of implementing tobacco control policies: the 2017 tobacco control policy scorecard, Journal of Public Health Management and Practice, 24(5), p. 448.
70. Yau R.K. and Marshall S.W. (2014) Association between fire-safe cigarette legislation and residential fire deaths in the United States, Injury epidemiology, 1, p. 1–6.
71. Баканов К.С. с соавт. (2025) Дорожно-транспортная аварийность в Российской Федерации за 2024 год. Москва: ФКУ «НЦ БДД МВД России».
72. Castillo-Manzano J.I. et al. (2019) The complex relationship between increases to speed limits and traffic fatalities: Evidence from a meta-analysis, Safety science, 111, p. 287–297.
73. De Martel C. et al. (2017) Worldwide burden of cancer attributable to HPV by site, country and HPV type, International journal of cancer, 141(4), p. 664–670.
74. Bogani G. et al. (2020) Assessing the long-term role of vaccination against hpv after loop electrosurgical excision procedure (Leep): A propensity-score matched comparison, Vaccines, 8(4), p. 717.
75. Заридзе Д.Г., Стилиди И.С. и Мукерия А.Ф. (2022) Научное обоснование эффективности первичной и вторичной (скрининга) профилактики рака шейки матки, Общественное здоровье, 2(4), с. 15–23. <https://doi.org/10.21045/2782-1676-2022-2-4-15-23>.
76. Jansen E.E. et al. (2020) Effect of organised cervical cancer screening on cervical cancer mortality in Europe: a systematic review, European Journal of Cancer, 127, p. 207–223.
77. Bonjour M. et al. (2021) Global estimates of expected and preventable cervical cancers among girls born between 2005 and 2014: a birth cohort analysis, The Lancet Public Health, 6(7), p. e510–e521. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(21\)00046-3](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(21)00046-3).
78. Baldo V. et al. (2016) Pneumococcal conjugated vaccine reduces the high mortality for community-acquired pneumonia in the elderly: an Italian regional experience, PLoS One, 11(11), p. e0166637.
79. Marques Antunes M. et al. (2021) Pneumococcal vaccination in adults at very high risk or with established cardiovascular disease: systematic review and meta-analysis, European Heart Journal-Quality of Care and Clinical Outcomes, 7(1), p. 97–106.
80. Демографическое Обозрение (2016) Как преодолеть отставание России по продолжительности жизни? Демографическое обозрение, 2(3), с. 154–201. <https://doi.org/10.17323/demreview.v2i3.1778>.
81. Zhang J. et al. (2017) Effectiveness of screening modalities in colorectal cancer: a network meta-analysis, Clinical colorectal cancer, 16(4), p. 252–263.
82. Danese E., Montagnana M. and Lippi G. (2020) Combining old and new strategies for colorectal cancer screening, Annals of Translational Medicine, 8(4).
83. Барчук А.А. с соавт. (2021) Скрининг онкологических заболеваний на уровне государственных программ: обзор, рекомендации и управление, Общественное здоровье, 1(1), с. 19–31. <https://doi.org/10.21045/2782-1676-2021-1-1-19-31>.
84. Mente A. et al. (2009) A systematic review of the evidence supporting a causal link between dietary factors and coronary heart disease, Archives of internal medicine, 169(7), p. 659–669.
85. Kontsevaya A. et al. (2019) Overweight and obesity in the Russian population: prevalence in adults and association with socioeconomic parameters and cardiovascular risk factors, Obesity facts, 12(1), p. 103–114.
86. Bleich S.N. et al. (2017) A systematic review of calorie labeling and modified calorie labeling interventions: impact on consumer and restaurant behavior, Obesity, 25(12), p. 2018–2044.
87. Sacco J. et al. (2017) The influence of menu labelling on food choices among children and adolescents: a systematic review of the literature, Perspectives in public health, 137(3), p. 173–181.
88. Gittelsohn J., Trude A.C.B. and Kim H. (2017) Pricing strategies to encourage availability, purchase, and consumption of healthy foods and beverages: a systematic review, Preventing chronic disease, 14.
89. Hyseni L. et al. (2017) Systematic review of dietary salt reduction policies: Evidence for an effectiveness hierarchy? PloS one, 12(5), p. e0177535.
90. World Bank. (2022). 2.12 World Development Indicators: Health systems. URL: <https://wdi.worldbank.org/table/2.12>

REFERENCES

1. Rosstat (2023) Statistical data showcase. <https://show-data.gks.ru/finder/>.
2. NES (2023) Russian database on fertility and mortality (RosBRIS). http://demogr.nes.ru/index.php/ru/demogr_indicat/data.
3. Max Planck Institute for Demographic Research, University of California, Berkeley, and French Institute for Demographic Studies (2023) Human Mortality Database (HMD). www.mortality.org.
4. Preston S.H., Heuveline P. and Guillot M. (2001) Demography: Measuring and modeling population processes. Oxford: Blackwell Publishers.
5. Lee R.D. and Carter L.R. (1992) Modeling and forecasting US mortality, Journal of the American statistical association, 87(419), p. 659–671. <https://doi.org/10.1080/01621459.1992.10475265>.
6. Martinez R. et al. (2019) Reflection on modern methods: years of life lost due to premature mortality – a versatile and comprehensive measure for monitoring non-communicable disease mortality, International journal of epidemiology, 48(4), p. 1367–1376. <https://doi.org/10.1093/ije/dyy254>.
7. R Core Team (2024) R Statistical language (4.5.1).
8. Ustyuzhanin V. (2025) demor: Basic functions for demographic analysis (1.0.6). <https://vadvu.github.io/demor/>.

9. Razvodovsky Y.E. (2015) The effect of beverage type on fatal accidents rate in Russia, *Alcoholism and psychiatry research: Journal on psychiatric research and addictions*, 51(1), p. 31–40.
10. Zaridze D. et al. (2009) Alcohol and cause-specific mortality in Russia: a retrospective case-control study of 48 557 adult deaths, *The Lancet*, 373(9682), p. 2201–2214.
11. Razvodovsky Y.E. (2010) Beverage specific alcohol sale and mortality in Russia, *Alcoholism*, 46(2), p. 63–75.
12. Nemtsov A.V. (2009) *Alcoholic history of Russia: The modern period*. Moscow: LIBROCOM Book House.
13. Khalturina D.A., Korotaev A.V. (2010) Alcohol catastrophe: how to stop the extinction of Russia, in *Alcohol catastrophe and the possibilities of state policy in overcoming alcohol supermortality in Russia* / ed. by D.A. Khalturina, A.V. Korotaev. Moscow: Lenand/URSS, p. 5–58.
14. Avdeev A. et al. (1998) The reactions of a heterogeneous population to perturbation. An interpretative model of mortality trends in Russia, *Population: An English Selection*, p. 267–302.
15. Men T. et al. (2003) Russian mortality trends for 1991–2001: analysis by cause and region, *Bmj*, 327(7421), p. 964.
16. Notzon F.C. et al. (1998) Causes of declining life expectancy in Russia, *Jama*, 279(10), p. 793–800.
17. Shkolnikov V. et al. (1998) Causes of the Russian mortality crisis: evidence and interpretations, *World development*, 26(11), p. 1995–2011.
18. Shkolnikov V., McKee M. and Leon D.A. (2001) Changes in life expectancy in Russia in the mid-1990s, *The Lancet*, 357(9260), p. 917–921.
19. Shkolnikov V. et al. (2004) Mortality reversal in Russia: the story so far, *Hygiea Internationalis*, 4(1), p. 29–80.
20. Andreev E.M. (2002) Possible causes of fluctuations in life expectancy in Russia in the 90s, *Questions of Statistics*, 11, p. 3–15.
21. Ozerova O.V. (2009) Alcoholism and mortality in modern Russia, *Telescope: Journal of Sociological and Marketing Research*, (2), p. 39–42.
22. Mäkelä K. et al. (1981) *Alcohol, Society, and the State. 1-a Comparative Study of Alcohol Control*. Addiction Research Foundation, Toronto, Ontario, Canada.
23. WHO (2010) *World health statistics 2010*. World Health Organization.
24. Makarentseva A.O. (2023) Achievements of perinatal reform and the potential for further reduction of infant mortality in Russia, *Demographic Review*, 10(3), p. 62–81. <https://doi.org/10.17323/demreview.v10i3.17970>.
25. French Institute for Demographic Studies (France) and Max Planck Institute for Demographic Research (Germany) (2023) *The Human Cause-of-Death Database (HCD)*. www.causeofdeath.org.
26. Vishnevskii A.G. and Shchur A.E. (2019) Mortality and life expectancy in Russia over half a century, *Demographic Review*. <https://doi.org/10.24411/2411-8621-2019-12003>.
27. Preston S.H. (1975) The Changing Relation between Mortality and level of Economic Development, *Population Studies*, 29(2), p. 231–248. <https://doi.org/10.1080/00324728.1975.10410201>.
28. United Nations (2024) *World Population Prospects 2024*. <https://population.un.org/wpp>.
29. The World Bank (2023) *The World Bank databank: World Development Indicators*. <https://databank.worldbank.org/> (Accessed: May 25, 2022).
30. Shchur A.E., Sokolova, V.V. and Timonin S.A. (2023). Midlife mortality in Russia at the beginning of the 21st century: is there any reason for optimism? *Demographic Review*, 10(4), p. 4–51. <https://doi.org/10.17323/demreview.v10i4.18807>.
31. Vishnevskii A.G. (2014) Mortality in Russia: the second epidemiologic revolution that never was, *Demographic Review*, 1(4), p. 5–40.
32. Kolosnitsyna M.G., Kossova T.V. and Sheluntsova M.A. (2019), Factors of the life expectancy increase: country-level cluster analysis, *Demographic Review*, 6(1), p. 124–150. <https://doi.org/10.17323/demreview.v6i1.9114>.
33. Zamyatnina E.S. (2022) The structure of directly related alcohol mortality in Russia from 2011 to 2021, *Demographic Review*, 9(2), p. 102–118. <https://doi.org/10.17323/demreview.v9i2.16208>.
34. WHO (2023) *Global Health Observatory indicators*. <https://www.who.int/data/gho/data/indicators>.
35. Razvodovsky Y.E. (2010) Beverage-specific alcohol sale and cardiovascular mortality in Russia, *Journal of environmental and public health*, 2010.
36. Razvodovsky Y.E. (2011) Heart Disease Mortality in Russia, *Alcoholism*, 47, p. 75–90.
37. Razvodovsky Y.E. (2015) The Differential Effects of Beverage Type on Alcohol Poisoning Mortality in Russia, *Journal of Alcoholism & Drug Dependence* [Preprint].
38. Razvodovsky Y.E. (2015) The effect of beverage type on alcoholic psychoses rate in Russia, *Alcohol and alcoholism*, 50(2), p. 200–205.
39. Razvodovsky Y.E. (2009) Beverage-specific alcohol sale and suicide in Russia, *Crisis*, 30(4), p. 186–191.
40. Razvodovsky Y.E. (2014) Beverage Specific Effect of Alcohol on Pancreatitis Mortality in Russia, *Alcoholism and psychiatry research: Journal on psychiatric research and addictions*, 50(2), p. 111–121.
41. Nemtsov A.V., Nechaev A.K. (1991) Alcohol consumption and violent deaths, *Issues of narcology*, (1), p. 34–36.
42. Rehm J. and Hasan O.S. (2020) Is burden of disease differentially linked to spirits? A systematic scoping review and implications for alcohol policy, *Alcohol*, 82, p. 1–10.
43. Neufeld M. et al. (2020) Alcohol policy has saved lives in the Russian Federation, *International Journal of Drug Policy*, 80, p. 102636.
44. WHO (2019) *Alcohol policy impact case study. The effects of alcohol control measures on mortality and life expectancy in the Russian Federation*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
45. Neufeld M. and Rehm J. (2018) Effectiveness of policy changes to reduce harm from unrecorded alcohol in Russia between 2005 and now, *International Journal of Drug Policy*, 51, p. 1–9.
46. Khalturina D.A. (2006) Reduction in alcohol production saved the lives of 66 thousand Russians in the first 7 months of 2006, *Narcology*, 5(12), p. 75–76.
47. Khalturina D. and Korotayev A. (2015) Effects of specific alcohol control policy measures on alcohol-related mortality in Russia from 1998 to 2013, *Alcohol and Alcoholism*, 50(5), p. 588–601.
48. Babor T.F. and Babor T. (2010) *Alcohol: no ordinary commodity: research and public policy*. Oxford University Press.
49. Cooper M.L. (1992) Alcohol and increased behavior risk for AIDS, *Alcohol Research*, 16(1), p. 64.
50. Kalichman S.C. et al. (2007) Alcohol use and sexual risks for HIV/AIDS in sub-Saharan Africa: systematic review of empirical findings, *Prevention science*, 8, p. 141–151.
51. Shuper P.A. et al. (2010) Causal considerations on alcohol and HIV/AIDS — a systematic review, *Alcohol & Alcoholism*, 45(2), p. 159–166.
52. Pokrovskiy V.V., Ladhaya N.N. and Pokrovskaya A.V. (2017) HIV/AIDS reduces the number of Russians and their life expectancy, *Demographic Review*, 4(1), p. 65–82.
53. Leon D.A. et al. (2007) Hazardous alcohol drinking and premature mortality in Russia: a population based case-control study, *The Lancet*, 369(9578), p. 2001–2009.
54. Leon D.A. et al. (2010) Non-drinking alcohol in Russia: consumption and health effects. What do we know? in *The alcohol catastrophe and the possibilities of state policy in overcoming alcohol over-mortality in Russia* / ed. by

- D.A. Khalturina, A.V. Korotaev. Moscow: Lenand/URSS, p. 152–171.
55. Tomkins S. et al. (2007) Prevalence and socio-economic distribution of hazardous patterns of alcohol drinking: study of alcohol consumption in men aged 25–54 years in Izhevsk, Russia, *Addiction*, 102(4), pp. 544–553.
56. Holdin V.N., Paronian I.D., Chumicheva V.B. (2014) On the nature and scale of the illegal alcohol market in one of the districts of the Moscow region (opinion of the population of the district), (3), pp. 47–67.
57. Gil A. et al. (2018) Availability of nonbeverage alcohols in 50 Russian cities in 2015–2017, *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 66, p. S356.
58. Marquez P.V. et al. (2006) Die Early: Problems of high morbidity and premature mortality from non-communicable diseases and injuries in the Russian Federation and ways to solve them. Moscow: The World Bank/Alex.
59. Arkhangelsky V.N. et al. (2013) In 10 years it will be too late. Demographic policy of the Russian Federation: challenges and scenarios. Moscow: Institute of Scientific and Public Expertise.
60. Kobyakova O.S. et al. (2021) Promising measures to reduce the mortality in Russia: an analytical review, *Health Care of the Russian Federation*, 65(6), p. 573–580.
61. Yakovlev E. (2018) Demand for Alcohol Consumption in Russia and Its Implication for Mortality, *American Economic Journal: Applied Economics*, 10(1), p. 106–149. <https://doi.org/10.1257/app.20130170>.
62. VTsIOM (2022) Smoking in Russia: monitoring. <https://wciom.ru/analytical-reviews/analiticheskii-obzor/kurenii-v-rossii-monitoring-2022>.
63. Khalturina D.A., Zubkova T.S. (2021) The contribution of smoking to mortality in Russia in 2019, *Demographic Review*, 8(1), p. 81–105.
64. Kuznetsova P.O. (2019) Smoking as a factor of reduced life expectancy in Russia, *Demographic Review*, 6(3), p. 31–57.
65. Salagay O.O. et al. (2023) Analysis of the dynamics of the prevalence of tobacco smoking and the incidence of malignant neoplasms in the Russian Federation in 2011–2021, *Public Health*, 3(3), p. 4–13. <https://doi.org/10.2104/5/2782-1676-2023-3-4-13>.
66. Gambaryan M. et al. (2018) Effects of tobacco control policy on cardiovascular morbidity and mortality in Russia, *European Journal of Public Health*, 28(suppl_2), p. 14–16. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cky148>.
67. Shkolnikov V.M. et al. (2020) Time trends in smoking in Russia in the light of recent tobacco control measures: synthesis of evidence from multiple sources, *BMC Public Health*, 20(1), p. 378. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-08464-4>.
68. The World Bank. (2018) Reducing Tobacco Use Through Taxation in the Russian Federation: A Modelled Assessment of Two Policy Options. World Bank.
69. Levy D.T. et al. (2018) Research full report: the impact of implementing tobacco control policies: the 2017 tobacco control policy scorecard, *Journal of Public Health Management and Practice*, 24(5), p. 448.
70. Yau R.K. and Marshall S.W. (2014) Association between fire-safe cigarette legislation and residential fire deaths in the United States, *Injury epidemiology*, 1, p. 1–6.
71. Bakanov K.S. et al. (2025) Road traffic accidents in the Russian Federation in 2024. Moscow: Federal State Institution "NC BDD of the Ministry of Internal Affairs of Russia".
72. Castillo-Manzano J.I. et al. (2019) The complex relationship between increases to speed limits and traffic fatalities: Evidence from a meta-analysis, *Safety science*, 111, p. 287–297.
73. De Martel C. et al. (2017) Worldwide burden of cancer attributable to HPV by site, country and HPV type, *International journal of cancer*, 141(4), p. 664–670.
74. Bogani G. et al. (2020) Assessing the long-term role of vaccination against hpv after loop electrosurgical excision procedure (Leep): A propensity-score matched comparison, *Vaccines*, 8(4), p. 717.
75. Zaridze D.G., Stilidi I.S. and Mukeriya A.F. (2022) Scientific evidence for the effectiveness of primary and secondary (screening) prevention of cervical cancer, *Public Health*, 2(4), p. 15–23. <https://doi.org/10.21045/2782-1676-2022-2-4-15-23>.
76. Jansen E.E. et al. (2020) Effect of organised cervical cancer screening on cervical cancer mortality in Europe: a systematic review, *European Journal of Cancer*, 127, p. 207–223.
77. Bonjour M. et al. (2021) Global estimates of expected and preventable cervical cancers among girls born between 2005 and 2014: a birth cohort analysis, *The Lancet Public Health*, 6(7), p. e510–e521. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(21\)00046-3](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(21)00046-3).
78. Baldo V. et al. (2016) Pneumococcal conjugated vaccine reduces the high mortality for community-acquired pneumonia in the elderly: an Italian regional experience, *PLoS One*, 11(11), p. e0166637.
79. Marques Antunes M. et al. (2021) Pneumococcal vaccination in adults at very high risk or with established cardiovascular disease: systematic review and meta-analysis, *European Heart Journal-Quality of Care and Clinical Outcomes*, 7(1), p. 97–106.
80. Demographic Review (2016) How to overcome Russia's lag in life expectancy? *Demographic Review*, 2(3), p. 154–201. <https://doi.org/10.17323/demreview.v2i3.1778>.
81. Zhang J. et al. (2017) Effectiveness of screening modalities in colorectal cancer: a network meta-analysis, *Clinical colorectal cancer*, 16(4), p. 252–263.
82. Danese E., Montagnana M. and Lippi G. (2020) Combining old and new strategies for colorectal cancer screening, *Annals of Translational Medicine*, 8(4).
83. Barchuk A.A. et al. (2021) Cancer screening at the level of state programs: review, recommendations and management. *Public Health*, 1(1), p. 19–31. <https://doi.org/10.21045/2782-1676-2021-1-1-19-31>.
84. Mente A. et al. (2009) A systematic review of the evidence supporting a causal link between dietary factors and coronary heart disease, *Archives of internal medicine*, 169(7), p. 659–669.
85. Kontsevaya A. et al. (2019) Overweight and obesity in the Russian population: prevalence in adults and association with socioeconomic parameters and cardiovascular risk factors, *Obesity facts*, 12(1), p. 103–114.
86. Bleich, S.N. et al. (2017) A systematic review of calorie labeling and modified calorie labeling interventions: impact on consumer and restaurant behavior, *Obesity*, 25(12), p. 2018–2044.
87. Sacco J. et al. (2017) The influence of menu labelling on food choices among children and adolescents: a systematic review of the literature, *Perspectives in public health*, 137(3), p. 173–181.
88. Gittelsohn J., Trude A.C.B. and Kim H. (2017) Pricing strategies to encourage availability, purchase, and consumption of healthy foods and beverages: a systematic review, *Preventing chronic disease*, 14.
89. Hyseni L. et al. (2017) Systematic review of dietary salt reduction policies: Evidence for an effectiveness hierarchy? *PLoS one*, 12(5), p. e0177535.
90. World Bank. (2022). 2.12 World Development Indicators: Health systems. URL: <https://wdi.worldbank.org/table/2.12>

ES

Mortalidad en Rusia: Planteamiento de los problemas y encaminamiento a soluciones.**V.V. Ustyuzhanin, D.A. Khalturina, S.I. Rybalchenko, A.V. Korotayev****Anotación**

Introducción. La alta mortalidad entre las personas en edad laboral reduce significativamente la esperanza de vida en Rusia. Los principales factores de riesgo son factores conductuales: tabaquismo, consumo de alcohol, baja actividad física y mala nutrición. Todos estos factores son modificables. *El objetivo del estudio* fue analizar exhaustivamente la dinámica de la mortalidad en Rusia y, con base en este análisis, identificar áreas prioritarias para las políticas médicas y demográficas con el fin de reducir la mortalidad prematura. *Materiales y métodos.* Los datos de mortalidad se recopilaron de Rosstat, RosBRIS y HMD. Se aplicaron métodos demográficos clásicos: construcción de tablas de vida, descomposición de la diferencia de esperanza de vida, construcción de trayectorias contrafactuales de esperanza de vida mediante el modelo de Lee-Carter y estimación de los años de vida perdidos. *Resultados.* Las principales causas de mortalidad prematura, tanto en hombres como en mujeres, son las enfermedades circulatorias. En los hombres, las causas externas también siguen siendo una causa importante de mortalidad prematura. Otra causa importante de mortalidad prematura en ambos sexos después de los 40 años son las neoplasias. En 2019, Rusia perdió 42,6 millones de años-persona de forma prematura, por lo que aún existe un potencial significativo de reducción de la mortalidad en casi todas las edades. *Conclusión.* Las medidas clave de la política médica y demográfica para la reducción de la mortalidad deberían incluir nuevas campañas contra el alcohol y el tabaco, así como otros programas destinados a reducir la mortalidad por causas externas, la vacunación, cambios en la estructura de evaluación de las medidas sanitarias gubernamentales, el apoyo a pacientes con enfermedades graves, medidas preventivas y la promoción de una alimentación saludable entre la población.

Palabras clave: mortalidad, mortalidad prematura, esperanza de vida, consumo de alcohol, tabaquismo, política demográfica, prevención de enfermedades no transmisibles.

FR

Mortalité en Russie: Problématique et solutions**V.V. Ustyuzhanin, D.A. Khalturina, S.I. Rybalchenko, A.V. Korotayev****Annotation**

Introduction. La forte mortalité chez les personnes en âge de travailler réduit considérablement l'espérance de vie en Russie. Les principaux facteurs de risque sont comportementaux: tabagisme, consommation d'alcool, sédentarité et mauvaise alimentation. Tous ces facteurs sont modifiables. *Objectif de l'étude:* était d'analyser de manière exhaustive la dynamique de la mortalité en Russie et, sur la base de cette analyse, d'identifier les domaines prioritaires des politiques médicales et démographiques pour réduire la mortalité prématurée. *Matériel et méthodes.* Les données de mortalité ont été collectées auprès de Rosstat, RosBRIS et HMD. Les méthodes démographiques classiques ont été appliquées: construction de tables de mortalité, décomposition des différences d'espérance de vie, construction de trajectoires contrefactuelles d'espérance de vie à l'aide du modèle de Lee-Carter et estimation des années de vie perdues. *Résultats.* Les principales causes de mortalité prématurée chez les hommes et les femmes sont les maladies cardiovasculaires. Chez les hommes, les causes externes demeurent également une cause importante de mortalité prématurée. Une autre cause importante de mortalité prématurée chez les deux sexes après 40 ans est le cancer. En 2019, la Russie a perdu 42,6 millions d'années de vie prématurées, ce qui indique un potentiel considérable de réduction de la mortalité à presque tous les âges. *Conclusion.* Les principales mesures de politique médicale et démographique pour réduire la mortalité devraient inclure de nouvelles campagnes de lutte contre l'alcoolisme et le tabagisme, ainsi que plusieurs autres programmes visant à réduire la mortalité due à des causes externes, la vaccination, une réforme du système d'évaluation des mesures de santé publique, le soutien aux patients atteints de maladies graves, des mesures préventives et la promotion d'une alimentation saine au sein de la population.

Mots clés: mortalité, mortalité prématurée, espérance de vie, consommation d'alcool, tabagisme, politique démographique, prévention des maladies non transmissibles.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ / ABOUT THE AUTHORS

Устюжанин Вадим Витальевич – младший научный сотрудник Центра изучения стабильности и рисков, ФГАОУ ВО «Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики», г. Москва, Россия.

Vadim V. Ustyuzhanin – Junior Researcher of the Center for stability and risk analysis, HSE University, Moscow, Russia.
E-mail: vvustuzhanin@hse.ru, ORCID: 0000-0003-3800-1108, SPIN-код: 1676-2661

Халтурина Дарья Андреевна – кандидат исторических наук, начальник Управления профилактики факторов риска и коммуникационных технологий в здравоохранении, ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва, Россия.

Daria A. Khaltourina – PhD in History sciences, Head of The Department of Risk Factor Prevention and Communication Technologies in Healthcare, Russian Research Institute of Health, Moscow, Russia.
E-mail: khaltourina@mednet.ru, ORCID: 0000-0002-1230-9385, SPIN-код: 7575-0934

Рыбальченко Сергей Игоревич – кандидат экономических наук, генеральный директор, АНО «Институт научно-общественной экспертизы»; председатель, Комиссия Общественной палаты РФ по демографии, защите семьи, детей и традиционных семейных ценностей, г. Москва, Россия.

Sergei I. Rybalchenko – PhD in Economic sciences, director general, Institute for Scientific and Public Expertise; Chairperson, Civic Chamber Commission on Demography and the Protection of Family, Children and Traditional Family Values, Moscow, Russia.
E-mail: srybal@yandex.ru, ORCID: 0000-0002-1230-9385

Коротаев Андрей Витальевич – доктор исторических наук, профессор, директор Центра изучения стабильности и рисков, ФГАОУ ВО «Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики», г. Москва, Россия.

Andrey V. Korotayev – Grand PhD in Historical sciences, Professor, Director of the Center for stability and risk analysis, HSE University, Moscow, Russia.
E-mail: akorotayev@gmail.com, ORCID: 0000-0003-3014-2037, SPIN-код: 9298-9020

ИСТОКИ, СТАНОВЛЕНИЕ, РАЗВИТИЕ И ДОСТИЖЕНИЯ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ПЕДИАТРИИ (ИСТОРИКО-МЕДИЦИНСКИЙ ОБЗОР: XVIII–XIX–XX ВВ.)

А.А. БАРАНОВ^{1,2}, С.А. ШЕР¹, В.Ю. АЛЬБИЦКИЙ¹,
Л.С. НАМАЗОВА-БАРАНОВА^{1,3}

¹ ФГБНУ «Российский научный центр хирургии имени академика Б.В. Петровского», г. Москва, Россия;

² ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова»

Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет), г. Москва, Россия;

³ ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва, Россия.

УДК 614.2:93

DOI: 10.21045/2782-1676-2025-5-4-27-44

Аннотация

Введение. В статье представлены результаты историко-медицинского исследования, посвященного изучению истоков отечественной научной и клинической педиатрии, ее становлению и развитию на протяжении XVIII–XIX–XX столетий. Актуальность проведенного исследования заключается в том, что оно позволяет извлечь из прошлого исторические уроки, которые можно использовать для реализации ряда современных медицинских, социальных и демографических вопросов, а предшествующий опыт и профессиональные знания выдающихся отечественных ученых-педиатров дают возможность осуществить прорыв по некоторым направлениям в системе охраны здоровья детей, планировать пути развития новых научных направлений педиатрии XXI столетия. **Цель исследования:** установить основные этапы развития педиатрии как научной и клинической дисциплины и врачебной специальности в России, определить роль государства в создании отечественной системы охраны здоровья детей, показать достижения в области педиатрии и значимость педиатрического образования. **Материалы и методы.** При изучении истоков отечественной педиатрии, ее становления и развития использовались такие методы исследования, как проблемно-хронологический, системно-генетический и метод сравнительного анализа. Для освещения проблемы были изучены главы монографий, статьи из научных журналов и сборников, основанные на архивных данных, и другие материалы. **Результаты.** Проведенный историко-медицинский обзор позволяет утверждать, что в XVIII столетии возникла острая потребность в оказании медицинской помощи детскому населению, однако педиатрия как самостоятельная медицинская дисциплина еще не существовала. Зарождение практической педиатрии в России связано с организацией Императорских воспитательных домов и открытием первых детских больниц. Благодаря организации Воспитательных домов в России была создана система медико-социального сопровождения детей и положено начало государственной системе детского здравоохранения нашей страны. На протяжении XIX–XX столетий в России происходило становление научной и клинической педиатрии и врачебной специальности. В Советском Союзе система охраны здоровья детей с приоритетной ролью государства, организацией педиатрических факультетов в медицинских вузах была признана ВОЗ в 1978 г. наиболее ребенок-ориентированной и доступной медико-санитарной помощью детскому населению и внесла весомый вклад в развитие мировой медицины. Чрезвычайно большое значение в развитии отечественной педиатрии имели съезды детских врачей как в Российской Империи, так и в Советском Союзе и постсоветской России. Они всегда определяли правильный вектор научных исследований, а работы практического здравоохранения способствовали повышению квалификации педиатров, улучшению качества медицинской помощи, снижению детской заболеваемости и смертности. **Заключение.** К концу XX в. отечественная педиатрия стала современной, эффективной, высокотехнологичной, узкоспециализированной отраслью клинической медицины. Российские ученые-педиатры, неоднократно совершавшие прорывные открытия мирового уровня, внесли значительный вклад в развитие педиатрии.

Ключевые слова: педиатрия, охрана здоровья детей, педиатрическая наука, детское здравоохранение, дети, история педиатрии.

Для цитирования: Баранов А.А., Шер С.А., Альбицкий В.Ю., Намазова-Баранова Л.С. Истоки, становление, развитие и достижения отечественной педиатрии (историко-медицинский обзор: XVIII–XIX–XX вв.). Общественное здоровье. 2025; 5(4):27–44, DOI: 10.21045/2782-1676-2025-5-4-27-44

Контактная информация: Шер Стелла Абелевна, e-mail: anastel@mail.ru

Финансирование: исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Статья поступила в редакцию: 07.08.2025. **Статья принята к печати:** 24.11.2025. **Дата публикации:** 17.12.2025.

UDC 614.2:93

DOI: 10.21045/2782-1676-2025-5-4-27-44

**THE ORIGINS, FORMATION, DEVELOPMENT AND ACHIEVEMENTS OF RUSSIAN PEDIATRICS
(HISTORICAL AND MEDICAL REVIEW: XVIII–XIX–XX CENTURIES)**

A.A. Baranov^{1,2}, S.A. Sher¹, V.Yu. Albitskiy¹, L.S. Namazova-Baranova^{1,3}

¹Russian Scientific Center of Surgery named after B.V. Petrovsky, Moscow, Russia;

²I.M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), Moscow, Russia;

³N.I. Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow, Russia.

Abstract

Introduction. The article presents the results of historical and medical research devoted to the study of the origins of Russian scientific and clinical pediatrics, its formation and development during the XVIII–XIX–XX centuries. The relevance of this study lies in the fact that it allows us to draw historical lessons from the past, which can be used to address a range of modern medical, social, and demographic issues. The previous experience and professional knowledge of prominent Russian pediatricians provide an opportunity to make breakthroughs in certain areas of child health care and plan the development of new scientific fields in XXI century pediatrics. **The purpose of the study** is to establish the main stages of the development of pediatrics as a scientific and clinical discipline and medical specialty in Russia, to determine the role of the state in creating a national system of child health protection, to show achievements in the field of pediatrics and the importance of pediatric education. **Materials and methods.** During studying the origins of Russian pediatrics, its formation, and development, the following research methods were used: problem-chronological, system-genetic, and comparative analysis. To highlight the problem, chapters of monographs, articles from scientific journals and collections based on archival data, and other materials were studied. **Results.** The conducted historical and medical review suggests that in the XVIII century there was an urgent need to provide medical care to the pediatric population, but pediatrics as an independent medical discipline did not yet exist. The origin of practical pediatrics in Russia is associated with the organization of Imperial orphanages and the opening of the first children's hospitals. Thanks to the organization of Foster homes in Russia, a system of medical and social support for children was created and the beginning of the state system of children's healthcare in our country was laid. During the 19th and 20th centuries, scientific and clinical pediatrics and a medical specialty developed in Russia. In the Soviet Union, the system of child health protection with the priority role of the state and the organization of pediatric faculties in medical universities was recognized by WHO in 1978. It has provided the most child-oriented and accessible health care to the children's population and has made a significant contribution to the development of world medicine. Congresses of pediatricians in the Russian Empire, as well as in the Soviet Union and post-Soviet Russia, were extremely important in the development of Russian pediatrics. They have always determined the right vector of scientific research and practical healthcare, contributed to improving the skills of pediatricians, improving the quality of medical care, and reducing child morbidity and mortality. **Conclusion.** By the end of the twentieth century, national pediatrics had become a modern, efficient, high-tech, highly specialized branch of clinical medicine. Russian pediatricians, who have repeatedly made world-class breakthrough discoveries, have made a significant contribution to the development of pediatrics.

Keywords: pediatrics, child health, pediatric science, children's healthcare, children, history of pediatrics.

For citation: Baranov A.A., Sher S.A., Albitskiy V.Yu., Namazova-Baranova L.S. The origins, formation, development and achievements of russian pediatrics (historical and medical review: XVIII–XIX–XX centuries). Public health. 2025; 5(4):27–44, DOI: 10.21045/2782-1676-2025-5-4-27-44

For correspondence: Stella A. Sher, e-mail: anastel@mail.ru

Funding: the study had no sponsorship.

Conflict of interests: the authors declare that there is no conflict of interests.

Received: 07.08.2025. **Accepted:** 24.11.2025. **Published:** 17.12.2025.

Аннотации на испанском и французском языках приводятся в конце статьи

ВВЕДЕНИЕ

Сохранение здоровья детского населения Российской Федерации и улучшение его показателей признается приоритетным направлением социальной и демографической политики государства, одной из его ключевых задач. В связи с этим весьма актуальным является историко-медицинское исследование истоков отечественной научной и клинической педиатрии, ее становления и развития на протяжении XVIII–XIX–XX столетий, а также

определение роли педиатрического образования, поскольку совершенствование педиатрической службы есть залог сохранения здоровья нации и ее трудового потенциала. Актуальность проведенного исследования позволяет извлечь из прошлого исторические уроки, которые можно использовать для реализации ряда современных медицинских, социальных и демографических вопросов, а предшествующий опыт и профессиональные знания выдающихся отечественных ученых-педиатров дают возможность осуществить прорыв по

некоторым направлениям в системе охраны здоровья детей, планировать пути развития новых научных направлений педиатрии XXI столетия.

Цель исследования: установить основные этапы развития педиатрии как научной и клинической дисциплины и врачебной специальности в России, определить роль государства в создании отечественной системы охраны здоровья детей, показать достижения в области педиатрии и значимость педиатрического образования.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

При изучении истоков отечественной педиатрии, ее становления и развития использовались проблемно-хронологический, системно-генетический и метод сравнительного анализа.

Источники исследования. Для освещения проблемы были изучены главы монографий, статьи из научных журналов и сборников, основанные на архивных данных, и другие материалы.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Истоки отечественной педиатрии. Проведенное исследование свидетельствует о том, что становление педиатрии как научной и клинической дисциплины и врачебной специальности происходило в России на протяжении XIX–XX вв. Однако предпосылки для ее возникновения относятся к XVIII столетию и связаны с именем российского царя-реформатора Петра I, когда началось зарождение российской науки. Идея создания научного заведения в Российской империи принадлежит Петру I. После посещения Французской академии в 1718 г. и знакомства с ее деятельностью император принял решение о необходимости организации в России академии наук. В 1724 г. Петр I подписал указ о создании Петербургской академии наук, однако ее официальное открытие состоялось 27 декабря 1725 г. уже после смерти императора. Создание Академии наук было крупным событием в общественно-культурной жизни России. В стране впервые возник научный центр, имевший достаточно оснащенную базу для исследования в различных областях знаний. При академии был открыт Академический университет – первое высшее научное учреждение в Российской империи для подготовки научных кадров. Преподавали в нем приглашенные из Германии

профессора, которые читали лекции на немецком и латинском языках. В университет переводили лучших учащихся из Славяно-греко-латинской академии и других духовных учебных заведений. Так туда попал Михаил Ломоносов – первый великий русский учёный-естествоиспытатель, ставший символом беззаветного служения науке [1].

В 1754 г. М.В. Ломоносов представил разработанный им проект университета и призвал открыть его не в Петербурге, а в Москве, куда было проще добираться студентам из других городов России. Проект М.В. Ломоносова доработал русский государственный деятель и меценат Иван Шувалов, и 25 января 1755 г. в День святой Татьяны по православному календарю императрица Елизавета Петровна подписала указ об основании Московского университета (сегодня МГУ имени М.В. Ломоносова) [1, 2]. М.В. Ломоносов добился, чтобы преподавание велось на русском языке, а среди студентов были представители всех сословий. Первые студенческие занятия в Московском университете начались в мае 1755 г. В университете создали три факультета – философский, медицинский и юридический. Московский университет стал крупным центром развития медицинской науки и образования. В 1791 г. Московский университет получил право присваивать степень доктора медицины [2]. 29 декабря 1798 г. император Павел I подписал указ об основании Военно-медицинской академии в Санкт-Петербурге в целях обучения военных врачей [3]. Так, во второй половине в XVIII в. в России началась подготовка отечественных врачей, и в отличие от схоластического, книжно-словесного обучения будущих докторов медицины на медицинских факультетах западноевропейских университетов, преподавание в госпитальных школах России носило практически-демонстрационный характер, обучение будущих врачей строилось на основе практических навыков [4].

В XVIII в. в связи с чрезвычайно высокой смертностью грудных детей, из которых до года не доживал каждый третий ребенок, сбережение жизни младенцев становилось заметной социальной проблемой, на которую пристальное внимание обращали общественные деятели и преподаватели медицины. Гениальный учёный М.В. Ломоносов, которому были близки вопросы медицины, в своём знаменитом письме графу И.И. Шувалову «О размножении и сохранении российского народа» (1761 г.) предлагал с целью борьбы с младенческой смертностью

создать воспитательные дома для незаконно-рожденных младенцев, организовать мероприятия по снижению болезней новорожденных, запретить крестить детей в холодной воде, широко распространять специальную литературу для повивальных бабок. Первый русский профессор медицины Московского университета С.Г. Зыбелин в своем трактате «Слово о способе, как предупредить можно немаловажную между прочими медленного умножения народа причину, состоящую в неприличной пище, младенцам даваемой в первые месяцы их жизни» (1780 г.) поднял проблему правильного вскармливания для предупреждения младенческой смертности. Первый русский учёный-акушер Н.М. Максимович-Амбодик в своем руководстве «Искусство повивания или наука о бабичьем деле» (1784 г.) большой раздел посвятил болезням новорожденных, уходу за младенцами, значимости грудного вскармливания [5].

Однако в XVIII в. педиатрия как отдельная медицинская наука или самостоятельная дисциплина ещё не существовала и не преподавалась. В тот период происходило «накопление и осмысление эмпирических данных о лечении и профилактике детских болезней в рамках других медицинских дисциплин: повивального искусства, патологии, терапии и хирургии. Ученых, посвятивших себя полностью педиатрии, не было». Вместе с тем вышеупомянутые «доктора С.Г. Зыбелин, Н.М. Максимович-Амбодик и другие в своей многогранной научной и практической деятельности уделяли большое внимание педиатрии» [6].

Зарождение практической педиатрии в России связано с организацией Императорских воспитательных домов и открытием первых детских больниц. Подписание 1 сентября 1763 г. императрицей Екатериной II Манифеста об учреждении в Москве Императорского Воспитательного дома с госпиталем, инициатором создания которого являлся крупный государственный деятель И.И. Бецкой, стало важнейшим медико-социальным событием в истории России. В здании Московского воспитательного дома до сих пор располагаются Президиум отделения медицинских наук РАН, Федеральный исследовательский центр питания, биотехнологии и безопасности пищи; до 2018 г. большую часть комплекса занимала Военная академия Ракетных войск стратегического назначения имени Петра Великого (в настоящее время эта часть закрыта на ремонт). Открытые в Москве и затем в Петербурге в 1770 г. Императорские воспитательные

дома, объявленные государственными учреждениями, были предназначены «для сохранения жизни и воспитания в пользу общества в бедности рожденных младенцев», значительная часть которых являлись тяжелобольными или недоношенными и нуждались в срочной медицинской помощи. Создание в Императорском Московском воспитательном доме Грудных отделений, представлявших собой стационары-лазареты для здоровых и больных младенцев, открытие Окружной больницы, задуманной первоначально для изоляции и лечения питомцев с инфекционными заболеваниями, и ставшей в дальнейшем многопрофильным госпиталем, по праву можно считать первой специализированной структурой, положившей начало **государственной системе детского здравоохранения нашей страны.** Благодаря организации Воспитательных домов в России была создана **система медико-социального сопровождения детей,** находящихся в опасном для жизни положении (незаконнорожденные, сироты), то есть тех, **кого сегодня принято называть детьми в трудной жизненной ситуации.** Работавшие в Воспитательных домах доктора приходили для ежедневного осмотра больных детей в течение многих лет, поэтому в отличие от коллег, трудившихся в стационарах для взрослых пациентов, эмпирически формировались как врачи-педиатры [7].

Становление отечественной педиатрии в XIX столетии. Педиатрическая практика стала повседневной с открытием трех детских больниц. Первая из них была построена в Петербурге в 1834 г., став после Парижской второй в Европе **специально спроектированным детским стационаром.** Причем если в Париже это был лишь детский корпус в составе многопрофильного госпиталя для взрослых, то в северной столице России была построена именно самостоятельная детская больница. Через 8 лет распахнула двери детская больница в Москве (ныне знаменитая Филатовская), а затем в 1844 г. еще одна в Петербурге – Елизаветинская – **первый в мире стационар для детей раннего возраста.**

Таким образом, **воспитательные дома и первые детские больницы стали своего рода кузницей первых детских врачей и доказали необходимость преподавания детских болезней. В данных учреждениях было разработано и внедрено значительное число эффективных организационных и лечебно-профилактических технологий по оказанию педиатрической помощи** [8].

Кроме того, в детских клиниках Московского Императорского воспитательного дома

практически с самого их учреждения проводилась научная работа в области педиатрии. Силами главных врачей и других сотрудников этого учреждения были **научно обоснованы противоэпидемические мероприятия** во время вспышек особо опасных инфекций (оспы, чумы, холеры), бушевавших в те столетия в Москве, благодаря чему сохранены жизни воспитанников и работников; **стали публиковаться отчеты о заболеваемости и смертности пациентов**, методах лечения и их эффективности; **издаваться популяризирующие идею тотальной вакцинации** книги для населения. Кроме того, проводились серьезные **научные исследования по поиску новых заменителей грудного молока**, в том числе аналогов современных молочных смесей.

Исключительно важную роль в формировании клинической педиатрии в России сыграл заведующий кафедрой акушерства, женских и детских болезней Петербургской Медико-хирургической академии С.Ф. Хотовицкий, выделивший в 1842 г. в клинике акушерства и гинекологии треть коек для детей до трех лет. Выдающимся событием в формировании научной педиатрии стало издание С.Ф. Хотовицким в 1847 г. первого отечественного руководства по педиатрии «Педиятрика». В противоположность существовавшему в те годы мнению, в руководстве указывалось, что ребенок не взрослый в миниатюре; что развитие органов ребенка отличается рядом особенностей как в период здоровья, так и во время болезни; что в процессе развития детский организм претерпевает не только количественные, но и качественные изменения. Первый великий русский педиатр дал исчерпывающее определение педиатрии: «Педиятрика есть наука об отличительных особенностях, отправлениях и болезнях детского организма и основанном на тех особенностях сохранении здоровья, и лечении болезней у детей». Таким образом, был выдвинут важнейший и до настоящего времени постулат о том, что предмет педиатрии не только больной, но и здоровый ребенок, а ее объект – в равной степени сохранение здоровья и лечение болезни [8, 9].

В начале XIX в. в России при императоре Александре I стали открываться медицинские факультеты при университетах: в 1802 г. в Дерптском, в 1803 г. – в Виленском, в 1804 г. – в Казанском, в 1805 г. – в Харьковском университетах [10].

Окончательное **оформление педиатрии в качестве самостоятельной науки, практической деятельности и предмета преподавания** произошло

в эпоху великих реформ Александра II, когда университетская реформа 1863 г. предоставила российским университетам широкую самостоятельность, и в них начали функционировать кафедры детских болезней и детские клиники. В 1865 г. в Петербургской Медико-хирургической академии (ныне Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова) открылась **первая в России и Европе кафедра детских болезней**, когда отдельный курс детских болезней стал преподавать В.М. Флоринский, а затем с 1870 г. Н.И. Быстров.

На медицинском факультете Московского университета впервые теоретический курс по детским болезням новорожденных и детей грудного возраста начал читать в 1861 г. доцент кафедры акушерства Н.А. Тольский. В 1866 г. он основал первую клинику детских болезней Московского университета благодаря содействию видного терапевта, профессора Г.А. Захарьина, выделившего из своей терапевтической клиники 11 коек для детей. И В.М. Флоринский, и Н.А. Тольский до начала своей преподавательской деятельности проходили стажировку по детским болезням в университетских клиниках Западной Европы, поэтому были подготовлены к развитию педиатрии на естественнонаучной основе. Следует подчеркнуть, что серьезной заслугой Н.А. Тольского в отечественной педиатрии явилось создание первой в Москве школы педиатров, представителями которой стали выдающиеся профессора Н.П. Гундобин и Н.Ф. Филатов, написавшие классические научные труды по педиатрии, переведенные на несколько европейских языков, соответственно «Особенности детского возраста» и «Семиотика и диагностика детских болезней». В 1892 г. Н.П. Гундобин после переезда в Петербург занял пост приват-доцента кафедры детских болезней Императорской Военно-медицинской академии под руководством профессора Н.И. Быстрова, а в 1897 г. был избран профессором и заведующим кафедрой детских болезней. В Петербурге в 80–90-е гг. XIX в. работал К.А. Раухфус – выдающийся детский врач, ученый и общественный деятель, лейб-педиатр Двора Его Величества, создавший в Петербурге детскую больницу, проект которой разработал сам с учетом патологии детского возраста. К.А. Раухфус являлся организатором и председателем Всероссийского попечительства по охране материнства и младенчества, автором проекта Института охраны материнства и младенчества [9].

В 1891 г. после смерти Н.А. Тольского директором клиники детских болезней был назначен

Н.Ф. Филатов, которого справедливо называют основоположником русской педиатрии. Заслуга Н.Ф. Филатова перед российской и мировой педиатрией, прежде всего, заключается в том, что он далеко вперед продвинул клиническое изучение детских болезней, особенно острых детских инфекций. Н.Ф. Филатов, будучи выдающимся клиницистом, ученым, педагогом в своих научных трудах впервые описал скарлатинозную краснуху у детей, идиопатическое воспаление шейных лимфатических узлов, названное болезнью Филатова, или инфекционным мононуклеозом. Он являлся автором учебников, руководств, лекций и монографий, по которым училось не одно поколение русских врачей. Научные труды Н.Ф. Филатова, многие из которых были переведены на европейские языки, подняли престиж русской педиатрии. В 80-е гг. XIX в. клиники детских болезней, кроме Москвы и Петербурга, открылись и в других городах России: в Казани (проф. Н.А. Толмачев, 1880 г.), в Киеве (проф. В.Е. Чернов, 1887 г.) [9].

Достижения отечественной педиатрии на рубеже XIX–XX столетий. Важным событием для педиатров становится создание в 1885 г. в Петербурге профессиональной ассоциации – Общества детских врачей, второго вслед за Германией (1884 г.). В 1892 г. в Москве профессор Н.Ф. Филатов организовал аналогичное педиатрическое общество. В 1908 г. харьковский профессор И.В. Троицкий выдвинул идею о созыве съезда детских врачей, и 4 года спустя в декабре 1912 г. в Петербурге состоялся I Всероссийский съезд педиатров [11].

Большое значение имело открытие в начале XX столетия в стране яслей, создание благотворительных учреждений «Капли молока», которые выполняли не только функцию раздачи молока грудным детям, но и контролировали их здоровье. Именно по этому пути пошли в России в отличие от Европы, где «Капли молока», как правило, выдавали только детское питание. В 1912 г. принят Закон о страховании рабочих, в котором предусматривалось введение пособия на 2 недели до и 4 недели после родов женщинам, работающим на крупных фабриках. В 1913 г. по инициативе К.А. Раухфуса было организовано упомянутое выше **Всероссийское попечительство по охране материнства и младенчества, являвшееся своего рода Министерством поддержки материнства и детства** [8]. Профессор Г.Н. Сперанский в 1910 г. открыл в Москве на благотворительные средства «Дом грудного ребенка» с консультацией, стационаром, молочной кухней и выставкой

популяризации знаний о вскармливании грудного ребенка и уходе за ним. Весь этот комплекс стал прототипом государственных учреждений охраны материнства и младенчества (ОММ) советского времени [7].

Следует подчеркнуть, что в Российской империи государство оказывало законодательную и финансовую поддержку благотворительным обществам и частным лицам, поддерживающим детские больницы, клиники педиатрического профиля и приюты для детей. К началу XX в. в стране назрели предпосылки для создания системы ОММ. **Фактически, Имперская Россия стояла на пороге практического построения самостоятельной системы охраны здоровья матери и ребенка.** Однако тому помешали начавшаяся Первая мировая война и Октябрьская революция 1917 г.

С конца XIX – начала XX столетия в педиатрической практике все больше стали использоваться достижения микробиологии, биохимии, физиологии, что давало возможность развиваться педиатрической науке. Например, успехи микробиологии позволили изучать возбудителей острых детских инфекционных болезней, разрабатывать методы активной иммунизации, изготавливать сыворотки. Первые попытки активной иммунизации против дифтерии сделал русский микробиолог С. – Л.К. Дзержговский в Петербурге. Другой русский ученый-микробиолог Г.Н. Габричевский разработал учение о роли стрептококка при скарлатине, получил антистрептококковую сыворотку для лечения скарлатины. Совместно с Н.Ф. Филатовым они открыли в Москве лабораторию для бесплатного исследования ангины на дифтерию, в 1894 г. начали лечение дифтерии сывороткой. Достижения отечественной биохимии в педиатрии применил Н.П. Гундобин, под руководством и при активном участии которого «впервые в мировой фундаментальной медицинской науке было выполнено комплексное исследование анатомо-физиологических и биохимических особенностей детского организма на всех этапах его развития. Это позволило определить периоды детского возраста и научно обосновать их границы, а также осуществить клиническую оценку выявленных фундаментальных критериев детского организма» [12].

Следует подчеркнуть, что **к началу XX в. был создан научный фундамент педиатрии**, основанный на достижениях естественных наук, клинической и теоретической медицины, общей и экспериментальной патологии.

XX столетие было чрезвычайно богато на научные открытия. Вот лишь отдельные и наиболее значимые из них. Неоспоримый вклад в развитие отечественной и мировой медицинской науки стало создание И.П. Павловым нового направления физиологической науки – «физиологии высшей нервной деятельности на основе открытого им феномена условного рефлекса». В 1904 г. он получил первую в области теоретической медицины Нобелевскую премию за развитие физиологии пищеварения. О значении учения И.П. Павлова в педиатрии написал профессор В.И. Молчанов, отметивший, что «идея целостности организма особенно четко проявляется в педиатрии, поскольку она занимается изучением ребенка в здоровом и больном состоянии». Другая идея учения И.П. Павлова, имевшая значение для педиатрии, заключалась «в признании регулирующей роли нервной системы в функциональной деятельности всех органов, в процессах обмена, роста и развития организма» [12].

В XX в. начала развиваться иммунология, одним из основоположников которой является И.И. Мечников, создавший фагоцитарную теорию иммунитета, сыгравшую важную роль в борьбе с инфекциями. В 1908 г. за работы в области иммунологии И.И. Мечников был удостоен Нобелевской премии по физиологии и медицине. Фагоцитарная теория иммунитета вместе с другими открытиями в иммунологии привела к ряду важных достижений, используемых в том числе в педиатрии: разработке новых методов лечения инфекционных заболеваний; созданию вакцин; пониманию механизмов аутоиммунных заболеваний; исследованиям в области онкоиммунологии, развитию трансплантологии [13, 14].

В первые годы XX в. по инициативе передовых русских ученых и практических врачей активно стали проводиться в жизнь мероприятия по борьбе с младенческой смертностью: создавались общества борьбы с детской смертностью, открывались консультации и стационары для грудных детей. Педиатрия развивалась благодаря талантам и энергии ее выдающихся представителей, среди которых следует отметить Г.Н. Сперанского, А.А. Киселя, В.И. Молчанова, М.С. Маслова, Ю.Ф. Домбровскую, А.Ф. Тура, ставших интеллектуальным и культурным мостом между царской и советской медициной. Сторонники преемственности в науке, они передали советской педиатрии лучшие традиции дореволюционной отечественной медицины, которые сумели развить и обогатить [15].

Научные труды и клиническая практика Г.Н. Сперанского, внесшего неоценимый вклад в развитие отечественной неонатологии, создание научного направления по изучению физиологии и патологии раннего детского возраста, фундаментальные исследования ведущих причин младенческой смертности, организацию государственной системы охраны материнства и детства, позволили ему и его ученикам на порядок снизить младенческую смертность в нашей стране, за что он был удостоен Ленинской премии [7].

Выдающийся отечественный педиатр, ученый, клиницист А.А. Кисель являлся активным сторонником профилактического направления медицины, талантливым «педагогом по призванию»; своими научными исследованиями он обогатил учение о туберкулезе детского возраста. Будучи инициативным общественным деятелем в области детского здравоохранения, еще до революции А.А. Кисель являлся бессменным председателем Московского общества детских врачей, и в советское время был избран первым председателем Правления Всесоюзного общества детских врачей, оставаясь на этом посту до конца жизни (1938 г.), когда эту общественную обязанность взял на себя Г.Н. Сперанский, выполнявший ее в течение 24 лет [11, 15].

В.И. Молчанов, развивая основные идеи учения Н.Ф. Филатова, внес значительный вклад в изучение клиники, патогенеза и лечения детских инфекционных болезней, особенно дифтерии; в 1932 г. установил патогенетическую связь между скарлатиной и ревматизмом; изучил эндокринные заболевания у детей, что позволило разработать классификацию эндокринопатий, признанную как в СССР, так и за рубежом.

М.С. Маслов изучал особенности обмена вещества, биохимические показатели крови ребенка в норме и патологии; разработал учение об аномалиях конституции у детей. Он сыграл ведущую роль в преобразовании Института ОММ в Ленинградский педиатрический медицинский институт (ЛПМИ) – первое в мире и единственное высшее учебное заведение педиатрического профиля. Именно ему принадлежала идея подготовки детских врачей непосредственно со студенческой скамьи, поэтому он вошел в историю отечественной педиатрии как один из создателей российской педиатрической школы. Занимаясь усовершенствованием педагогического процесса, в 1955–1956 учебном году М.С. Маслов подготовил курс лекций по факультетской педиатрии, которые легли в основу главного

учебного пособия для студентов педиатрических факультетов в СССР.

Ю. Ф. Домбровская, продолжая традиции Н. Ф. Филатова и В. И. Молчанова, сосредоточила свои исследования на всестороннем изучении этиологии, патогенеза, клиники и лечения респираторной патологии, пневмоний, аллергии, коллагеновых заболеваний, болезней крови в детском возрасте; проблемах витаминной недостаточности у детей, патологии военного времени.

А. Ф. Тур большое внимание в своей научной деятельности уделял диететике здорового и больного ребенка, особенно во время блокады Ленинграда, физиологии и патологии новорожденных, гематологии, вопросам медицинского обслуживания детей раннего возраста.

Строительство советской системы охраны материнства и детства. Строительство государственной системы охраны материнства и детства (ОМД) началось вскоре после Октябрьской революции 1917 г. Правоммерно говорить о том, что Советская система ОМД возникла не на пустом месте. Впитав идеи, которые родились еще в имперской России, эта система смогла получить дальнейшее развитие и реализовать себя в советские годы. Государственный подход как система правовых, социальных и медико-организационных мер, направленных на сохранение и укрепление здоровья детей, впервые был реализован в нашей стране.

Были созданы Отдел охраны материнства и младенчества (ОММ) и Отдел охраны здоровья детей и подростков, перешедшие в ведомство Народного комиссариата здравоохранения, соответственно, в 1920 и 1921 гг. О темпах строительства системы можно судить по следующим данным: если в 1918 г. в стране насчитывалось 28 учреждений ОМД, то в 1927 г. – уже 2 475 [8].

Стратегически ценным и значимым событием в годы становления советской системы ОМД стало **решение о создании фундаментальной базы для развития научной педиатрии**. В 1922 г. в Москве на базе педиатрической клиники Императорского воспитательного дома был создан Государственный научный институт охраны материнства и младенчества (ГНИОММ). Организатором и руководителем первого отечественного научно-исследовательского института ОММ был назначен Г. Н. Сперанский, ставший одним из активных строителей государственной системы ОММ в СССР. Спустя три года аналогичный институт создали в Ленинграде (сегодня – Санкт-Петербургский педиатрический медицинский университет). Основание институтов

можно рассматривать как воплощение в жизнь проекта Института охраны материнства и младенчества К. А. Раухфуса [7].

С целью научного обеспечения охраны здоровья детей дошкольного и школьного возраста в 1927 г. в Москве и Ленинграде были организованы Институты охраны здоровья детей и подростков (в настоящее время в Москве – это Научно-исследовательский клинический институт педиатрии и детской хирургии РНИМУ имени Н. И. Пирогова, в Санкт-Петербурге – Федеральный научно-клинический центр инфекционных болезней ФМБА). В институтах изучали психофизическую природу детей и подростков, гигиену воспитания, исследовали как нормального, так и физически и нервно-психически аномального ребенка, разрабатывали лечебно-профилактические и оздоровительные мероприятия [8].

Знаковым событием отечественной педиатрии в тот период времени стало официальное образование Всесоюзного общества детских врачей, состоявшееся в 1927 г. на прошедшем в Москве IV Съезде педиатров. На протяжении советского периода было проведено 11 съездов детских врачей [11].

Социально-правовая помощь детям. Следует остановиться на социально-правовом аспекте советской системы охраны здоровья детей в СССР. Тема социальной защиты детей была актуальна еще до Октябрьской революции, причем не только в России, но и во всем мире. В 1913 г. в Брюсселе состоялся I Международный конгресс по охране детства, делегаты которого приняли проект создания международного бюро по охране детства, однако он не был реализован в связи с началом Первой мировой войны. Участники II Международного конгресса, проходившего в 1921 г. в Брюсселе, утвердили решение о создании Международной ассоциации по охране детства. В 1924 г. Пятая Ассамблея Лиги наций утвердила Женевскую декларацию прав ребенка, представлявшую собой первый документ по охране прав детей в международно-правовых актах, однако она не являлась обязательной для подписавших ее государств. И лишь 20 ноября 1959 г. резолюцией XIV Генеральной Ассамблеи ООН была принята Декларация прав ребенка, ставшая логичным продолжением Всеобщей Декларации прав человека, принятой резолюцией III Генеральной Ассамблеи ООН 10 декабря 1948 г. Декларация прав ребенка впервые официально провозглашала социальные и правовые нормы благополучия детей и обязанности взрослых [8].

В России с первых месяцев Советской власти одна из основателей государственной системы охраны детства С.Е. Копелянская выделила два вида помощи детям: врачебно-санитарную и социально-правовую. Вопросы правовой помощи матери и ребенку были тесно связаны с вопросами снижения заболеваемости и смертности детей. В 1933 г. Наркомздрав утвердил разработанное в ГНИОММ «Положение о социально-правовых кабинетах», которые были внедрены в детских консультациях по всей стране. В задачи кабинетов входила борьба за права ребенка: помощь в устройстве его в ясли, вопросы усыновления и патроната, улучшение жилищного положения детей, оздоровление семейно-бытовых отношений, борьба с антисанитарным содержанием детей, жестоким обращением с ними, невыполнением родительских обязанностей и другие вопросы оказания социальной помощи [16].

В годы Великой Отечественной войны и послевоенный период социально-правовая помощь детям приобрела особое значение, поскольку шла интенсивная борьба за сохранение здоровья и жизни сотен тысяч детей, лишившихся семьи и крова, живших как на территории, освобожденной после оккупации фашистских захватчиков, так и на эвакуированных в восточные регионы страны. Немаловажную руководящую и методическую роль в вопросах помощи матери и ребенку в условиях военного и послевоенного времени сыграло социально-правовое отделение Центрального Института педиатрии. Приоритетом в работе сотрудников отделения стало изучение проблем, связанных с определением сирот и детей, потерявших родителей, в дома ребенка или на семейное воспитание [7].

В СССР в 1989 г. и в постсоветской России в 1993 г. была ратифицирована **Международная Конвенция о правах ребенка**. 90-е гг. XX в. ознаменовались **принятием таких законов в защиту прав детей**, как Федеральный закон от 24 июля 1998 г. № 124-ФЗ «Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации», от 24 июня 1999 г. № 120-ФЗ «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних» и др. [17].

Становление советского педиатрического образования и науки. Важно заметить, что все успехи и достижения в педиатрии были бы невозможны без совершенствования образовательного процесса врачей в целом и, особенно, педиатров. В Российской империи в 1917 г. насчитывалось 17 медицинских факультетов университетов, на которых высшее медицинское

образование получали свыше 8 500 студентов. В год выпускали около 1000 молодых врачей, что было крайне мало для большой страны [10]. После Октябрьской революции 1917 г. в крупных городах начали открывать новые университеты с медицинскими факультетами, которые в июле 1930 г. были реорганизованы в самостоятельные медицинские институты и переданы из Наркоматов просвещения в ведение Наркоматов здравоохранения союзных республик. 9 августа 1930 г. Наркомздрав РСФСР издал приказ № 2406 об открытии во Втором Московском медицинском институте факультета охраны материнства, младенчества и детства (ОММД), состоявшего из двух отделений: охраны материнства, младенчества и детства и охраны здоровья детей и подростков. В 1932 г. вышло постановление ВЦИК «Об учебных программах и режиме в высшей школе и техникумах», после чего подготовку акушера-гинеколога отделили от подготовки врача раннего детского возраста, которая слилась с профилем врача старшего детского возраста (с отделением охраны здоровья детей и подростков). Так, на факультете ОММД образовалось два новых отделения: акушерско-гинекологическое и педиатрическое. После 4-летнего срока обучения выпускники педиатрического отделения проходили годовую стажировку в детских учреждениях и получали право на самостоятельную врачебную практику в качестве врача-педиатра. 3 сентября 1934 г. ЦИК и СНК СССР приняли постановление «О подготовке врачей», согласно которому акушерско-гинекологические отделения ликвидировали, а факультет ОММД переименовали в педиатрический, выпускавший единого врача-педиатра со сроком обучения пять лет. Второй Московский медицинский институт (в настоящее время – Российский научно-исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова) стал первым в нашей стране и мировой практике медицинским вузом, где создали педиатрический факультет [16].

Организация педиатрического образования в Ленинграде проходила иначе. В 1932 г. Ленинградский институт ОММ реорганизовали в «Больницу-медвуз». Фактически организовали высшее учебное медицинское учреждение, специально предназначенное только для подготовки детских врачей. В 1935 г. «Больницу-вуз» переименовали в Ленинградский медицинский педиатрический институт (ЛМПИ), не имеющий в мире аналогов. Так, Второй Московский медицинский институт и ЛМПИ стали научно-методическими

центрами педиатрического образования в Советском Союзе [6]. После Москвы и Ленинграда педиатрические факультеты стали открываться во многих медицинских институтах страны, и к 1941 г. их насчитывалось 26, а число обучающихся на них студентов составило 18 000. С целью повышения уровня профессионализма медицинских кадров в соответствии с постановлением правительства РСФСР и приказом Наркомздрава РСФСР от 6 декабря 1930 г. № 729 был открыт ЦИУВ. В 1931 г. в Институте была организована кафедра педиатрии, которую возглавил профессор Г.Н. Сперанский [16].

Таким образом, **решение открыть в медицинских вузах педиатрические факультеты по подготовке кадров детских врачей, прежде всего для первичного звена здравоохранения**, явилось блестящим и гармоничным аккордом периода становления системы охраны здоровья детского населения, а созданная советская система педиатрического образования стала **серьезным вкладом в развитие мировой педиатрической науки и практики**.

Для научного обеспечения педиатрической практики в 1935 г. Наркомздрав РСФСР принял Положение о Государственных центральных и периферических институтах педиатрического профиля. Функция центральных НИИ была возложена на Центральный НИИ ОММ и Московский Институт охраны здоровья детей и подростков, а также Ленинградский педиатрический медицинский институт. В РСФСР функционировало 15 периферических НИИ педиатрического профиля: в Горьком, Воронеже, Иванове, Свердловске, Смоленске, Самаре, Ростове-на-Дону и других городах. Открытие периферических НИИ и создание педиатрических факультетов в мединститутах способствовало формированию научных педиатрических школ в регионах: Казанской (В.К. Меньшиков и Е.М. Лепский), Горьковской (А.Ф. Агафонов), Ивановской (Б.П. Аполлонов), Смоленской (А.Т. Петряева), Омской (О.Д. Соколова-Понамарева), Уральской (Е.С. Кливанская-Кроль) [16].

Особенности педиатрии в годы Великой Отечественной войны. В годы Великой Отечественной войны система советского здравоохранения, включая детскую, столкнулась с тяжелейшим испытанием. Война потребовала мобилизации ученых-медиков, в том числе педиатров. 6 тыс. детских врачей из 16,7 тыс., работавших до войны, были направлены на фронт и в военные госпитали. Закрылись многие детские клиники в связи с их эвакуацией на восток страны. 16

мединституты, оставшихся на оккупированной территории, прекратили свое функционирование. На всех факультетах мединституты были приняты единые учебные планы, основанные на военно-медицинских программах [18]. Все НИИ педиатрии и кафедры детских болезней медицинских вузов перестроили свою деятельность в соответствии с задачами военного времени. Актуальными стали, во-первых, борьба с детскими инфекциями как ведущей причиной детской смертности, в связи с участвовавшими тяжёлыми формами дифтерии, туберкулеза, пневмонии, сепсиса и токсико-септических состояний; во-вторых, исследовательская работа по созданию новых источников детского питания, в первую очередь, заменителей животного белка, поскольку в военных условиях был резкий дефицит продуктов для детей; в-третьих, проблема значительной задержки физического и нервно-психического развития вследствие гипотрофии у детей раннего возраста. Внедрение в практику сульфаниламидов, гемотрансфузий и гемотерапии, проведение системных противозидемических мероприятий позволило советским педиатрам не допустить массового распространения детских инфекций, туберкулеза, малярии, вензаболеваний. Ученые Центрального Института педиатрии И.В. Цимблер и А.А. Титаев своими исследованиями доказали, что в условиях военного времени соевые бобы и пекарские дрожжи, являющиеся богатыми источниками полноценного белка, можно использовать в качестве заменителя коровьего молока в детском питании. Профессор Н.М. Щелованов с сотрудниками продемонстрировали, что следствием гипотрофии у детей раннего возраста, обусловленной дефицитом питания, являлись не только значительная задержка физического развития организма ребенка, но и существенные нервно-психические отклонения. Несмотря на экстремальные условия военного времени, подъем детской заболеваемости и смертности, значительное сокращение числа детских лечебно-профилактических учреждений и кадрового педиатрического потенциала, временное перепрофилирование педиатрических факультетов медицинских вузов на рельсы военного времени, педиатрам удалось выполнить свою главную задачу – сохранить здоровье и жизнь сотен тысяч детей [19].

В целях дальнейшего развития отечественной медицинской науки 30 июня 1944 г. Совнарком СССР принял Постановление об учреждении при Наркомздраве СССР Академии медицинских наук (АМН) СССР. В феврале 1945 г. Институт

педиатрии вошел в число учреждений отделения клинической медицины АМН СССР, что имело чрезвычайно важное значение для развития педиатрической науки и детского здравоохранения [7].

После Великой Отечественной войны педиатрическим факультетам необходимо было решать проблему дефицита педиатрических кадров. В целях улучшения работы педиатрических факультетов Педиатрическая комиссия Ученого медицинского совета приняла решение:

1. увеличить контингент приема на ближайшие три года на педиатрические факультеты;
2. организовать педиатрический факультет при 1-м Ленинградском мединституте;
3. принимать меры к рациональному использованию педиатров, имевших степень доктора медицинских наук [20].

На 1 октября 1956 г. в стране насчитывалось 164 педиатрические кафедры, из них 148 в медицинских ВУЗах и 16 – в институтах усовершенствования врачей. К 1957 г. в СССР был заложен прочный фундамент педиатрического образования. Из 62 мединституты, функционировавших в стране, в 25 были открыты педиатрические факультеты, а к концу 1965 г. – в 36 медицинских ВУЗах [21]. В 80-е гг. XX в. в Советском Союзе готовили детских врачей на 57 педиатрических факультетах. Постоянно пересматривались учебные программы с учетом современных достижений медицинской науки и практики [22].

Успехи отечественной вакцинологии. Совершенствование педиатрического образования не могло не отразиться позитивно на педиатрической науке и практике. Из всех научных достижений второй половины XX в., особенно повлиявших на развитие педиатрии, хотелось бы остановиться на значительных успехах отечественных ученых в области микробиологии, иммунологии, вакцинологии. Так, в 1958 г. Институт полиомиелита и Институт экспериментальной медицины получили от американского коллеги А. Сэбина аттенуированные штаммы вируса полиомиелита, после детального изучения которых ученые А. А. Смородинцев и М. П. Чумаков изготовили живую вакцину против полиомиелита, успешно провели клинические исследования новой пероральной вакцины и доказали ее эффективность. Вакцинация позволила снизить заболеваемость с 1 000 ежегодных допрививочных случаев до менее 20. После введения массовой иммунизации против полиомиелита в 1960–1961 гг. было привито более 100 млн. человек, или около 80% населения. Анализ

материалов массовых прививок показал высокую эффективность вакцины: в СССР заболеваемость полиомиелитом снизилась в 120 раз. Созданная советская вакцина приводила к формированию иммунитета к вирусам всех трех типов полиомиелита у 85–95% привитых. Ревакцинация была направлена на длительное поддержание достаточно высокого уровня иммунитета. С 1959 г. иммунизация против полиомиелита в СССР стала обязательной. В 1960 г. этой вакциной в СССР были привиты 77,5 миллиона человек. Вакцину стали импортировать более чем в 60 стран. В 1963 г. М. П. Чумакову и А. А. Смородинцеву присудили Ленинскую премию за научную разработку, организацию массового производства и внедрение в медицинскую практику живой противополиомиелитной вакцины от полиомиелита [23, 24].

В 1959 г. в результате экспериментальных и клинических исследований ученые Института эпидемиологии и микробиологии имени Н. Ф. Гамалеи АМН СССР изготовили сухую вакцину BCG для внутрикожного введения. Следует напомнить, что до внутрикожной применялась вакцинация BCG пероральным методом, предложенным Кальметтом. Результатом большой совместной работы Института эпидемиологии и микробиологии имени Н. Ф. Гамалеи АМН СССР, Центрального института туберкулеза МЗ СССР и Института Педиатрии АМН СССР стало создание инструкции по вакцинации BCG, утвержденной Минздравом СССР. Ученые Института педиатрии АМН СССР И. В. Цимблер и А. А. Ефимова, разрабатывавшие программы массовой иммунизации BCG среди детского населения, доказали эффективность внутрикожного метода противотуберкулезной вакцинации BCG по сравнению с пероральной вакциной, имевшей менее продолжительную иммунную реакцию. Ученые определили оптимальную дозировку вакцины для внутрикожного введения, описали клиническую характеристику реакций у новорожденных и детей раннего возраста, изучили причины возможных осложнений и их предупреждение, показали возможность поствакцинальных аллергических реакций. Применение внутрикожной вакцины BCG позволило сократить заболеваемость и смертность детей от туберкулеза. За научное обоснование перехода на эффективный внутрикожный метод вакцинации новорожденных А. А. Ефимова была удостоена премии Совета Министров СССР и золотой медали ВДНХ. Внутрикожный метод вакцинации стал обязательным в стране [25].

Оспопрививание было обязательным в до-революционной России. В молодой Советской Республике борьба с натуральной оспой началась с подписания В.И. Лениным 10 апреля 1919 г. декрета об обязательном оспопрививании, дополненным постановлением Совнаркома РСФСР от 18 октября 1924 г. Благодаря этим государственным мерам, а также поставленному на высокий научный и технический уровень производству оспенной вакцины заболеваемость натуральной оспой в стране в 1935 г. снизилось до уровня 3 177 по сравнению с 186 000 больных в 1919 г. В 1936 г. был зарегистрирован последний случай болезни, и оспа в СССР была ликвидирована. В 1958 г. на XI сессии Генеральной Ассамблеи ВОЗ делегация Советского Союза выдвинула научно обоснованную программу по глобальной ликвидации в мире натуральной оспы, разработанную советскими учеными под руководством профессора-вирусолога В.М. Жданова. Для осуществления этой программы наша страна безвозмездно предоставила ВОЗ свыше 1,5 млрд. доз высококачественной оспенной вакцины. В декабре 1979 г. ВОЗ официально объявила о том, что вирус натуральной оспы в природе больше не существует, поскольку последний случай этой инфекции был зарегистрирован в Сомали в 1977 г. Таким образом, натуральная оспа стала первым инфекционным заболеванием, которое победили благодаря массовой вакцинации. Третью населения земного шара вакцинировали советской вакциной. С 1980 г. вакцинация против натуральной оспы была исключена из национального календаря прививок детей [26].

На рубеже 1950–1960-х гг. советские ученые активно вели исследования над созданием вакцины против кори. Первый аттенуированный иммуногенный штамм вируса кори получили американские ученые в 1954 г. В СССР над разработкой коревых вакцин проводили исследования ученые под руководством А.А. Смородинцева в Ленинградском НИИ эпидемиологии, микробиологии и гигиены имени Пастера. В 1958 г. была получена вакцина Л-4, в 1963 г. – Л-16. Обе вакцины оказались высокоиммуногенными, но вакцина Л-4 давала выраженные клинические реакции, поэтому ее вводили под защитой гамма-глобулина. Вакцина Л-16 обладала сниженной реактогенностью и давала стойкий и длительный иммунитет в 98–99% случаев, что позволило снизить заболеваемость в десятки и даже сотни раз. Массовая кампания по вакцинации против кори в СССР началась в 1968 г.

Разработкой отечественных вакцин против коклюша занимался коллектив НИИЭМ имени Н.Ф. Гамалеи под руководством профессора М.С. Захаровой. Плановую иммунизацию против коклюша с помощью цельноклеточной моновакцины начали проводить в 1957 г., комбинированную КДС-вакцину (взвесь убитых коклюшных микробов и очищенных дифтерийного и столбнячного анатоксинов) – в 1959 г., адсорбированную АКДС – в 1964 г. Вакцинация и ревакцинация АКДС оказала мощное влияние на эпидемиологический процесс. В результате снизилась заболеваемость коклюшем, чаще стали регистрироваться легкие и стертые формы коклюша, изменилась возрастная структура заболеваемости.

В 1950–1960-е гг. и американские, и советские ученые пытались создать первые живые вакцины против эпидемического паротита, но они оказались слишком реактогенными при внутрикожном введении, поэтому их нельзя было применять. Исследования А.А. Смородинцева и Н.М. Насибова из Ленинградского института эпидемиологии и микробиологии имени Пастера оказались наиболее успешными. Они выделили менее реактогенный вакцинный штамм в культуре клеток почек морских свинок Ленинград-3. Вакцина отличалась очень малой реактогенностью и высокой иммуногенностью и эпидемиологической эффективностью. Однако плановую массовую вакцинацию против эпидпаротита начали применять только в 1980 г. [27].

Таким образом, вакцинопрофилактика как наука всё время развивалась, и основной вектор этой эволюции был направлен на повышение роли иммунизации в современном мире, на ликвидацию тех инфекционных заболеваний, которые когда-то уносили тысячи и даже миллионы человеческих жизней, прежде всего, детских [17].

Вакцинопрофилактика, применявшаяся с целью создания поствакцинального иммунитета у детей, способствовала значительным успехам педиатрии во второй половине XX столетия. Педиатрическая наука и практика доказали, что вакцинопрофилактика является самым эффективным массовым способом предупреждения инфекционных заболеваний, причем как на индивидуальном, так и популяционном уровне. Вакцинопрофилактика стала наиболее доступным, безопасным и экономически рентабельным способом снижения детской заболеваемости и смертности от многих инфекций [28].

Развитие специализированной помощи детям. В 1960–1980-е гг. наблюдалась активная дифференциация педиатрии на отдельные

клинические дисциплины: неонатология, детская аллергология, иммунология, пульмонология, кардиология, гастроэнтерология, нефрология, эндокринология, гематология, онкология. Интенсивный процесс специализации стал возможен благодаря развитию научных школ ряда крупных ученых-педиатров: Ю.Е. Вельтищева, И.М. Воронцова, А.В. Мазурина, Е.Ч. Новиковой, М.Я. Студеникина, В.А. Таболина и других.

Большие успехи были достигнуты в неонатологии и нутрициологии во второй половине XX в. Бурное развитие биотехнологий в 80–90-е гг., разработка новых медико-организационных подходов выхаживания новорожденных создали условия для открытия в Институте педиатрии РАМН первого в России Федерального центра реабилитации маловесных детей в 1995 г. и функционирования первой психолого-педагогической службы с конца 90-х гг. Разработка новых детских питательных смесей, патогенетического лечебного питания для больных детей первого года жизни, в том числе недоношенных и глубоконедоношенных, с использованием современных технологий под руководством выдающегося отечественного детского диетолога, профессора К.С. Ладодо совместно с НИИ питания, дали возможность неонатологам выхаживать новорожденных с очень низкой и экстремально низкой массой тела, добиться значительного снижения младенческой смертности среди недоношенных и доношенных новорожденных [29]. Неонатологи и детские диетологи выработали научные медико-биологические обоснования к созданию отечественных специализированных смесей и безбелковых продуктов прикорма. Эти исследования стали уникальными и нашли широкое применение в педиатрической практике [30].

В 1980-е гг. стала формироваться социальная педиатрия как важная составляющая часть педиатрической науки и практики. Начали функционировать несколько научных центров, изучавших медико-социальные проблемы здоровья детского населения страны: в Москве НИИ имени Н.А. Семашко (И.И. Гребешева, Т.М. Максимова), Институт педиатрии АМН СССР (Е.А. Лепарский), Институт гигиены детей и подростков (С.М. Громбах, Л.Ф. Бережков), в Горьком (А.А. Баранов, В.Ю. Альбицкий), в Ленинграде (Н.Г. Веселов, В.К. Юрьев), в Иваново (Т.П. Васильева, Л.А. Жданова). В 1980–1990-е гг. в научной и практической педиатрии стали использоваться такие методические новации, как цифровые технологии и другие математические методы [9].

Таким образом, созданная в Советском Союзе система охраны здоровья детей с приоритетной ролью государства в её организации, оказанием первичной медико-санитарной помощи детям, подготовкой со студенческого этапа кадров детских врачей на педиатрических факультетах медицинских вузов **явилась весомым вкладом в развитие мировой медицины**. Специальная сессия ВОЗ в 1978 г. признала **советскую** систему оказания медико-санитарной помощи детскому населению наиболее ребенок-ориентированной и доступной, и ее внедрили в систему здравоохранения многих стран.

Благодаря достижениям отечественных ученых-педиатров, внедрению в практическое здравоохранение современных методов диагностики, лечения, превентивных мер, уровень младенческой смертности к 1980 г. снизился до 27,3‰, к 1990 г. – до 21,8‰ [31].

Состояние педиатрии в последнее десятилетие XX в. В последнее десятилетие XX в. перед органами детского здравоохранения стояла задача «сбережения лучших традиций и достижений уникальной советской государственной системы охраны материнства и детства, сохранившейся в неизменном виде лишь в нашей стране. К чести российских детских врачей, в тяжелейших условиях социально-экономического положения в стране с этой невероятно сложной задачей педиатрическая служба справилась. На фоне обвального ухудшения большинства показателей здоровья населения младенческая смертность не только сохранила статус-кво, но и проявила тенденцию к снижению. После незначительного роста младенческой смертности в 1990–1993 гг. в связи с негативными явлениями изменившейся социальной-экономической ситуации в постсоветской России, последовало новое снижение данного показателя. К 1998 г. уровень младенческой смертности составил 16,5‰» [31].

В то кризисное десятилетие наиболее важной в сфере охраны здоровья детей **стала президентская программа «Дети России»** (Указ Президента Российской Федерации от 18 августа 1994 г. № 1696), предусматривающая выполнение **нескольких Федеральных программ по самым актуальным направлениям охраны материнства и детства**: «Дети-инвалиды», «Дети-сироты», «Дети Севера», «Дети Чернобыля», «Планирование семьи» и «Развитие индустрии детского питания в РСФСР на 1991–1995 гг.». Позже были инициированы еще 5 программ: «Одаренные дети»; «Дети семей беженцев и вынужденных переселенцев»; «Безопасное

материнство»; «Развитие социальных услуг для семьи и детей»; «Профилактика безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних» [17].

Громадная заслуга в позитивных изменениях в охране здоровья детей в постсоветский период, сохранении педиатрии как самостоятельной научной и клинической дисциплины, принадлежала руководителям профессиональной ассоциации детских врачей страны. Следует подчеркнуть, что после распада СССР по инициативе академика А. А. Баранова в Москве в 1994 г. была проведена Учредительная конференция, на которой он провозгласил создание Союза педиатров России как правопреемника Всесоюзного и Всероссийского общества детских врачей. На съездах, к работе которых широко привлекались представители законодательной и исполнительной власти Российской Федерации, было дано научное обоснование государственной системы охраны здоровья детей, доказана эффективность созданной системы первичной медико-санитарной помощи детям и подготовки детских врачей на педиатрических факультетах, внедрено непрерывное последипломное образование детских врачей с использованием современных информационных технологий [11].

Письмо академиков Г.Н. Сперанского и А.Ф. Тура о создании в Советском Союзе «Службы здоровья растущего детского организма». В завершении настоящей публикации авторам хотелось остановиться на обращении корифеев советской педиатрии, академиков Г.Н. Сперанского и А.Ф. Тура, направленного 27 октября 1966 г. в Минздрав СССР с предложением о создании в Советском Союзе **«Службы здоровья растущего детского организма»**. Ученые мотивировали многочисленными статистическими данными и подробнейшим образом представили свои доводы о необходимости создания такой службы. В своем проекте они указывали на тот факт, что «подавляющее большинство детского населения – это практически здоровые дети, организованные в коллективах детских учреждений... Однако почти все внимание педиатров было сосредоточено на патологии». В документе подчеркивалось, что «советскому здравоохранению и педиатрической службе страны было необходимо разработать систему мероприятий по **сохранению здорового ребенка с момента зачатия** (правильное питание и режим беременной женщины) **до его полного формирования**». Для этого физиологи и гигиену здорового растущего детского организма обязательно следовало рассматривать как одну из основных отраслей

медицины. Для научной разработки проблемы «Охрана здоровья растущего организма» ученые предложили создать **Всесоюзный институт здорового ребенка и подростка**, состоящий из гигиенического, физиологического, клинического секторов [27].

Несмотря на то, что проект выдающихся российских педиатров Г.Н. Сперанского и А.Ф. Тура остался не востребуемым, знакомство с архивным, ранее не опубликованным документом, написанным около 60 лет назад, показало, насколько четко ученые понимали важность и необходимость усиления профилактической составляющей в организованных детских коллективах, смогли предвидеть последующие пути развития отечественного детского здравоохранения. Предложение «создать Всесоюзный институт здорового ребенка и подростка» было реализовано через 40 лет – в 1998 г., когда академик А. А. Баранов, проработавший первым заместителем министра здравоохранения СССР в самые сложные годы завершения эпохи Советского Союза (1987–1992 гг.), добился создания Научного Центра здоровья детей РАМН путем объединения Института педиатрии и Института гигиены детей и подростков» [32]. В дальнейшем в состав НЦЗД РАМН, которым А.А. Баранов успешно руководил 20 лет (до 2018 г.), вошли Институт педиатрии, НИИ гигиены и охраны здоровья детей и подростков, Институт профилактической педиатрии и восстановительного лечения. В результате в едином территориальном комплексе были соединены профилактические, диагностические, лечебные и реабилитационные технологии и научные направления в педиатрии. Таким образом, будучи не знакомым с данным документом, А.А. Баранов полностью воплотил в жизнь концепцию своих предшественников. Также не была поддержана идея Г.Н. Сперанского и А.Ф. Тура по обеспечению педиатрической помощью не только детей до 15 лет, но и подростков 15–17 лет. И только в 90-е гг. XX в. был увеличен возраст детского населения для педиатрического обслуживания с 0–14 лет до 0–17 лет. Этот приказ также был подписан заместителем министра здравоохранения СССР А.А. Барановым. Кроме того, Г.Н. Сперанский и А.Ф. Тур указывали на необходимость придания значимости работе педиатров в школе, предоставив «им права заместителей директоров детских учреждений по здоровью». Совершенно не зная о существовании этого документа, в течение нескольких последних лет главные внештатные сотрудники

Минздрава России по педиатрии и детской профилактической медицине академики РАН А. А. Баранов и Л. С. Намазова-Баранова вносили предложения в Минздрав России и Минпрос России о необходимости введения должности заместителя директора образовательной организации по профилактической работе с обучающимися. Эти факты подчеркивают следование идеям гениальных педиатров прошлого и одновременно собственную прозорливость современных руководителей профессиональной ассоциации детских врачей страны [32].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, проведенный историко-медицинский обзор позволяет утверждать, что в XVIII столетии возникла острая потребность в оказании медицинской помощи детскому населению, однако педиатрия как самостоятельная медицинская дисциплина еще не существовала. Становление педиатрии как отдельной научной и клинической дисциплины и врачебной специальности происходило

в России на протяжении XIX–XX столетий. Созданная в Советском Союзе система охраны здоровья детей с приоритетной ролью государства, организацией педиатрических факультетов в медицинских вузах, была признана ВОЗ в 1978 г. наиболее ребенок-ориентированной и доступной медико-санитарной помощью детскому населению и внесла весомый вклад в развитие мировой медицины. Чрезвычайно большое значение в развитии отечественной педиатрии имели съезды детских врачей как в Российской Империи, так и в Советском Союзе и постсоветской России. Они всегда определяли правильный вектор научных исследований, работы практического здравоохранения, организационных мероприятий по охране детского населения, способствовали повышению квалификации педиатров, улучшению качества медицинского обслуживания, снижению детской заболеваемости и смертности. К концу XX в. педиатрия стала современной, эффективной, высокотехнологичной, узкоспециализированной отраслью клинической медицины. Благодаря отечественным ученым-педиатрам были совершены многие прорывные открытия мирового уровня.

ЛИТЕРАТУРА

1. Академический университет. В кн.: Большая российская энциклопедия (2025) Том 1. М.: Научное изд-во «Большая Российская энциклопедия». С. 332.
2. Московский университет. В кн.: Большая Советская энциклопедия (1974) Том 17. Третье издание. Гл. ред. А. М. Прохоров. М.: Изд-во «Советская энциклопедия». С. 44–45.
3. Военно-медицинская академия. В кн.: Большая медицинская энциклопедия (1959) Издание второе. Гл. ред. А. Н. Бакулев. Том 5. М.: Гос. изд-во медицинской литературы. С. 902–906.
4. Медицина. В кн.: Большая медицинская энциклопедия (1960) Издание второе. Гл. ред. А. Н. Бакулев. Том 17. М.: Гос. научное изд-во «Советская энциклопедия». С. 268.
5. Альбицкий В. Ю., Микиртичан Г. Л., Шер С. А. (2018) Охрана материнства и младенчества в Российской Империи и её роль в становлении советской охраны здоровья детей. История медицины. V, 2. С. 113–122.
6. Микиртичан Г. Л., Суворова Р. В. (1998) История отечественной педиатрии. СПб, 156 с.
7. Альбицкий В. Ю., Баранов А. А., Шер С. А. (2013) История Научного центра здоровья детей Российской академии медицинских наук (1763–2013). М., Издательство ПедиатрЪ, 468 с.
8. Альбицкий В. Ю., Шер С. А. (2018) Истоки становления государственной системы охраны здоровья детей в Советской России (1917–1930 гг.). Под науч. ред. А. А. Баранова. М., 224 с.
9. Бородулин В. И., Альбицкий В. Ю. (2022) Реквием по медицине Гиппократа, или Клиника XX века как заключительный этап классической медицины в России (на модели терапевтической и педиатрической клиник). Вопросы современной педиатрии. 21, 3, 315–325.
10. Бякина В. П., Зимин И. В., Кондрашкина Л. Г. (2009) 250 лет высшей медицинской школе России. Ученые записки СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова. XVI (1), 5–7.
11. Альбицкий В. Ю., Намазова-Баранова Л. С., Шер С. А. (2017) Союз педиатров России (Исторический очерк 1927–2017 гг.). М.: ПедиатрЪ, 204 с.
12. Молчанов В. И. (1960) Основные сведения по истории развития отечественной педиатрии. В кн. Пропедевтика детских болезней. Под общ. ред. Ю. Ф. Домбровской.
13. Мечников Илья Ильич (1960) В кн.: Большая медицинская энциклопедия. Издание второе. Гл. ред. А. Н. Бакулев. Том 18. М.: Гос. Научное изд-во «Советская энциклопедия». С. 234–240.
14. Мечников Илья Ильич (2012) В кн.: Большая Российская энциклопедия. Том 20. М.: Научное изд-во «Большая Российская энциклопедия». С. 196–197.
15. Шер С. А. (2017) Вклад А. А. Киселя и Г. Н. Сперанского в становление и развитие Всесоюзного Общества Детских Врачей. Российский педиатрический журнал. 20 (3), 184–188.
16. Альбицкий В. Ю., Шер С. А. (2022) Советская система охраны здоровья детей (Предвоенное десятилетие: 1930–1940 гг.). Под науч. ред. А. А. Баранова. М.: ПедиатрЪ, 176 с.
17. Профилактическая педиатрия (2015) Руководство для врачей. Под редакцией А. А. Баранова,

- Л. С. Намазовой-Барановой. Издание 2-е, исправленное и дополненное. М.: ПедиатрЪ, 744 с.
18. Шер С.А. (2024) Особенности научно-практической помощи детям и медицинского педиатрического образования в годы Великой Отечественной войны (1941–1945 гг.). Материалы XXI научной конференции с международным участием «Вклад отечественной медицины в борьбу с нацизмом в Великой Отечественной войне и с возрождаемым неонацизмом». Москва, 15 ноября 2024. С. 204–212.
 19. Альбицкий В.Ю., Баранов А.А., Шер С.А. (2020) Охрана здоровья детей в годы Великой Отечественной войны. Вопросы современной педиатрии. 19 (1), 13–19.
 20. Альбицкий В.Ю., Шер С.А. (2024) Советская система охраны здоровья детей. Послевоенное десятилетие: 1946–1956 гг. Под науч. ред. А.А. Баранова. М.: ПедиатрЪ, 192 с.
 21. Гольфельд А.Я. (1970) Очерки по истории педиатрии СССР. М.: Медицина, 184 с.
 22. Альбицкий В.Ю., Полунина Н.В., Созинов А.С., Абросимова М.Ю. (2015) К 85-летию начала педиатрического образования в России. Казанский медицинский журнал. 96 (4). С. 692–696.
 23. Кузьмичева А.Т., Шарлай И.В. (1978) Детские инфекционные болезни. М.: «Медицина», 512 с.
 24. Лашкевич В.А. (2013) История создания в 1959 г. живой вакцины из аттенуированных штаммов А. Сэбина и идея искоренения полиомиелита. Вопросы вирусологии. 58(1), 4–10.
 25. Ефимова А.А. (1969) Специфическая профилактика туберкулеза у детей. М.: Медицина, 339 с.
 26. Шер С.А. (2011) История оспопрививания в Императорском Московском воспитательном доме. Проблемы социальной гигиены, организации здравоохранения и истории медицины. 4, 58–61.
 27. Альбицкий В.Ю., Шер С.А. (2025) Советская система охраны здоровья детей в эпоху оттепели: 1956–1966 гг. Под науч. ред. А.А. Баранова. М.: ПедиатрЪ, 160 с.
 28. Вакцины и иммунопрофилактика в современном мире (2021). Руководство для врачей. Под редакцией Л.С. Намазовой-Барановой, Н.И. Брико, И.В. Фельдблюм. М.: ПедиатрЪ, 648 с.
 29. Студеникин М.Я., Ладодо К.С. (1991) Питание детей раннего возраста. Л., «Медицина», Ленинградское отделение, 176 с.
 30. Практическое руководство по неонатологии (2008) Под редакцией Г.В. Яцык. – М.: ООО Медицинское информационное агенство, 344 с.
 31. Основные тенденции здоровья детского населения России (2011) Под редакцией А.А. Баранова, В.Ю. Альбицкого. М.: Союз педиатров России, 116 с.
 32. Намазова-Баранова Л.С. (2025) Из истории педиатрии. Педиатрическая фармакология. 22 (1), 6–11.

REFERENCES

1. Academic University. In: The Great Russian Encyclopedia (2025) Volume 1. Moscow: Scientific Publishing House "The Great Russian Encyclopedia", p.332.
2. Moscow University. In: The Great Soviet Encyclopedia (1974) Volume 17. Third edition. Editor-in-chief A. M. Prokhorov. Moscow: Publishing house "Soviet Encyclopedia", 44–45.
3. Military Medical Academy. In: The Great Medical Encyclopedia (1959), second edition. Chief editor A.N. Bakulev. Volume 5. Moscow: State Publishing House of Medical Literature, 902–906.
4. Medicine. In: The Great Medical Encyclopedia (1960), second edition. Chief editor A.N. Bakulev. Volume 17. Moscow: State Scientific Publishing House "Soviet Encyclopedia", 268.
5. Albitsky V.Yu., Mikirtichan G.L., Sher S.A. (2018) Maternal and infant health in the Russian Empire and its role in the formation of Soviet child health protection. The history of medicine. V, 2, 113–122.
6. Mikirtichan G.L., Suvorova R.V. (1998) History of Russian pediatrics. St. Petersburg, 156 p.
7. Albitsky V.Yu., Baranov A.A., Sher S.A. (2013) The history of the Scientific Center for Children's Health of the Russian Academy of Medical Sciences (1763–2013). Moscow, Pediatrician Publishing House, 468 p.
8. Albitsky V.Yu., Sher S.A. (2018) The origins of the formation of the state system of child health protection in Soviet Russia (1917–1930). Under the scientific editorship of A. A. Baranov, M., 224 p.
9. Borodulin V.I., Albitsky V.Yu. (2022) Requiem for Hippocratic Medicine, or the Clinic of the twentieth century as the final stage of classical medicine in Russia (based on the model of therapeutic and pediatric clinics). Issues of modern pediatrics. 21, 3, 315–325.
10. Byakina V.P., Zimin I.V., Kondrashkina L.G. (2009) 250 years of higher medical school in Russia. Scientific notes of Pavlov St. Petersburg State Medical University. XVI (1), 5–7.
11. Albitsky V.Yu., Namazova-Baranova L.S., Sher S.A. (2017) The Union of Pediatricians of Russia (Historical sketch of 1927–2017). Moscow: Pediatr, 204 p.
12. Molchanov V.I. (1960) Basic information on the history of the development of Russian pediatrics. In the book. Propaedeutics of childhood diseases. Under the general editorship of Yu. F. Dombrovskaya. M..
13. Mechnikov Ilya Ilyich (1960) In: The Great Medical Encyclopedia. Second edition. Chief editor A.N. Bakulev. Volume 18. Moscow: Gos. Scientific publishing house "Soviet Encyclopedia", 234–240.
14. Mechnikov Ilya Ilyich (2012) In: The Great Russian Encyclopedia. Volume 20. Moscow: Scientific publishing house "The Great Russian Encyclopedia", 196–197.
15. Sher S.A. (2017) Contribution of A.A. Kisel and G.N. Speransky to the formation and development of the All-Union Society of Pediatricians. Russian Pediatric Journal. 20 (3), 184–188.
16. Albitsky V.Yu., Sher S.A. (2022) The Soviet system of child health protection (Pre-war decade: 1930–1940). Under the scientific editorship of A.A. Baranov. Moscow: Pediatrician, 176 p.
17. Preventive pediatrics (2015) A guide for doctors. Edited by A.A. Baranov, L.S. Namazova-Baranova. 2nd edition, revised and expanded. Moscow: Pediatrician, 744 p.
18. Sher S.A. (2024) Features of scientific and practical assistance to children and medical pediatric education during the Great Patriotic War (1941–1945). Materials of the XXI scientific conference with international participation "The contribution of Russian medicine to the fight against

- Nazism in the Great Patriotic War and the resurgent neo-Nazism." Moscow, November 15, 2024, 204–212.
19. Albitsky V.Yu., Baranov A.A., Sher S.A. (2020) Child health protection during the Great Patriotic War. Issues of modern pediatrics. 19 (1), 13–19.
 20. Albitsky V.Yu., Sher S.A. (2024) The Soviet system of child health protection. Post-war decade: 1946–1956 Under the scientific editorship of A.A. Baranov. Moscow: Pediatrician, 192 p.
 21. Gelfeld A.Ya. (1970) Essays on the history of pediatrics of the USSR. Moscow: Medicine, 184 p.
 22. Albitsky V.Yu., Polunina N.V., Sozinov A.S., Abrosimova M.Yu. (2015) On the 85th anniversary of the beginning of pediatric education in Russia. Kazan Medical Journal. 96 (4), 692–696.
 23. Kuzmicheva A.T., Sharlay I.V. (1978) Childhood infectious diseases. M.: "Medicine", 512 p.
 24. Lashkevich V.A. (2013) The history of the creation in 1959 of a live vaccine from attenuated strains of A. Sabin and the idea of eradicating polio. Questions of virology. 58(1), 4–10.
 25. Efimova A.A. (1969) Specific prevention of tuberculosis in children. Moscow: Medicine, 339 p.
 26. Sher S.A. (2011) The history of smallpox vaccination in the Imperial Moscow Orphanage. Problems of social hygiene, healthcare organization, and medical history. 4, 58–61.
 27. Albitsky V.Yu., Sher S.A. (2025) The Soviet system of child health protection in the era of the thaw: 1956–1966. Under the scientific editorship of A.A. Baranov. Moscow: Pediatrician, 160 p.
 28. Vaccines and immunoprophylaxis in the modern world (2021). A guide for doctors. Edited by L.S. Namazova-Baranova, N.I. Briko, I.V. Feldblum. Moscow: Pediatrician, 648 p.
 29. Studenikin M.Ya., Ladodo K.S. (1991) Nutrition of young children. L., "Medicine", Leningrad branch, 176 p.
 30. Practical guide to neonatology (2008) Edited by G.V. Yatsyk. Moscow: Medical Information Agency LLC, 344 p.
 31. The main trends in the health of the Russian child population (2011) Edited by A.A. Baranov, V.Y. Albitsky. Moscow: Union of Pediatricians of Russia, 116 p.
 32. Namazova-Baranova L.S. (2025) From the history of pediatrics. Pediatric pharmacology. 22 (1), 6–11.

ES

Orígenes, Formación, Desarrollo y Logros de la Pediatría Rusa (Revisión Histórica y Médica: Siglos XVIII–XIX–XX)

A.A. Baranov, S.A. Sher, V.Yu. Albitsky,
L.S. Namazova-Baranova

Anotación

Introducción. Este artículo presenta los resultados de un estudio histórico y médico que examina los orígenes de la pediatría científica y clínica rusa, su formación y desarrollo a lo largo de los siglos XVIII, XIX y XX. La relevancia de este estudio reside en su capacidad para extraer lecciones históricas del pasado que pueden aplicarse a diversos problemas médicos, sociales y demográficos contemporáneos. La experiencia previa y los conocimientos profesionales de destacados pediatras rusos brindan la oportunidad de lograr avances en diversas áreas de la salud infantil y de planificar el desarrollo de nuevos campos científicos en pediatría en el siglo XXI. *El objetivo del estudio* fue establecer las etapas clave en el desarrollo de la pediatría como disciplina científica y clínica, así como especialidad médica en Rusia, determinar el papel del Estado en la creación de un sistema nacional de atención médica infantil y destacar los logros en pediatría y la importancia de la educación pediátrica. *Materiales y métodos.* Para estudiar los orígenes, la formación y el desarrollo de la pediatría rusa, utilizamos métodos de investigación como el análisis cronológico de problemas, el análisis genético de sistemas y el análisis comparativo. Para esclarecer el tema, examinamos capítulos de monografías, artículos de revistas científicas y colecciones basadas en datos de archivo, así como otros materiales. *Resultados.* Esta revisión histórica y médica sugiere que en el siglo XVIII existía una necesidad urgente de atención médica infantil, pero la pediatría como disciplina médica independiente aún no existía. El surgimiento de la pediatría práctica en Rusia está asociado con la organización de los Hospitales Imperiales de Niños Expósitos y la apertura de los primeros hospitales infantiles. La creación de orfanatos en Rusia estableció un sistema de apoyo médico y social para los niños y sentó las bases del sistema nacional de atención médica infantil del país. A lo largo de los siglos XIX y XX, la pediatría científica y

FR

Les origines, la formation, le développement et les réalisations de la pédiatrie russe (Revue historique et médicale: XVIIIe–XIXe–XXe siècles)

A.A. Baranov, S.A. Sher, V.Yu. Albitsky,
L.S. Namazova-Baranova

Annotation

Introduction. Cet article présente les résultats d'une étude historique et médicale portant sur les origines, la formation et le développement de la pédiatrie scientifique et clinique russe aux XVIIIe, XIXe et XXe siècles. L'intérêt de cette étude réside dans sa capacité à tirer des enseignements du passé applicables à de nombreuses problématiques médicales, sociales et démographiques contemporaines. L'expérience et le savoir-faire d'éminents pédiatres russes ont permis de réaliser des avancées majeures dans plusieurs domaines de la santé infantile et d'envisager le développement de nouveaux champs scientifiques en pédiatrie au XXIe siècle. *Objectif de l'étude:* était d'établir les étapes clés du développement de la pédiatrie en tant que discipline scientifique et clinique et spécialité médicale en Russie, de déterminer le rôle de l'État dans la création d'un système national de soins de santé infantile et de mettre en lumière les réalisations en pédiatrie ainsi que l'importance de la formation pédiatrique. *Matériel et méthodes.* Pour étudier les origines, la formation et le développement de la pédiatrie russe, nous avons utilisé des méthodes de recherche telles que l'analyse problématique-chronologique, l'analyse systémique-génétique et l'analyse comparative. Afin d'éclairer ce sujet, nous avons examiné des chapitres de monographies, des articles de revues scientifiques et des recueils de données d'archives, ainsi que d'autres sources. *Résultats.* Cette analyse historique et médicale suggère qu'au XVIIIe siècle, le besoin de soins médicaux pour les enfants était urgent, mais que la pédiatrie, en tant que discipline médicale indépendante, n'existait pas encore. L'émergence de la pédiatrie pratique en Russie est associée à l'organisation des Hôpitaux impériaux pour enfants trouvés et à l'ouverture des premiers hôpitaux pour enfants. La création d'orphelinats en Russie a instauré un système de soutien médico-social pour les enfants et a jeté les bases du système national de santé infantile du pays. Tout au long

clínica, así como la especialidad médica, se desarrollaron en Rusia. En la Unión Soviética, el sistema de atención a la salud infantil, con su enfoque estatal y la creación de facultades de pediatría en las universidades de medicina, fue reconocido por la OMS en 1978 como la forma de atención médica más accesible y centrada en los niños, y contribuyó significativamente al desarrollo de la medicina global. Los congresos de pediatras, tanto en el Imperio ruso como en la Unión Soviética y la Rusia postsoviética, desempeñaron un papel crucial en el desarrollo de la pediatría rusa. Definieron constantemente el rumbo de la investigación científica, y su labor práctica en el ámbito sanitario contribuyó a la formación avanzada de pediatras, mejoró la calidad de la atención médica y redujo la morbilidad y la mortalidad infantil. *Conclusión.* A finales del siglo XX, la pediatría rusa se había convertido en una rama de la medicina clínica moderna, eficaz, de alta tecnología y altamente especializada. Los pediatras rusos, que han realizado repetidamente descubrimientos revolucionarios de talla mundial, han realizado contribuciones significativas al desarrollo de la pediatría.

Palabras clave: pediatría, atención médica infantil, ciencia pediátrica, atención médica infantil, niños, historia de la pediatría.

des XIXe et XXe siècles, la pédiatrie scientifique et clinique, ainsi que la spécialité médicale, se sont développées en Russie. En Union soviétique, le système de santé infantile, avec son approche étatique et la création de facultés de pédiatrie au sein des universités de médecine, a été reconnu par l'OMS en 1978 comme la forme de soins la plus adaptée et la plus accessible aux enfants, contribuant ainsi de manière significative au développement de la médecine mondiale. Les congrès de pédiatres, tant dans l'Empire russe qu'en Union soviétique et dans la Russie post-soviétique, ont joué un rôle crucial dans le développement de la pédiatrie nationale. Ils ont constamment orienté la recherche scientifique et leurs actions pratiques en matière de soins de santé ont contribué à la formation continue des pédiatres, à l'amélioration de la qualité des soins et à la réduction de la morbidité et de la mortalité infantiles. *Conclusion.* À la fin du XXe siècle, la pédiatrie russe était devenue une branche moderne, efficace, de haute technologie et hautement spécialisée de la médecine clinique. Les pédiatres russes, auteurs de nombreuses découvertes majeures à l'échelle mondiale, ont contribué de manière significative au développement de la pédiatrie.

Mots clés: pédiatrie, soins de santé infantile, sciences pédiatriques, santé des enfants, enfants, histoire de la pédiatrie.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ / ABOUT THE AUTHORS

Баранов Александр Александрович – доктор медицинских наук, профессор, академик РАН, советник руководителя НИИ педиатрии и охраны здоровья детей, ФГБНУ «Российский научный центр хирургии имени академика Б.В. Петровского»; профессор кафедры педиатрии и детской ревматологии, ФGAOY BO «Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет), г. Москва, Россия.

Alexandr A. Baranov – Grand PhD in Medical sciences, Professor, Academician of the RAS, Advisor to the Head of Pediatrics and Child Health Research Institute, Russian Scientific Center of Surgery named after B.V. Petrovsky; Professor of Department of Pediatrics and Pediatric Rheumatology, I.M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), Moscow, Russia.
E-mail: baranov@pediatr-russia.ru, ORCID: 0000-0003-3987-8112, SPIN-код: 3570-1806

Шер Стелла Абельевна – доктор медицинских наук, главный научный сотрудник НИИ педиатрии и охраны здоровья детей, ФГБНУ «Российский научный центр хирургии имени академика Б.В. Петровского», г. Москва, Россия.

Stella A. Sher – Grand PhD in Medical sciences, Chief Researcher of Pediatrics and Child Health Research Institute, Russian Scientific Center of Surgery named after B.V. Petrovsky, Moscow, Russia.
E-mail: anastel@mail.ru, ORCID: 0000-0003-4364-2604, SPIN-код: 4660-5538

Альбицкий Валерий Юрьевич – доктор медицинских наук, профессор, главный научный сотрудник НИИ педиатрии и охраны здоровья детей, ФГБНУ «Российский научный центр хирургии имени академика Б.В. Петровского», г. Москва, Россия.

Valerii Yu. Albitskiy – Grand PhD in Medical sciences, Professor, Chief Researcher of Pediatrics and Child Health Research Institute, Russian Scientific Center of Surgery named after B.V. Petrovsky, Moscow, Russia.
E-mail: albicky1941@yandex.ru, ORCID: 0000-0003-4314-8366, SPIN-код: 4960-1279

Намазова-Баранова Лейла Сеймуровна – доктор медицинских наук, профессор, академик РАН, заведующая кафедрой факультетской педиатрии Института материнства и детства, ФGAOY BO «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации; руководитель НИИ педиатрии и охраны здоровья детей, ФГБНУ «Российский научный центр хирургии имени академика Б.В. Петровского», г. Москва, Россия.

Leyla S. Namazova-Baranova – Grand PhD in Medical sciences, Professor, Academician of the RAS, Head of the Department of Faculty Pediatrics at the Institute of Maternity and Childhood, N.I. Pirogov Russian National Research Medical University; Head of Pediatrics and Child Health Research Institute, Russian Scientific Center of Surgery named after B.V. Petrovsky, Moscow, Russia.
E-mail: orgkomitet@pediatr-russia.ru, ORCID: 0000-0002-2209-7531, SPIN-код: 1312-2147

РАБОТА ВО ВРЕМЯ БОЛЕЗНИ: РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ, МЕТОДЫ ОЦЕНКИ, ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОТЕРИ. СИСТЕМАТИЧЕСКИЙ ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

О.С. КОБЯКОВА¹, А.Ф. КАНЕВ¹, Н.Г. КУРАКОВА¹, Р.Л. КАРМИНА¹

¹ ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва, Россия.

УДК 614.2

DOI: 10.21045/2782-1676-2025-5-4-45-65

Аннотация

Введение. По причине временной нетрудоспособности работников Российская Федерация ежегодно теряет около 4% ВВП. Особенно большую проблему для экономики страны и медицины труда представляет такое явление как презентеизм – присутствие на рабочем месте во время болезни – который создает риски экономического ущерба для работодателя и риски потерь здоровья для экономически активного населения страны. При этом феномен презентеизма остается малоизученным во всем мире. Актуальности проблеме добавляет существенная вариативность результатов различных методов оценки данного явления. Недостаток понимания частоты их применения, корреляции и влияния на выбор подходов препятствует как межисследовательским сравнениям, так и созданию унифицированных стратегий и рекомендаций по профилактике и снижению экономических потерь, связанных с презентеизмом. **Цель исследования:** систематизация данных о распространенности, методах оценки и экономическом бремени презентеизма и анализ их региональных особенностей. **Материалы и методы.** Систематический обзор подготовлен в соответствии с правилами PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses). Поиск литературы проводился в базах данных PubMed, Scopus и Elibrary. В обзор включены 84 оригинальные статьи, опубликованные на английском и русском языках в период с января 2020 по июнь 2025 гг. **Результаты.** Выполнен систематический обзор, который выявил ряд ключевых тенденций и методологических проблем в исследованиях презентеизма. Отмечена выраженная региональная специфика, в частности, акцент европейских исследований на экономических аспектах и финансовых потерях. Подтверждено доминирование опросника WPAI в мировых исследованиях, при этом в азиатских странах (особенно Японии) широко используется WFun, что отражает культурные особенности. Выявлена диспропорция в подходах к формированию выборки: фокус на конкретных нозологиях преобладает в западных странах, тогда как в Китае и Бразилии чаще исследуются определенные сферы деятельности работников. Тематический анализ показал концентрацию на болевых синдромах, а среди профессиональных групп наиболее изученными оказались медицинские работники. Основной методологической проблемой стала крайняя неоднородность способов представления количественных результатов, что существенно затрудняет их сравнение и проведение мета-анализов. Это указывает на острую потребность в разработке единых стандартов отчетности для повышения валидности и сопоставимости данных. **Заключение.** Анализ литературы выявил существенные методологические вызовы в изучении презентеизма, требующие унификации подходов к его оценке и экономической интерпретации. Предложены наиболее актуальные направления дальнейших исследований, включающие разработку согласительных документов для стандартизации методологии оценки и представления данных, кросс-валидацию существующих шкал, унификацию подходов к экономической оценке, расширение спектра изучаемых нозологий и создание клинических рекомендаций и руководств для практического применения при эффективном управлении проявлениями данного феномена.

Ключевые слова: экономически активное население, временная нетрудоспособность, презентеизм, распространенность, экономические потери, методы оценки, систематический обзор.

Для цитирования: Кобякова О.С., Канев А.Ф., Куракова Н.Г., Кармина Р.Л. Работа во время болезни: распространенность, методы оценки, экономические потери. Систематический обзор литературы. Общественное здоровье. 2025; 5(4):45–65, DOI: 10.21045/2782-1676-2025-5-4-45-65

Контактная информация: Кармина Раиса Леонидовна, e-mail: karminarl@mednet.ru

Финансирование: исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Статья поступила в редакцию: 25.07.2025. **Статья принята к печати:** 16.10.2025. **Дата публикации:** 17.12.2025.

UDC 614.2

DOI: 10.21045/2782-1676-2025-5-4-45-65

**WORK DURING ILLNESS: PREVALENCE, ASSESSMENT METHODS AND ECONOMIC LOSS.
A SYSTEMATIC LITERATURE REVIEW**O.S. Kobyakova¹, A.F. Kanev¹, N.G. Kurakova¹, R.L. Karmina¹¹Russian Research Institute of Health, Moscow, Russia.**Abstract**

Introduction. Due to temporary disability of employees, Russian Federation annually loses about 4% of GDP. A significant issue for the national economics and occupational health is the problem of presenteeism – attending work while being ill – which poses dangers to the employer's financial well-being and the health of the country's working population. However, the phenomenon of presenteeism remains largely unexplored worldwide. The significance of the issue of presenteeism is added by the varying results obtained through different assessment methods. Lack of understanding of their frequency, correlation and influence on the choice of approaches hinders both inter-research comparisons and the creation of unified strategies and recommendations to prevent and reduce economic loss associated with presenteeism. *The purpose of the study* is to systematize data on the prevalence, assessment methods, and economic burden of presenteeism and analyze their regional characteristics. *Materials and methods.* The systematic review was prepared in accordance with the PRISMA guidelines (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses). The literature search was performed using PubMed, Scopus, and eLibrary databases. The review includes 84 original articles published in English and Russian between January 2020 and June 2025. *Results.* The undertaken systematic review has identified a number of key trends and methodological challenges in the research on presenteeism. There is a pronounced regional peculiarity, particularly in European studies, which focus on economic aspects and financial loss. The prevalence of the WPAI questionnaire in global research has been confirmed, while in Asian countries (especially Japan) the WFun scale, reflecting cultural peculiarities, is widely used. There is also a discrepancy in the approach to sampling: the focus on specific nosologies prevails in Western countries, whereas in China and Brazil, certain areas of employee activity are more frequently explored. The thematic analysis shows a focus on pain syndromes, while among the occupation groups, medical workers prevail. An extreme heterogeneity of quantitative result presentation turned out to be the major methodological challenge, significantly complicating comparisons and meta-analyses. This indicates an urgent need to develop uniform reporting standards to improve data validity and comparability. *Conclusion.* The literature review has identified significant methodological challenges in the research on presenteeism, requiring unification of approaches to its assessment and economic interpretation. The study has proposed the most significant areas for further research, including the development of consensus documents for standardizing assessment methods and data presentation, cross-validation of existing scales, unification of approaches to economic evaluation, expansion of the range of studied nosologies, and the creation of clinical recommendations and guidelines for practical applications to effectively manage presenteeism.

Keywords: economically active population, temporary disability, presenteeism, prevalence, economic loss, assessment methods, systematic review.

For citation: Kobyakova O.S., Kanev A.F., Kurakova N.G., Karmina R.L. Work during illness: prevalence, assessment methods and economic loss. A systematic literature review. Public health. 2025; 5(4):45–65, DOI: 10.21045/2782-1676-2025-5-4-45-65

For correspondence: Raisa L. Karmina, e-mail: karminarl@mednet.ru

Funding: the study had no sponsorship.

Conflict of interests: the authors declare that there is no conflict of interests.

Received: 25.07.2025. **Accepted:** 16.10.2025. **Published:** 17.12.2025.

Аннотации на испанском и французском языках приводятся в конце статьи

ВВЕДЕНИЕ

Вопросы поддержания здоровья экономически активного населения, которое рассматривается как ключевой фактор социально-экономического развития любой национальной макроэкономики [1, 2], становятся мегатрендом глобальной предметной области «Общественное здравоохранение», т.к. здоровьесбережение работников является важной предпосылкой роста производительности труда и оказывает влияние на экономическое благополучие и социальную стабильность общества в целом [3, 4]. На фоне трансформации

социально-демографического состава рабочей силы и ускоренного старения населения, мониторинг и улучшение показателей здоровья приобретают критически важное значение, особенно для лиц трудоспособного возраста. Высокий уровень заболеваемости с временной утратой трудоспособности (ВУТ) является серьезной причиной экономических потерь общества [1]. Совместный анализ Института здравоохранения McKinsey и Всемирного экономического форума выявил, что улучшение благосостояния и здоровья кадровых ресурсов может обеспечить огромный экономический потенциал, достигающий 11,7 трлн. долл. США

в виде глобальной экономической выгоды [5]. Изучение динамики заболеваемости экономически активного населения – первостепенная задача, результаты которой должны обеспечить надежную базу для разработки и принятия эффективных управленческих решений, направленных на минимизацию демографических рисков и сохранение человеческого капитала на рынке труда.

Согласно данным Российского мониторинга экономического положения и здоровья населения НИУ-ВШЭ (RLMS-HSE) [6], россияне слабо вовлечены в активные действия по сохранению собственного здоровья, что ставит под угрозу возможности устойчивого социально-экономического развития страны. Нарастающая недостаточность трудовых ресурсов формирует новые вызовы отечественной системе здравоохранения, нацеленной на решение приоритетной задачи снижения заболеваемости и смертности от ведущих неинфекционных заболеваний (болезней системы кровообращения, травм и отравлений) среди экономически активного населения [7].

Многочисленными исследованиями показано, что благополучие и здоровье работающего населения зависят от сложного взаимодействия множества факторов трудового процесса. Помимо традиционно учитываемых условий труда (интенсивность, нагрузки, физическая среда), критически влияющих на профессиональные риски, ключевую роль также играют социальные факторы (социально-экономический статус, доступ к медицине, социальная поддержка) и индивидуальные, прежде всего поведенческие, аспекты (образ жизни, вредные привычки, физическая активность) [8, 9, 10]. Все эти уровни – от макросоциальных и организационных до микроиндивидуальных – взаимосвязаны, и их комплексное понимание необходимо для разработки эффективных стратегий по укреплению здоровья работников. Так, Министерство здравоохранения Российской Федерации в целях реализации федерального проекта «Здоровье для каждого» национального проекта «Продолжительная и активная жизнь» на период 2025–2030 гг. планирует внедрить в рабочую среду экономически активного населения организационные инициативы, рекомендации по реализации которых представлены в руководстве по разработке, внедрению и оценке эффективности корпоративных программ «Модельные корпоративные программы и практики укрепления здоровья работающих», разработанном

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Минздрава России (ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России) [11].

В качестве одного из целевых показателей достижения поставленных задач в рамках реализации проекта «Продолжительная и активная жизнь» указан «Снижение суммарной продолжительности временной нетрудоспособности по заболеванию работающих граждан» (до 85%) [12]. По причине временной нетрудоспособности работников, по оценкам экспертов Министерства здравоохранения Российской Федерации, экономика ежегодно теряет около 4% ВВП [13]. В этой связи уже с 1 сентября 2025 г. планируется обновить порядок экспертизы временной нетрудоспособности и скорректировать правила оформления больничных листов [14]. При этом появляются основания полагать, что сокращение числа оплачиваемых больничным листом дней будет повышать мотивацию присутствия на рабочем месте во время болезни, что, в свою очередь, формирует риски экономических потерь для работодателя, размеры которых по оценкам специалистов составляют до 4,5 часов в день из-за сниженной производительности труда работающего на износ сотрудника [15].

Феномен присутствия на рабочем месте во время болезни – презентеизм – представляет собой серьезную проблему современной медицины труда и экономики здравоохранения [16]. В отличие от абсентеизма, который легко поддается количественной оценке, презентеизм остается менее изученным, несмотря на его потенциально более серьезные последствия для производительности труда, качества жизни работников и финансовых потерь предприятий [17]. Снижение продуктивности из-за заболеваний, хронических состояний или психологического дискомфорта приводит к существенным экономическим издержкам, однако методы оценки этого явления, его распространенность и влияние на различные профессиональные и клинические группы остаются неоднозначными. На сегодняшний день не существует единого общепринятого инструмента оценки, что создает существенные сложности при сравнении результатов различных исследований и формировании целостной картины этого явления.

Актуальность проблемы усугубляется тем, что разные методы оценки презентеизма – от стандартизированных опросников (таких как WPAI, SPS-6, WHO-HPQ) до оригинальных анкет

и анализа регистровых данных – могут давать существенно отличающиеся результаты. В научной литературе до сих пор отсутствует четкое понимание, какие из этих методов используются наиболее часто, как их результаты соотносятся между собой, и какие факторы влияют на выбор того или иного подхода в конкретных исследованиях. Этот методологический плюрализм затрудняет не только межисследовательские сравнения, но и разработку унифицированных рекомендаций по профилактике и снижению экономических потерь, связанных с презентеизмом.

Цель исследования: систематизация данных о распространенности, методах оценки и экономическом бремени презентеизма и анализ их региональных особенностей.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Стратегия поиска. Систематический обзор подготовлен в соответствии с правилами PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) [18]. Поиск литературы проводился в базах данных PubMed, Scopus и Elibrary с использованием ключевых слов и медицинских предметных заголовков (MeSH).

Поисковый запрос для базы PubMed был сформулирован следующим образом:

((«presenteeism» [MeSH Terms] OR «presenteeism» [All Fields]) AND («evaluability» [All Fields] OR «evaluate» [All Fields] OR «evaluated» [All Fields] OR «evaluates» [All Fields] OR «evaluating» [All Fields] OR «evaluation» [All Fields] OR «evaluation s» [All Fields] OR «evaluations» [All Fields] OR «evaluative» [All Fields] OR «evaluatively» [All Fields] OR «evaluatives» [All Fields] OR «evaluator» [All Fields] OR «evaluator s» [All Fields] OR «evaluators» [All Fields])) AND ((ft[Filter]) AND (2020:2025[pdat])).

Поисковый запрос для базы данных Scopus выглядел следующим образом:

TITLE-ABS-KEY (presenteeism AND evaluation) AND PUBYEAR > 2019 AND PUBYEAR < 2026 AND (LIMIT-TO (LANGUAGE, «English»)) AND (LIMIT-TO (DOCTYPE, «ar»)).

В базе данных Elibrary выполнялся расширенный поиск по термину «Презентеизм» в названиях публикации, аннотациях и ключевых словах, тип публикации был ограничен статьями в журналах.

В обзор включены оригинальные статьи, опубликованные на английском и русском языках в период с января 2020 по июнь 2025 гг.

Процесс поиска литературы. Во время первого этапа скрининга двумя авторами независимо друг от друга проводился анализ названий и абстрактов массива, отобранных в соответствии с заданными критериями поиска публикаций. На втором – выполнялась оценка полных текстов статей, отфильтрованных ранее (первый этап). Каждый источник литературы дополнительно дифференцировался согласно указанным критериям: 1) представлял собой оригинальное исследование; 2) содержал информацию о методологии оценки презентеизма; 3) был нацелен на анализ феномена в четко ограниченной выборке – среди специалистов определенной профессии или пациентов с конкретным диагностированным расстройством; 4) для публикаций, посвященных экономической оценке, – указан её метод, выполнен расчет экономических потерь, связанных конкретно с презентеизмом, но не с общим анализом ущерба, связанного со снижением трудоспособности. В обзор не включались статьи, посвященные влиянию на уровень презентеизма медицинских и немедицинских вмешательств – оперативного лечения, назначения лекарственных препаратов, психологического консультирования и т.п.

Контроль качества. Качество задействованных работ оценивалось независимо двумя авторами с использованием чек-листа Joanna Briggs Institute (JBI) для исследований, посвященных изучению распространенности [19]. Особое внимание уделялось репрезентативности (исключались публикации, основанные на выборках без четкой принадлежности к профессиональной группе или конкретной нозологии) и инструментам (не рассматривались статьи, в которых не был обозначен метод оценки презентеизма).

Статистический анализ и представление данных. Для статистического анализа данных использовалась программная среда R (версия 4.4.1, R Core Team, 2025) [20]. Различия по качественным показателям оценивались с помощью критерия хи-квадрат (χ^2) Пирсона, по количественным – с использованием U-критерия Манна-Уитни, поскольку для них не выполнялось условие нормального распределения. В обоих случаях различия принимались значимыми при $p < 0,05$. Визуализация данных реализована с использованием пакета программ Microsoft Office, а также облачного инструмента для визуализации данных «Datawrapper» (сайт: <https://app.datawrapper.de/>).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Процесс скрининга. На рисунке 1 отражен процесс скрининга в соответствии с диаграммой PRISMA. Для итогового анализа были отобраны 84 статьи. Данные о публикациях, прошедших отбор, представлены в таблице 1.

Распределение публикаций по годам выпуска. Распределение публикаций полученной выборки по годам отражено на рисунке 2. График демонстрирует рост числа публикаций, посвященных оценке связанных с феноменом презентеизма

экономических потерь. Следует отметить, что 2024 и 2025 гг. отмечены пунктиром, поскольку информация о числе статей, опубликованных за этот временной интервал, является неполной: на 1 июня 2025 г. – дату формирования поискового запроса – индексация научных исследований за 2024 г. в международных библиометрических базах данных еще не закончена.

География. Большая часть публикаций посвящена исследованиям, выполненным на популяциях отдельных стран ($n = 78$, 92,9%). Среди них наибольшее число статей оценивают бремя

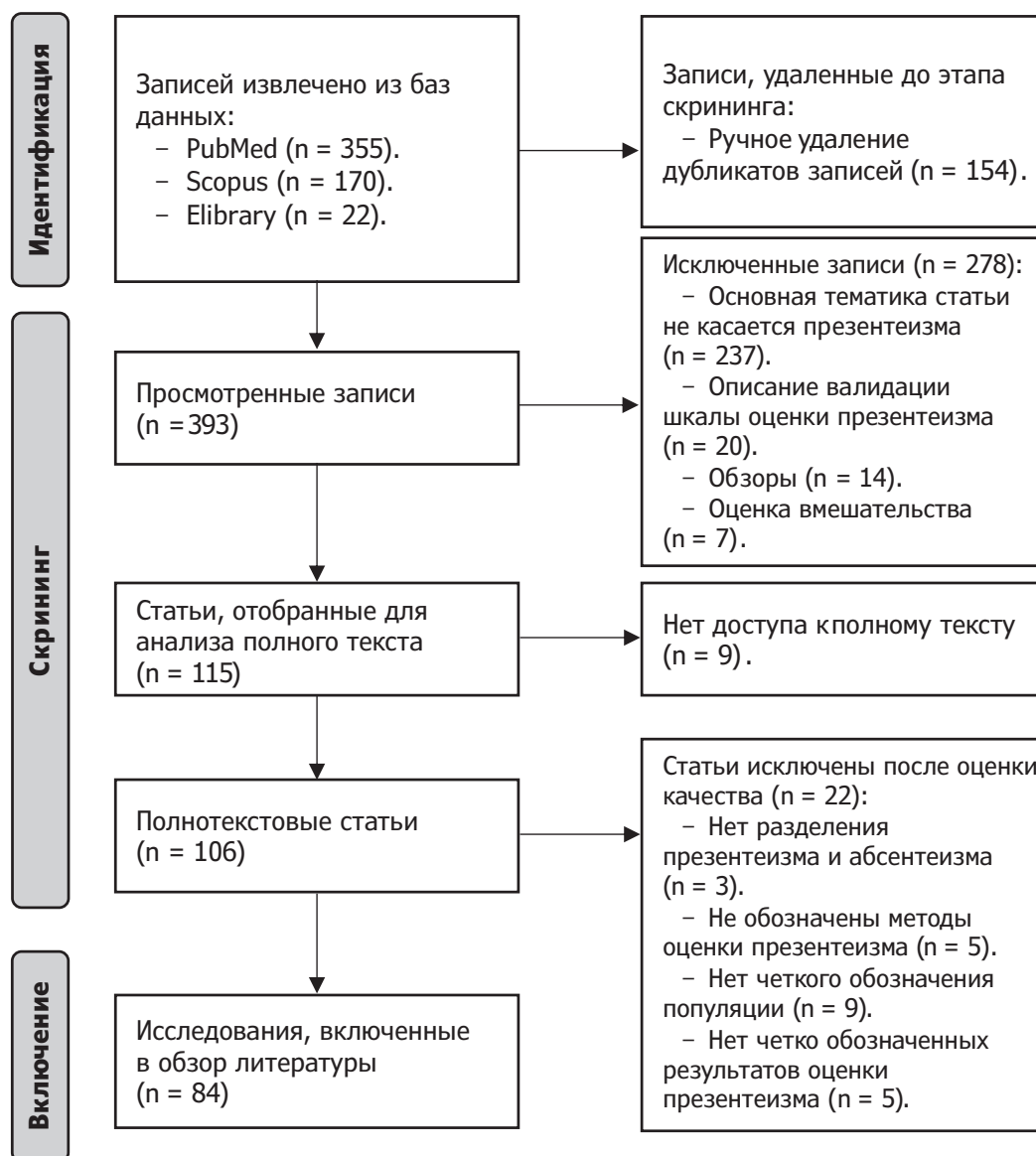


Рис. 1. Диаграмма PRISMA, иллюстрирующая процесс отбора публикаций с указанием причин включения и исключения статей в систематический обзор

Источник: составлено авторами.

Таблица 1

Итоговый перечень публикаций, сформированный на основании проведенного скрининга и иллюстрирующий их соответствие ключевым критериям включения в систематический обзор

Страна	Тип оценки	Способ оценки	Публикация	Выборка	Бремя през-ма	Степень тяжести през-ма
США (n = 15)	Б. (n = 11)	WPAI (n = 11)	Jain et al (2022) [21]	Депрессия (n = 8853)	-	20,1%
			Dodick et al (2024) [22]	Мигрень (n = 1087)	-	41,0% – 55,0%*
			Leibovit-Reiben et al (2024) [23]	Мигрень (n = 584)	-	38,5%
			Ishii et al (2021) [24]	Мигрень (n = 836)	-	28,8% – 50,4%*
			DePree et al (2023) [25]	Менопауза (n = 359)	-	37,4% – 64,3%*
			Greco et al (2021) [26]	Кератит (n = 274)	-	18,0%
			Stevens et al (2023) [27]	Гиперсомния (n = 56)	-	47,6%
			Jennum et al (2021) [28]	Обструктивное апноэ (n = 643)	-	24,5% – 38,3%
			Banerji et al (2020) [29]	НАО (n = 445)	-	23,0%
			Katz et al (2020) [30]	СКВ (n = 636)	-	37,9%
			Robbins et al (2022) [31]	Сиделки (n = 258)	-	7,6%
	Б. + Э. (n = 4)	WPAI (n = 2)	Levy et al (2022) [32]	Травмы (n = 2214)	-	26,6% – 40,6%®
			Abdelmageed et al (2025) [33]	Родители больных детей (n = 6)	-	26,7%
		Регистры (n = 2)	Shrestha et al (2022) [34]	Курение (n = 20771)	0,66% – 1,68%#	-
			Greenberg et al (2023) [35]	Депрессия (n = 7,5 млн)	-	23 дня/год
Япония (n = 14)	Б. (n = 12)	WPAI (n = 5)	Tomita et al (2021) [36]	Хронические запоры (n = 963)	40,3%	33,2%
			Sakai et al (2023) [37]	РА (n = 2614)	-	6,5%
			Saeki et al (2022) [38]	Псориаз (n = 51)	56,9%	-
			Nakai et al (2022) [39]	СДВГ (n = 713)	-	32,3%
			Yoshimoto et al (2020) [40]	Медсестры [§] (n = 668)	-	30,0%
		WFUN (n = 5)	Ishimaru et al (2023) [41]	Менопауза (n = 4000)	13,0%	-
			Beppu et al (2025) [42]	Мужская менопауза (n = 1996)	14,0–56,0%	-
			Kiyohara et al (2025) [43]	Курение (n = 6512)	47,5%	-
			Ishimaru et al (2023) [44]	Врачи (n = 3968)	13,9%	-
			Takasaki (2025) [45]	Офисные работники [§] (n = 713)	59,9% – 67,2%&	31,6% – 35,4%&
		WHO-HPQ (n = 1)	Okamoto et al (2024) [46]	Менструация (n = 238)	-	9,0% – 31,0%*
		QQ (n = 1)	Mori et al (2020) [47]	Диабет (n = 780)	14,5% – 27,1%*	-
	Б. + Э. (n = 2)	WPAI (n = 2)	Takaesu et al (2025) [48]	БАР (n = 211)	72,5%	42,1%
			Ohyama et al (2023) [49]	АА (n = 235)	-	23,9%
Бразилия (n = 6)	Б. (n = 5)	SPS-6 ± самооценка (n = 3)	Zanon et al (2021) [50]	Медперсонал (n = 758)	31,5%	-
			da Silva et al (2024) [51]	Госслужащие (n = 106)	45,2%	-
			Alves et al (2024) [52]	Медперсонал (n = 152)	55,9%	19,98 баллов

Страна	Тип оценки	Способ оценки	Публикация	Выборка	Бремя през-ма	Степень тяжести през-ма
		ОО (n = 1)	de Oliveira et al (2023) [53]	Врачи (n = 309)	82,8%	-
		Самооценка (n = 1)	Dantas et al (2020) [54]	МСБ (n = 847)	59,0%	-
	Б. + Э. (n = 1)	Самооценка (n = 1)	Oliveira et al (2020) [55]	Головная боль (n = 411)	26,2%	5,7 дней за 3 мес.
Китай (n = 6)	Б. (n = 5)	WPAI (n = 2)	Li et al (2022) [56]	SAPHO (n = 201)	-	20,0%
			Tang et al (2024) [57]	Обструктивное апноэ (n = 302)	-	10,0% – 30,0%*
		Самооценка (n = 2)	Xi et al (2020) [58]	Врачи (n = 1154)	66,46%	-
			Pei et al (2020) [59]	Врачи (n = 1376)	30,67%	-
		SPS-6 (n = 1)	Jianlan et al (2024) [60]	Медсестры (n = 312)	51,9%	14,67 баллов
	Б. + Э. (n = 1)	SPQ (n = 1)	Shan et al (2021) [61]	Медсестры (n = 658)	94,25%	21,01%
РФ (n = 6)	Б. (n = 5)	WPAI (n = 3)	Царев с соавт (2025) [62]	Зависимые лица (n = 125)	-	60,2%; 31 ч/нед
			Михеева с соавт (2024) [48]	Системная склеродермия (n = 34)	-	30%
			Логинова с соавт (2020) [64]	ПА (n = 240)	49,6%	-
		WHODAS 2.0 (n = 1)	Гвоздецкий с соавт (2021) [65]	Депрессия (n = 30)	-	4,5 дня/мес
		ОО (n = 1)	Фрелих с соавт (2021) [66]	Рабочие завода (n = 169)	50,0%	6–15 дней/год
	Б. + Э. (n = 1)	Атрия (n = 1)	Концевая с соавт. (2022) [67]	Несколько отдельных групп% (n = 7500)	2,7% – 66,2%+	30 мин – 4 ч 27 мин /день+
Канада (n = 4)	Б. (n = 2)	WPAI ± VOLP (n = 2)	Soliman et al (2021) [68]	Эндометриоз (n = 1599)	-	41,8%
			Gelfand et al (2021) [69]	Медсестры, сиделки (n = 383)	25,36%	45,9% (WPAI), 37,6% (VOLP)
	Б. + Э. (n = 2)	VOLP (n = 1)	Lioran et al (2022) [70]	Рассеянный склероз (n = 512)	24,0%	5% рабочего времени
		Самооценка (n = 1)	Algamdi et al (2020) [71]	ИБЛ (n = 113)	51,0%	5,5 часов/нед
Испания (n = 3)	Б. (n = 2)	WPAI (n = 2)	Pascual et al (2023) [72]	Мигрень (n = 7221)	-	41,9%
			Alvarez-Roman et al (2024) [73]	Гемофилия А (n = 37)	-	21,6%
	Б. + Э. (n = 1)	Регистры (n = 1)	Alonso-Garcia et al (2020) [74]	МСБ (n = 2,98 млн)	-	4,9 дней за 2 недели
Австралия (n = 2)	Б. (n = 1)	Самооценка (n = 1)	Pasfield et al (2022) [76]	Ветеринары (n = 122)	66,4%	-
	Б. + Э. (n = 1)	WPAI (n = 1)	Ackerman et al (2022) [75]	МСБ (n = 81)	77,0%	30,0%
Велико-Британия (n = 2)	Б. (n = 1)	ОО (n = 1)	Zhou et al (2022) [77]	Врачи (n = 67)	73,0%	-
	Б. + Э. (n = 1)	WPAI (n = 1)	Smith et al (2023) [78]	МСБ (n = 1035)	-	33,5%
Италия (n = 2)	Б. (n = 1)	WPAI (n = 2)	Salaffi et al (2022) [79]	Фибромиалгия (n = 209)	-	44,35%
	Б. + Э. (n = 1)		Martelletti et al (2021) [80]	Мигрень (n = 215)	-	45,3%
Мексика (n = 2)	Б. + Э. (n = 2)	WPAI (n = 1)	Miranda-Cordero et al (2025) [81]	ХВЗК (n = 326)	-	23,1% – 33,3%
		Регистры (n = 1)	Bailon et al (2024) [82]	Рак легкого (n = 188)	-	21,0%

Страна	Тип оценки	Способ оценки	Публикация	Выборка	Бремя през-ма	Степень тяжести през-ма
Нидерланды (n = 2)	Б. + Э. (n = 2)	ОО (n = 1)	Sips et al (2023) [83]	↓ иммунитета (n = 425)	-	22,8%, 19 дней/год
		PCQ (n = 1)	Bosman et al (2023) [84]	ФР ЖКТ (n = 468)	34,4%	-
Португалия (n = 2)	Б. (n = 1)	SPS-6 (n = 1)	Magalhaes et al (2022) [85]	Работники университета (n = 332)	30,1%	-
	Б. + Э. (n = 1)	ОО (n = 1)	Gil-Gouveia et al (2022) [86]	Головная боль (n = 3249)	15,0% – 29,0% ^б	-
Саудовская Аравия (n = 2)	Б. (n = 1)	WPAI (n = 1)	Alquez et al (2022) [87]	Гемодиализ (n = 33)	-	42,7%
	Б. + Э. (n = 1)	SPS-6 (n = 1)	Shdaifat (2023) [88]	Медсестры (n = 309)	-	652,3 часа/год
Тунис (n = 2)	Б. (n = 2)	WPAI (n = 2)	Tekaya et al (2024) [89]	СА (n = 37)	-	100%
			Omrane et al (2025) [90]	Астма (n = 101)	-	33,1%
Турция (n = 2)	Б. (n = 2)	WPAI (n = 1)	Cenberoglu et al (2025) [91]	АС (n = 87)	-	33,8%
		ОО (n = 1)	Oral et al (2024) [92]	Рабочие завода (n = 152)	13,2%	-
Венгрия (n = 1)	Б. + Э. (n = 1)	WPAI (n = 1)	Gaspar et al (2022) [93]	СГ (n = 122)	-	63 дня/год
Дания (n = 1)	Б. (n = 1)	WPAI (n = 1)	Yao et (2020) [94]	СГ (n = 57)	60,4%	26,6%
Индонезия (n = 1)	Б. (n = 1)	QQ (n = 1)	Agustiana et al (2024) [95]	Рабочие завода (n = 109)	-	10 баллов
Малайзия (n = 1)	Б. + Э. (n = 1)	WPAI (n = 1)	Wong et al (2020) [96]	Мигрень (n = 598)	-	39,1%
Франция (n = 1)	Б. + Э. (n = 1)	ОО (n = 1)	Barral et al (2021) [97]	Перенесенный ишемический инсульт (n = 57)	15,8%	-
Швеция (n = 1)	Б. (n = 1)	Самооценка (n = 1)	Gustafsson et al (2020) [98]	Медсестры, сиделки (n = 7973)	47,5% – 53,5% [?]	-
Страны Евросоюза (n = 3)	Б. (n = 2)	WPAI (n = 3)	O'Hara et al (2021) [99]	Гемофилия А (n = 175)	25,7% – 37,7%*	25,1%
			Florin et al (2025) [100]	Болезнь Бехчета (n = 97)	60,2%	45,4%
	Б. + Э. (n = 1)		Holko et al (2023) [101]	ХВЗК (n = 2455)	-	5,27 часов/нед
Страны Латинской Америки (n = 1)	Б. (n = 1)	WPAI (n = 1)	Ibanez Vodnizza et al (2020) [102]	Аксиальный спондилоарт-рит (472)	-	82%
Разные регионы (n = 2)	Б. (n = 2)	WPAI (n = 2)	Karacayli et al (2022) [103]	РАС (n = 143), Болезнь Бехчета (n = 365)	28,8% – 61,5% ^б	-
			Frandsen et al (2023) [104]	ФР ЖКТ (n = 3984)	42,0% – 57,3% ^б	10,0% – 20,0% ^б

Примечание: серым цветом обозначены исследования, посвященные оценке презентеизма в структуре профессионального сообщества; * – в зависимости от тяжести заболевания/состояния; ® – в зависимости от времени, прошедшего после травмы; \$ – страдающие болью в спине; & – в зависимости от пола и формата работы (удаленный или гибридный); ^б – в зависимости от конкретной нозологической формы; ? – в зависимости от характера работы (медсестра/сиделка); % – работники сфер промышленности, образования, науки и культуры; + – в зависимости от пола и степени выраженности презентеизма; PCQ – Productivity Cost Questionnaire; QQ – Quantity and Quality Questionnaire; SPQ – Sickness Presenteeism Questionnaire; SPS-6 – Stanford Presenteeism Scale-6; VOLP – Valuation of Lost Productivity Questionnaire; WHODAS2.0 – World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0; WHO-HPQ – World Health Organization Health and Work Performance Questionnaire; WPAI – Work Productivity and Activity Impairment Questionnaire; АА – аутоиммунная аллопеция; АС – анкилозирующий спондилит; Б. – оценка бремени/тяжести презентеизма; Б. + Э. – оценка бремени/тяжести презентеизма и экономических потерь, с ним связанных; БАП – биполярное аффективное расстройство; ИБЛ – интерстициальные болезни легких; МСБ – мышечно-скелетные боли; НАО – наследственный ангионевротический отек; ОО – оригинальный опросник; П. – презентеизм; ПА – псориазический артрит; РА – ревматоидный артрит; РАС – рекуррентный афтозный стоматит; СА – спондилоартрит; СГ – суппуративный гидраденит; СДВГ – синдром дефицита внимания и гиперактивности; СКВ – системная красная волчанка; ФР ЖКТ – функциональные расстройства желудочно-кишечного тракта; ХВЗК – хронические воспалительные заболевания кишечника.

Источник: составлено авторами.

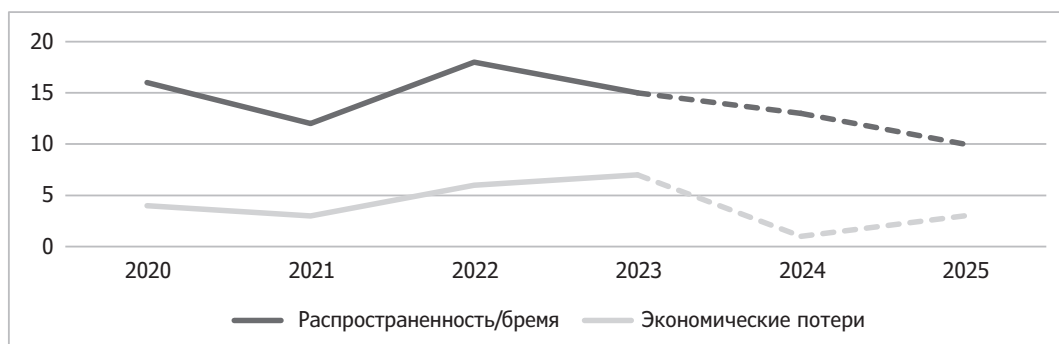


Рис. 2. Число публикаций, посвященных оценке распространенности и бремени презентеизма, 2020–2025 гг.

Примечание: пунктиром обозначены временные интервалы о числе статей, по которым на 1 июня 2025 г. информация является неполной.

Источник: составлено авторами.

презентеизма среди населения США ($n = 15$, 17,9%) и Японии ($n = 14$, 16,7%). Третье, четвертое и пятое места делят между собой Бразилия, Китай и Российская Федерация (по 6 публикаций, 7,1%). На отдельные страны Европы суммарно приходится 15 статей, Азии и Северной Америки (за исключением США, Японии и Китая) – по 6. Латинская Америка представлена упомянутой выше Бразилией, Африка – Тунисом (2 публикации). Вклад Австралии в изучение презентеизма ограничен 2 исследованиями. Небольшая часть статей ($n = 6$) охватывает целые регионы: Европу ($n = 3$) и Латинскую Америку ($n = 1$); еще 2 работы вообще не ограничиваются пределами одной географической области.

Тип исследований. В библиометрических базах данных можно встретить два основных типа исследований, посвященных оценке презентеизма. Первый касается анализа бремени явления, под которым одни авторы понимают его распространенность в исследуемой популяции, другие – степень выраженности нарушения трудоспособности, третьи – продолжительность периодов сниженной продуктивности. Такие статьи составляют основной массив литературы, посвященной изучению

презентеизма – их в проанализированной выборке оказалось 59 (70,2%). Оставшаяся треть публикаций ($n = 25$, 29,8%), помимо изучения бремени сниженной трудоспособности, затрагивает и ее экономические последствия. Преобладание первого типа статей в целом характерно для большинства стран, демонстрирующих высокую публикационную активность в рамках анализируемой проблематики презентеизма: среди них доля публикаций с экономической оценкой варьирует в пределах 14,3% – 33,3% (показатели Японии и Испании, соответственно), в среднем составляя 21,5%. Шесть стран, в числе которых Канада, Великобритания, Португалия, Италия, Саудовская Аравия и Австралия, имеют на своем счету равное количество статей обоих типов. Оставшиеся страны, характеризующиеся весьма скромной публикационной активностью, отметились лишь работами только какого-то одного типа: изолированно бремя презентеизма изучалось на популяциях пяти стран, вкупе с экономической оценкой – еще пяти. Существуют некоторые региональные особенности изучения феномена (таблица 2): доля публикаций с экономической компонентой в анализе в Евросоюзе оказалась

Таблица 2

Региональные различия типов исследования феномена презентеизма

Тип исследования	Регион 1: Азия	Регион 2: Европа	Регион 3: Америки	Chi-Square Пирсона
Бремя презентеизма	27 (79,4%)	9 (50,0%)	19 (67,9%)	1–2: $p = 0,021$ 1–3: $p = 0,217$ 2–3: $p = 0,226$
Бремя презентеизма + Экономическая оценка	7 (20,6%)	9 (50,0%)	9 (22,1%)	

Примечание: Азией в таблице обозначен Азиатско-Тихоокеанский регион, включающий Австралию; Россия отнесена к Азии; число публикаций приведено для Североамериканского и Южноамериканского континентов совместно; в расчет не включены исследования, охватывающие сразу несколько из указанных регионов.

Источник: составлено авторами.

статистически значимо выше по сравнению с Азиатско-Тихоокеанским регионом, для которого более характерно изолированное исследование распространенности данного явления.

Методы оценки презентеизма. Для оценки презентеизма в структуре проанализированных публикаций научные группы применяли 12 разных методов. 8 из них были представлены валидизированными опросниками. Work Productivity and Activity Impairment Questionnaire (WPAI, в т.ч. его специфичные для конкретных заболеваний версии) использовался в более, чем половине исследований (n = 47, 56,0%). Второе место по популярности занимает Stanford Presenteeism Scale шестой редакции (SPS-6) с гораздо более скромным результатом – 6 статей (7,1%). Work Functioning Impairment Scale (WFun) задействовали пять научных групп (6,0%). На счету Quality and Quantity Questionnaire (QQ) и Valuation of Lost Productivity Questionnaire (VOLP) – 2 работы. По 1 исследованию было основано на применении Productivity Cost Questionnaire (PCQ), Sickness Presenteeism Questionnaire (SPQ), World Health Organization Health and Work Performance Questionnaire (WHO-HPQ), World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0 (WHODAS 2.0) и отечественной «Атрии». Ещё 7 исследовательских коллективов использовали оригинальные опросники вместо общепринятых, другие 7 полагались на данные по самооценке работниками собственного состояния, ограничивающиеся одним вопросом в духе «Испытывали ли вы в течение последних n недель эпизоды сниженной трудоспособности, связанной с неудовлетворительным состоянием здоровья?». 4 исследования основывались на оценке презентеизма по данным регистров.

В структуре применяемых методов отмечены некоторые региональные различия. Так, для Японии характерно более редкое использование самого популярного во всем мире опросника – WPAI (n = 7, 50%), в то время как WFun пользуются только в этой стране. В США, напротив, WPAI – единственный применяемый опросник с долей, достигающей 86,7% (n = 13), тогда как оставшиеся

2 исследования базируются на анализе регистров. В Бразилии он (WPAI) вообще не используется, там первое место по распространенности занимает SPS-6 (n = 3, 50%). В Европе применяют все многообразие методов анализа презентеизма.

Если говорить о типе оценки, а именно – о присутствии ее экономической составляющей – можно лишь отметить, что анализ регистров используется исключительно в такого рода статьях. Иные особенности применения инструментов оценки в зависимости от ее характера выявлены не были.

Выборка. В исследованиях презентеизма существует два подхода к определению выборки: один касается изучения распространенности феномена в среде какого-то определенного профессионального сообщества, другой – среди лиц, страдающих специфической нозологией. Последний является доминирующим: на его долю приходится 73,8% всех отобранных научных работ (n = 62). Такой подход преобладает в США (n = 14, 93,3%), Японии (n = 11, 78,6%), Российской Федерации (n = 4, 66,7%), Канаде (n = 3, 75,0%) и странах Европы (n = 15, 83,3%). Бразилия и Китай в этом отличаются: они являются единственными странами, для которых более релевантна оценка феномена презентеизма в профессиональной среде (по 4 статьи у каждой страны, 66,7%). В целом, указанная направленность более характерна для Азиатско-Тихоокеанского региона, на долю которого приходится более половины подобного рода статей (n = 13, 59,1%). Прослеживается взаимосвязь между типом исследования презентеизма и типом выборки: оценка распространенности феномена в профессиональной среде реже сопровождается экономическим анализом (таблица 3).

Если детализировать группы заболеваний, то наиболее часто исследуемой патологией оказалась «головная боль и мигрень», в частности, ей посвящено 8 публикаций (12,9% от общего числа статей, касающихся нозологических форм). Второе место занимают мышечно-скелетные боли (n = 4, 6,5%), третье – депрессия (n = 3, 4,8%). На долю остальных заболеваний приходится по 1–2 статьи. Распределение публикаций по укрупненным категориям болезней представлено на рисунке 3.

Таблица 3

Взаимосвязь между анализируемой популяцией и типом исследования

Тип исследования	Нозологии	Профессии	Chi-Square Пирсона
Бремя презентеизма	40 (64,5%)	19 (86,4%)	P = 0,05
Бремя презентеизма + Экономическая оценка	22 (35,5%)	3 (13,6%)	

Источник: составлено авторами.

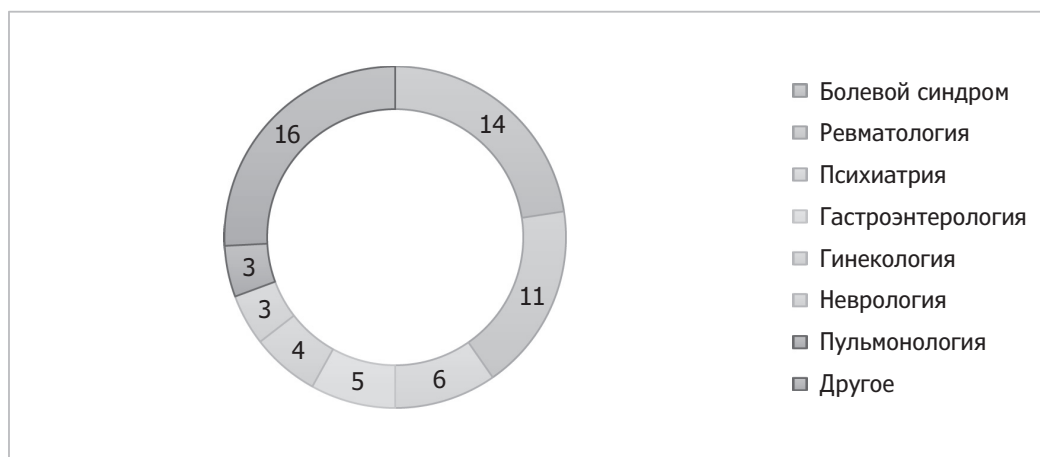


Рис. 3. Распределение нозологических форм по группам

Источник: составлено авторами.

Что касается профессиональных сообществ, то в фокусе исследователей оказались медицинские работники: 14 из 22 работ (63,6%) посвящены именно этой группе, причем на долю медсестер приходится 6 статей, врачей – только 5. В оставшихся публикациях категория медперсонала не дифференцируется.

Способ представления результатов. Всего в рассматриваемом перечне источников было выделено пять разных способов представления данных о презентеизме. Самый распространенный – указание на степень выраженности нарушения работоспособности, представленную в процентах (%). Так поступали более, чем половина научных групп ($n = 44$, 52,4%). Вторым по популярности способом являлась оценка доли лиц, подверженных презентеизму: ее в своих публикациях указали 43 исследовательских коллектива (51,2%). Три других метода – анализ числа дней, в течение которых работники испытывают снижение трудоспособности ($n = 7$, 8,3%), рабочих часов, которые были потеряны в результате этого ($n = 6$, 7,1%) и первичных баллов используемой шкалы ($n = 3$, 3,6%) – встречались гораздо реже. 18 работ (21,4%) одновременно содержали 2 разных способа представления данных.

Стоит отметить, что региональные особенности полученных результатов во включенных в обзор исследованиях коррелировали со способом их представления: так, в Китае и Бразилии доминировала оценка распространенности презентеизма, которая наблюдалась в каждой публикации, выполненной на популяциях этих стран. Исследователями из США, напротив, данные о презентеизме демонстрировались посредством описания выраженности нарушения трудоспособности ($n = 13$, 86,7%). В статьях, страной происхождения которых являлась Япония, соотношение этих методов составило 9 к 8 в пользу распространенности. В Российской Федерации 3 научные работы содержали оценку выраженности презентеизма, одна – его распространенность, две комбинировали уже ранее указанные подходы к представлению данных.

Формат представления результатов также зависел и от выбранной методики оценки презентеизма. В частности, применение широко используемого опросника WPAI, как правило, фокусировалось на степени нарушения трудоспособности и не включало данные о распространенности исследуемого феномена (таблица 4). Работы, задействовавшие менее популярные

Таблица 4

Связь между методом оценки презентеизма и способом представления данных

Тип исследования	Распространенность	Степень нарушения	Chi-Square Пирсона
WPAI	12 (25,5%)	39 (83,0%)	P = <0,001
Иной способ	28 (75,7%)	7 (18,9%)	

Примечание: поскольку ряд исследований совмещал два способа представления данных, сумма ячеек в таблице несколько превышает общее число исследований.

Источник: составлено авторами.

SPS-6 и WFun, напротив, чаще содержали информацию о его распространенности (в 5 случаях из 6 для каждого, 83,3%).

Результаты оценки. Медиана выраженности нарушения трудоспособности среди всех типов исследований составляла 33,2% (22,9% – 41,9%), распространенности – 46,4% (24,0% – 60,4%). Для работ, посвященных отдельным нозологиям, эти значения были равны 33,2% (23,0% – 42,1%) и 34,7% (20,4% – 58,0%), соответственно; для статей, основанных на анализе профессиональных групп – 30,0% (21,0% – 33,5%) и 51,2% (30,7% – 66,5%). Наиболее серьезным заболеванием с точки зрения степени нарушения трудоспособности: по данным 2 исследований оказался спондилоартрит, ее выраженность в среднем составила 100% [89] и 82,0% [102]. По распространенности презентеизма лидирующие позиции занимает Болезнь Бехчета (90,3%) и мышечно-скелетные боли среди австралийской популяции (77,0%) – по данным исследования Askerman I. N. с соавт. [75]. Относительно профессиональных групп: лидирующие позиции в обоих случаях занимают медсестры, с выраженностью нарушений, достигающих в исследовании Gelfand A. с соавт. 45,9% [69] (медиана для всех исследований 30,0% (21,0% – 41,75%)) и распространенностью 94,25% [61] (медиана 51,2% (37,9% – 73,1%)).

Использование опросника WPAI было ассоциировано с получением более высокого медианного уровня нарушения трудоспособности по сравнению с другими тестами (33,5% (25,1% – 42,1%) против 21,0% (21,0% – 22,8%), $p = 0,048$), что, вероятно, может быть связано с разницей в анализируемой популяции.

Экономическая оценка. Данные о публикациях, посвященных экономическим аспектам презентеизма, приведены в таблице 5. Преобладающим способом оценки потерь был метод человеческого капитала (HCA). Он был явно указан в 12 исследованиях из 25 представленных (48,0%), еще в 12 предположение о применении именно этого способа экономического анализа было сделано с учетом формул расчета, приведенных в статьях. Лишь в одной публикации [67] использовался адаптированный метод оценки количества и качества выполненной работы («Quantity and quality method»). В целом, сопоставление различных исследований по уровню экономических потерь представляет серьезные методологические трудности. В 3 публикациях указана лишь общая сумма непрямых экономических потерь, без разделения на повлекший их вид нарушения трудоспособности – абсентеизм или

презентеизм. Также сложность вызывает оценка потерь в местной валюте, без приведения повсеместно используемых – доллара США или Евро, что было характерно для 9 работ. В этом случае для корректного сравнения результатов, полученных разными научными группами, потребуются пересчет потерь, исходя из курса валют на момент проведения исследования, что может быть затруднительным. Наконец, формат представления данных также различался: в 15 статьях обозначены потери на человека в единицу времени (чаще всего – в год, однако в 2 случаях избранными авторами временными промежутками служили неделя и квартал), в 7 публикациях приведены суммарные экономические потери, связанные с нарушением трудоспособности всей популяции сотрудников. Так или иначе, полученные результаты впечатляют: потери для экономики страны вследствие подверженности лишь только одной нозологии могут исчисляться миллиардами долларов в год.

ОБСУЖДЕНИЕ

Проведенный систематический обзор выявил несколько ключевых аспектов, требующих углубленного анализа. Прежде всего, обращает на себя внимание выраженная региональная специфика в подходах к изучению презентеизма. Европейские исследования демонстрируют особый интерес к экономическим аспектам проблемы – 50% работ из стран Европы включают оценку финансовых потерь, что существенно превышает показатели других регионов. Такая ситуация может быть обусловлена особенностями систем социального страхования в Европе, где работодатели несут значительные расходы на оплату больничных листов, а также существованием директив, прямо рекомендующих оценку экономического бремени проблем здоровья работников [105].

Методологический ландшафт исследований презентеизма характеризуется доминированием опросника WPAI, который использовался в 56,0% проанализированных работ. Его популярность объясняется комплексом факторов: валидированностью для широкого спектра заболеваний (более 40 нозологий), удобством краткой формы, содержащей всего 6 вопросов, и возможностью расчета стандартизированного показателя утраты продуктивности [106]. Однако в азиатских странах, особенно в Японии, предпочтение отдается опроснику WFun, что

Таблица 5

Обзор исследований, посвященных экономическому бремени презентеизма

Исследование	Популяция	Метод оценки	Валюта	Потери
Levy et al (2022) [32]	Травмы (n = 2214)	HCA	Доллар США	5,15 тыс. на чел. в год
Abdelmageed et al (2025) [33]	Родители больных детей (n = 6)	HCA	Доллар США	1,22 тыс. на чел. в год
Shrestha et al (2022) [34]	Курение (n = 20771)	HCA	Доллар США	46,8 млрд. суммарно в год
Greenberg et al (2023) [35]	Депрессия (n = 7,5 млн)	HCA	Доллар США	43,3 млрд. суммарно в год
Takaesu et al (2025) [48]	БАР (n = 211)	Вероятно, HCA	Йена	1,56 млн. на чел. в год
Ohyama et al (2023) [49]	АА (n = 235)	Вероятно, HCA	Йена	88,1 млрд. суммарно в год
Oliveira et al (2020) [55]	Головная боль (n = 411)	Вероятно, HCA	Бразильский реал	484,8 на чел. в год
Shan et al (2021) [61]	Медсестры (n = 658)	HCA	Юань	2,88 млрд. суммарно в год
Lioran et al (2022) [70]	Рассеянный склероз (n = 512)	Вероятно, HCA	Не проводилось разделения на потери от абсентеизма и презентеизма	
Algamdi et al (2020) [71]	ИБЛ (n = 113)	Вероятно, HCA	Канадский доллар	7,9 тыс. на чел. в год
Alonso-Garcia et al (2020) [74]	МСБ (n = 2,98 млн)	HCA	Евро	106,9 на чел. в год
Smith et al (2023) [78]	МСБ (n = 1035)	Вероятно, HCA	Фунт стерлингов	640,28 тыс. суммарно в год
Martelletti et al (2021) [80]	Мигрень (n = 215)	HCA	Евро	10,66 тыс. на чел. в год
Miranda-Cordero et al (2025) [81]	ХВЗК (n = 326)	HCA	Не проводилось разделения на потери от абсентеизма и презентеизма	
Bailon et al (2024) [82]	Рак легкого (n = 188)	Вероятно, HCA	Мексиканский песо	6,34–39,59 тыс. на чел. в год
Sips et al (2023) [83]	↓ иммунитета (n = 425)	Вероятно, HCA	Евро	6,4 млрд. суммарно в год
Bosman et al (2023) [84]	ФР ЖКТ (n = 468)	Вероятно, HCA	Евро	577 на чел. в квартал
Gil-Gouveia et al (2022) [86]	Головная боль (n = 3249)	Вероятно, HCA	Не проводилось разделения на потери от абсентеизма и презентеизма	
Shdaifat (2023) [88]	Медсестры (n = 309)	HCA	Доллар США	1,96 тыс. на чел. в год
Gaspar et al (2022) [93]	СГ (n = 122)	Вероятно, HCA	Евро	1,78 тыс. на чел. в год
Wong et al (2020) [96]	Мигрень (n = 598)	HCA	Доллар США	1,30 тыс. на чел. в год
Barral et al (2021) [97]	Перенесенный ишемический инсульт (n = 57)	HCA	Евро	10,07 тыс. на чел. в год
Holko et al (2023) [101]	ХВЗК (n = 2455)	HCA	Евро	6,46 тыс. на чел. в год
Ackerman et al (2022) [75]	МСБ (n = 81)	Вероятно, HCA	Австралийский доллар	479 на чел. в неделю
Концевая с соавт. (2022) [52]	Работники сфер промышленности, образования, науки и культуры (n = 7500)	Quantity and quality method	Российский рубль	133,2 млн. на 1000 чел. в год

Примечание: АА – аутоиммунная аллопеция; БАР – биполярное аффективное расстройство; ИБЛ – интерстициальные болезни легких; МСБ – мышечно-скелетные боли; СГ – суппуративный гидраденит; ФР ЖКТ – функциональные расстройства желудочно-кишечного тракта; ХВЗК – хронические воспалительные заболевания кишечника.

Источник: составлено авторами.

отражает культурные особенности восприятия трудовой деятельности – его вопросы менее директивны и делают больший акцент на коллективную эффективность, нежели на индивидуальную продуктивность. Кроме того, данный опросный лист разработан в Японии, где и находит наиболее широкое применение [107].

Особый интерес представляет выявленная диспропорция в подходах к формированию выборки. Если в большинстве стран (особенно в США и Европе) преобладают исследования, сфокусированные на конкретных нозологиях, то в Китае и Бразилии 66,7% исследований посвящены профессиональным группам. Для Китая это может быть связано с реализацией государственной программы «Healthy China 2030», делающей особый акцент на охране труда ключевых профессий [108]. В случае Бразилии подобный подход объясняется высоким уровнем профессиональных заболеваний, по которому страна занимает одно из ведущих мест в Латинской Америке [109].

Тематический анализ выявил выраженную концентрацию исследований вокруг болевых синдромов – 14 работ посвящены мышечно-скелетным, головным и другим видам хронической боли. Такое распределение соответствует данным ВОЗ о ведущих причинах презентеизма среди рабочей силы [110]. При этом можно отметить недостаточное внимание к таким значимым группам патологий, как онкологические и сердечно-сосудистые заболевания. Скорее всего, это связано с тем, что данные ведущие причины заболеваемости и смертности уже давно находятся в фокусе ученых, а результаты исследований обобщены в систематических обзорах, опубликованных ранее [111, 112].

Среди профессиональных групп явное преимущество в отношении числа проводимых исследований имеют медицинские работники – на них приходится 63,6% опубликованных за последние 5 лет работ. Эта тенденция объясняется комплексом факторов: высоким уровнем профессионального стресса и эмоционального выгорания среди медиков [61], критической важностью их продуктивности для функционирования системы здравоохранения в целом, а также относительной легкостью доступа к данному типу популяции для исследователей.

Серьезной методологической проблемой, выявленной в ходе обзора, стала крайняя неоднородность способов представления результатов. Разнообразие подходов к количественной

оценке презентеизма (использование баллов шкал, процентов утраты продуктивности, показателей распространенности или длительности эпизодов) существенно затрудняет проведение мета-анализов и сравнение результатов между исследованиями. В этой связи представляется целесообразной разработка стандартизированного формата представления данных. С точки зрения авторского коллектива данного систематического обзора, он должен предоставлять наиболее полную информацию о степени нарушения трудоспособности, включая баллы используемой шкалы, процент утраты продуктивности, показатели распространенности в популяции и длительность эпизодов в днях/часах.

Особого внимания заслуживают проблемы экономической оценки потерь от презентеизма. Проведенный авторами анализ выявил несколько существенных ограничений: в 52,2% исследований не указан метод расчета экономических потерь, используются 10 различных валют без учета паритета покупательной способности, а временные периоды оценки варьируют от одной недели до года. Все это делает затруднительным как межгосударственные сравнения, так и агрегирование данных. Кроме того, различные способы оценки презентеизма, а также методы представления результатов, становясь основой для последующих расчетов экономических потерь, могут послужить причиной значительных различий получаемых итоговых значений. Перспективной в этом отношении является предложенная А.А. Анциферовой с соавторами [113] интеграция калькулятора для расчета экономического ущерба в структуру платформы для оценки презентеизма. Такое решение способно устранить проблему погрешностей в результатах расчетов, возникающих при переходе от оценки выраженности презентеизма к определению его экономических последствий.

Представляющими интерес направлениями для дальнейших исследований могли бы стать разработка единого руководства по оценке презентеизма (аналогичного стандартам ISPOR в фармакоэкономике), проведение исследований с параллельным использованием нескольких инструментов оценки для установления степени их сопоставимости, а также создание унифицированной системы конвертации экономических потерь с учетом инфляции и паритета покупательной способности.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведенный обзор литературы систематизировал существующие данные о презентеизме, а также выявил ряд ключевых методологических проблем, требующих решения. Наиболее актуальными для дальнейших исследований представляются следующие направления:

1. Разработка согласительного документа, регламентирующего порядок и методологию оценки и представления результатов исследований, посвященных проблеме презентеизма. Поскольку информативность такого рода исследований будет напрямую взаимосвязана с точностью показателей последующей экономической оценки, следует отдать предпочтение наиболее полному представлению данных, которое должно включать сведения о распространенности явления презентеизма в исследуемой популяции; степени его выраженности; числе дней в году, когда работники подвергаются влиянию данного феномена, а также количестве утраченных в результате рабочих часов.

2. Проведение кросс-валидации существующих шкал оценки уровня презентеизма с целью определения их точности, а также сопоставимости результатов, получаемых при их использовании.

3. Создание единого подхода к оценке экономических потерь, связанных с презентеизмом, а также к представлению результатов данной оценки. При этом необходимо учесть, что оптимальным был бы такой формат отображения полученных данных исследований, проведенных в разных регионах и в разное время, который позволил бы без труда сопоставлять их.

4. Расширение поля исследований презентеизма на недооцененные нозологические группы.

5. Разработка клинических рекомендаций и руководств по наблюдению работников с проявлениями презентеизма (например, показано, что наиболее экономически эффективным типом вмешательства является проведение медицинских онлайн-консультаций [114] и т. п.).

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Чернышев В.М., Стрельченко О.В., Мингазов И. Ф. Здоровье экономически активного населения в Российской Федерации и в Сибирском федеральном округе. Социальные и экономические аспекты // ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. Вестник ВШОУЗ. 2022. Т. 8, № 2. С. 57–72. DOI: <https://doi.org/10.33029/2411-8621-2022-8-2-57-72>
2. Шастин А.С., Газимова В. Г., Гагарина М. С., Малых О. Л., Гусельников С.Р. Возможности анализа заболеваемости с временной утратой трудоспособности субъектов предпринимательской деятельности. Профилактическая медицина. 2019; 22(4):2012–2016.
3. Сохранение здоровья трудоспособного населения как часть продолжительной и активной жизни (2024 г.). Фонд «Росконгресс». – URL: <https://roscongress.org/news> (Дата обращения: 02.07.2025 г.).
4. Здоровьесбережение – новый тренд среди работодателей в условиях кадрового дефицита (2025 г.). ОТ Медиа – Федеральный портал об охране труда. – URL: <https://ot-media.ru/index.php/hse/best-practice/zdorovesberezhenie-novyy-trend-sredi-rabotodateley-v-usloviyakh-kadrovogo> (Дата обращения: 02.07.2025 г.).
5. Jeffery B., Weddle B., Brassey J., Thaker Sh. Thriving workplaces: How employers can improve productivity and change lives. McKinsey Health Institute. – URL: <https://www.mckinsey.com/mhi/our-insights/thriving-workplaces-how-employers-can-improve-productivity-and-change-lives> (Date of application: 02.07.2025 г.).
6. Российский мониторинг экономического положения и здоровья населения НИУ ВШЭ (RLMS HSE) », проводимый Национальным исследовательским университетом «Высшая школа экономики» и ООО «Демоскоп» при участии Центра народонаселения Университета Северной Каролины в Чапел Хилле и Института социологии Федерального научно-исследовательского социологического центра РАН. (Сайты обследования RLMS HSE: <http://www.hse.ru/rlms> и <https://rlms-hse.cpc.unc.edu/>).
7. Лебедева-Несевря Н.А., Маркова Ю.С. Модели и динамика поведения, связанного со здоровьем, экономически активных россиян // Вестник Пермского университета. Философия. Психология. Социология. 2018. Вып. 2. С. 287–296. DOI: 10.17072/2078-7898/2018-2-287-296
8. Измеров Н.Ф., Бухтияров И.В., Денисов Э.И. Оценка профессиональных рисков для здоровья в системе доказательной медицины // Вопросы школьной и университетской медицины и здоровья. 2016. № 1. С. 14–20.
9. Mohren D.C., Swaen G.M., Kant I., van Schayck C.P., Galama J.M. Fatigue and job stress as predictors for sickness absence during common infections. Int J Behav Med. 2005; 12(1): 11–20. doi: 10.1207/s15327558ijbm1201_2.
10. Профессиональная патология: национальное руководство / под ред. Н.Ф. Измерова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 784 с.
11. Письмо Минздрава России от 04.02.2025 № 15-6/И/2-1774 «О направлении руководства по разработке, внедрению и оценке эффективности корпоративных программ “Модельные корпоративные программы и практики укрепления здоровья работающих”» (вместе с “Руководством по разработке, внедрению и оценке эффективности корпоративных программ. Модельные корпоративные программы и практики укрепления здоровья работающих”, утв. ФГБУ “НМИЦ ТПМ” Минздрава России 28.01.2025). – URL: <https://>

- legalacts.ru/doc/pismo-minzdrava-rossii-ot-04022025-n-15-6i2-1774-o-napravlenii/#102751 (Дата обращения: 03.07.2025 г.).
12. Национальный проект «Продолжительная и активная жизнь». Правительство России. – URL: <http://government.ru/rugovclassifier/917/about/> (Дата обращения: 03.07.2025 г.).
13. Минздрав: экономика РФ ежегодно теряет около 4% ВВП из-за хронических заболеваний (2024 г.). Информационное агентство «ТАСС». – URL: <https://tass.ru/ekonomika/21001115> (Дата обращения: 03.07.2025 г.).
14. Минздрав предложил изменить правила выдачи больничных листов – URL: <https://www.consultant.ru/legalnews/26876/> (Дата обращения: 03.07.2025 г.).
15. Концевая А.В., Анциферова А.А., Иванова Е.С., Худяков М.Б., Драпкина О.М. Презентеизм как причина экономических потерь работодателя: разработка методологии оценки и апробация в рамках онлайн-инструмента «Атрия». Медицинские технологии. Оценка и выбор. 2022; 44(4): 34–41. <https://doi.org/10.17116/medtech20224404134>
16. Lohaus D., Habermann W. Presenteeism: A review and research directions. Human resource management review, 29(1): 43–58. <https://doi.org/10.1016/j.hrmr.2018.02.010>
17. Johns G. (2010), Presenteeism in the workplace: A review and research agenda. J. Organiz. Behav., 31: 519–542. <https://doi.org/10.1002/job.630>
18. Page M.J., McKenzie J.E., Bossuyt P.M., Boutron I., Hoffmann T.C., Mulrow C.D. et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews BMJ 2021; 372: n71 doi:10.1136/bmj.n71
19. Aromataris E., Lockwood C., Porritt K., Pilla B., Jordan Z., editors. JBI Manual for Evidence Synthesis. JBI; 2024. Available from: <https://synthesismanual.jbi.global>. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-24-01>
20. R Core Team (2025) R: A Language and Environment for Statistical Computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna. <https://www.R-project.org>
21. Jain S., Gupta S., Li V.W., Suthoff E., Arnaud A. Humanistic and economic burden associated with depression in the United States: a cross-sectional survey analysis. BMC Psychiatry. 2022 Aug 11;22(1):542. doi: 10.1186/s12888-022-04165-x
22. Dodick D.W., Reed M.L., Lee L., Balkaran B.L., Umashankar K., Parikh M., Gandhi P., Buse D.C. Impact of headache frequency and preventive treatment failure on quality of life, disability, and direct and indirect costs among individuals with episodic migraine in the United States. Headache. 2024 Apr;64(4):361–373. doi: 10.1111/head.14684
23. Leibovit-Reiben Z., Dumkrieger G., Dodick D.W., Digre K., Chong C.D., Trivedi M., Schwedt T.J. Photophobia Contributes to Migraine-Associated Disability and Reduced Work Productivity: Results From the American Registry for Migraine Research (ARMR). J Neuroophthalmol. 2024 Jun 1;44(2):259–266. doi: 10.1097/WNO.0000000000001967
24. Ishii R., Schwedt T.J., Dumkrieger G., Lalvani N., Craven A., Goadsby P.J., Lipton R.B., Olesen J., Silberstein S.D., Burish M.J., Dodick D.W. Chronic versus episodic migraine: The 15-day threshold does not adequately reflect substantial differences in disability across the full spectrum of headache frequency. Headache. 2021 Jul;61(7):992–1003. doi: 10.1111/head.14154
25. DePree B., Shiozawa A., King D., Schild A., Zhou M., Yang H., Mancuso S. Association of menopausal vasomotor symptom severity with sleep and work impairments: a US survey. Menopause. 2023 Sep 1;30(9):887–897. doi: 10.1097/GME.0000000000002237
26. Greco G., Pistilli M., Asbell P.A., Maguire M.G.; Dry Eye Assessment and Management Study Research Group. Association of Severity of Dry Eye Disease with Work Productivity and Activity Impairment in the Dry Eye Assessment and Management Study. Ophthalmology. 2021 Jun;128(6):850–856. doi: 10.1016/j.ophtha.2020.10.015
27. Stevens J., Schneider L.D., Husain A.M., Ito D., Fuller D.S., Zee P.C., Macfadden W. Impairment in Functioning and Quality of Life in Patients with Idiopathic Hypersomnia: The Real World Idiopathic Hypersomnia Outcomes Study (ARISE). Nat Sci Sleep. 2023 Aug 2;15:593–606. doi: 10.2147/NSS.S396641
28. Jennum P., Coaquira Castro J., Mettam S., Kharkevitch T., Cambron-Mellott M.J. Socioeconomic and humanistic burden of illness of excessive daytime sleepiness severity associated with obstructive sleep apnoea in the European Union 5. Sleep Med. 2021 Aug;84:46–55. doi: 10.1016/j.sleep.2021.05.010
29. Banerji A., Davis K.H., Brown T.M., Hollis K., Hunter S.M., Long J., Jain G., Devercelli G. Patient-reported burden of hereditary angioedema: findings from a patient survey in the United States. Ann Allergy Asthma Immunol. 2020 Jun;124(6):600–607. doi: 10.1016/j.anai.2020.02.018
30. Katz P., Nelson W.W., Daly R.P., Topf L., Connolly-Strong E., Reed M.L. Patient-Reported Lupus Flare Symptoms Are Associated with Worsened Patient Outcomes and Increased Economic Burden. J Manag Care Spec Pharm. 2020 Mar; 26(3):275–283. doi: 10.18553/jmcp.2020.26.3.275.
31. Robbins R., Weaver M.D., Quan S.F., Barger L.K., Zhivotovsky S., Czeisler C.A. The Hidden Cost of Caregiving: The Association Between Self-Assessed Caregiving-Related Awakenings and Nighttime Awakenings and Workplace Productivity Impairment Among Unpaid Caregivers to Older Adults in the US. J Occup Environ Med. 2022 Jan 1;64(1):79–85. doi: 10.1097/JOM.0000000000002355.
32. Levy J.F., Reider L., Scharfstein D.O., Pollak A.N., Morshed S., Firoozabadi R., Archer K.R., Gary J.L., O'Toole R.V., Castillo R.C., Quinnan S.M., Kempton L.B., Jones C.B., Bosse M.J., MacKenzie E.J.; METRC. The 1-Year Economic Impact of Work Productivity Loss Following Severe Lower Extremity Trauma. J Bone Joint Surg Am. 2022 Apr 6; 104(7):586–593. doi: 10.2106/JBJS.21.00632
33. Abdelmageed S., Muller R., Scoville J., Lam S. Social and economic impacts of pediatric neurovascular surgery: Part 2 a quantitative study of parent experiences. J Neurol Sci. 2025 Jun 15;473:123504. doi: 10.1016/j.jns.2025
34. Shrestha SS, Ghimire R, Wang X, Trivers KF, Homa DM, Armour BS. Cost of Cigarette Smoking-Attributable Productivity Losses, U.S., 2018. Am J Prev Med. 2022 Oct;63(4):478–485. doi: 10.1016/j.amepre.2022.04.032
35. Greenberg P, Chitnis A, Louie D, Suthoff E, Chen S.Y., Maitland J, Gagnon-Sanschagrin P, Fournier A.A., Kessler R.C. The Economic Burden of Adults with Major Depressive Disorder in the United States (2019). Adv Ther. 2023 Oct;40(10):4460–4479. doi: 10.1007/s12325-023-02622-x
36. Tomita T., Kazumori K., Baba K., Zhao X., Chen Y., Miwa H. Impact of chronic constipation on health-related quality of life and work productivity in Japan. J Gastroenterol Hepatol. 2021 Jun;36(6):1529–1537. doi: 10.1111/jgh.15295.
37. Sakai R., Tanaka E., Inoue E., Sato M., Tanaka M., Ikari K., Yamanaka H., Harigai M. Association between patient-reported outcomes and impairments in work and activity in patients with rheumatoid arthritis in clinical remission: A retrospective analysis using the IORRA database. Mod Rheumatol. 2023 Aug 25;33(5):899–905. doi: 10.1093/mr/roac105
38. Saeki H., Kanai Y., Murotani K., Ito K., Miyagi T., Takahashi H., Tada Y., Higashiyama M., Hashimoto Y., Kitabayashi H., Imafuku S. Work productivity in real-life

- employed patients with plaque psoriasis: Results from the ProLOGUE study. *J Dermatol.* 2022 Oct;49(10):970–978. doi: 10.1111/1346–8138.16517
39. Nakai T, Tsuji T, Tsuda H, Sotodate T, Namba Y, Uenishi T, Iwasaki K, Kokubo K, Tomita H. Working Conditions, Work Productivity, Quality of Life, and Depressive Symptoms in Undiagnosed Adults with and without Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) Symptoms During the COVID-19 Pandemic. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2022 Jul 29;18:1561–1572. doi: 10.2147/NDT.S358085
 40. Yoshimoto T, Oka H, Ochiai H, Ishikawa S, Kokaze A, Muranaga S, Matsudaira K. Presenteeism and Associated Factors Among Nursing Personnel with Low Back Pain: A Cross-Sectional Study. *J Pain Res.* 2020 Nov 19;13:2979–2986. doi: 10.2147/JPR.S269529
 41. Ishimaru T, Okawara M, Tateishi S, Yasui T, Horie S, Fujino Y. Impact of menopausal symptoms on presenteeism in Japanese women. *Occup Med (Lond).* 2023 Oct 20;73(7):404–409. doi: 10.1093/occmed/kqad087
 42. Beppu H, Okawara M, Yamashita S, Tateishi S, Horie S, Yasui T, Fujino Y. Association Between Male Menopause Severity and Presenteeism: A Cross-sectional Study. *J Occup Environ Med.* 2025 Mar 1;67(3):171–175. doi: 10.1097/JOM.0000000000003294
 43. Kiyohara K, Ikeda T, Ishimaru T, Okubo R, Tabuchi T. Discomfort Experienced due to the Odor and Physiological Responses of Residual Tobacco Smoke Brought into Workplaces by Smokers on Work Performance and Mental Health. *J Epidemiol.* 2025 Apr 19. doi: 10.2188/jea.JE20240354
 44. Ishimaru T, Yoshikawa T, Okawara M, Kido M, Nakashima Y, Nakayasu A, Kimori K, Imamura S, Matsumoto K. Presenteeism in front-line physicians involved in COVID-19-related clinical practice: a national survey of employed physician members of the Japan Medical Association. *Environ Health Prev Med.* 2023; 28:13. doi: 10.1265/ehpm.22–00194
 45. Takasaki H. Female teleworkers with pain have the highest presenteeism, where its primary contributing variable was not those of musculoskeletal disability. *Ind Health.* 2025 Jan 24;63(1):71–83. doi: 10.2486/indhealth.2024–0068
 46. Okamoto M, Matsumura K, Takahashi A, Kurokawa A, Watanabe Y, Narimatsu H, Yoshida H. The Association between Menstrual Symptoms and Presenteeism: A Cross-Sectional Study for Women Working in Central Tokyo. *Int J Environ Res Public Health.* 2024 Mar 8;21(3):313. doi: 10.3390/ijerph21030313
 47. Mori T, Nagata T, Nagata M, Otani M, Fujino Y, Mori K. The Impact of Diabetes Status on Presenteeism in Japan. *J Occup Environ Med.* 2020 Aug;62(8):654–661. doi: 10.1097/JOM.0000000000001922
 48. Takaesu Y, Shiroma A, Nosaka T, Maruyama H. Associations Between Cognitive Impairment, Depressive Symptoms, and Work Productivity Loss in Patients With Bipolar Disorder: A Cross-Sectional Analysis. *Neuropsychopharmacol Rep.* 2025 Mar;45(1):e70012. doi: 10.1002/npr.2.70012
 49. Ohyama M, Kamei K, Yuasa A, Anderson P, Milligan G, Sakaki-Yumoto M. Economic burden of alopecia areata: A study of direct and indirect cost in Japan using real-world data. *J Dermatol.* 2023 Oct;50(10):1246–1254. doi: 10.1111/1346–8138.16888
 50. Zanon R.E.B., Dalmolin G.L., Magnago T.S.B.S., Andolhe R., Carvalho R.E.F.L. Presenteeism and safety culture: evaluation of health workers in a teaching hospital. *Rev Bras Enferm.* 2021 Feb 5;74(1):e20190463. English, Portuguese. doi: 10.1590/0034-7167-2019-0463
 51. da Silva LPB, Silva-Costa A. Presenteeism and psychosocial aspects of work among civil servants in leadership positions at a Brazilian federal university. *Rev Bras Med Trab.* 2024 Sep 24;22(2):e20231126. doi: 10.47626/1679-4435-2023-1126
 52. Alves N.P., Moreira A.C., Pereira N.M.S.G., Carvalho R.E.F.L., Magnago T.S.B.S. Presenteeism and associated factors in a reference hospital in Covid-19: a cross-sectional study. *Rev Gaucha Enferm.* 2024 Nov 22;45:e20230104. English, Portuguese. doi: 10.1590/1983–1447.20230104.en
 53. de Oliveira J.M., Gonçalves L.S.B., da Fonseca A.L.S., Dos Santos L.F., Bresser M., Chehuen-Neto J.A., Ferreira R.E. Physicians' quality of life, illness and presenteeism: a cross-sectional epidemiological study. *Rev Bras Med Trab.* 2023 Feb 3;20(3):401–411. doi: 10.47626/1679-4435-2022-743
 54. Dantas G.S.V., Cardoso J.P. Factors associated with presenteeism due to work-related musculoskeletal disorders. *Rev Bras Med Trab.* 2020 Dec 11;18(2):133–141. doi: 10.47626/1679-4435-2020-508
 55. Oliveira A.B., Queiroz L.P., Sampaio Rocha-Filho P., Sarmiento E.M., Peres M.F. Annual indirect costs secondary to headache disability in Brazil. *Cephalalgia.* 2020 May;40(6):597–605. doi: 10.1177/0333102419889357
 56. Li C., Xu H., Gong L., Wang A., Dong X., Yuan K., Huang G., Wei S., Sun L. Work productivity and activity in patients with SAPHO syndrome: a cross-sectional observational study. *Orphanet J Rare Dis.* 2022 Oct 21;17(1):381. doi: 10.1186/s13023-022-02523-2
 57. Tang Y, Li D, Yang M, Liu X, Mao Z, Zhang W, Ye H, Li S.X., Cheng H. Prevalence of excessive daytime sleepiness (EDS) and its association with quality of life in patients with obstructive sleep apnea (OSA): data from a sleep-center in Shenzhen, a single-center cross-sectional study. *J Thorac Dis.* 2024 Dec 31;16(12):8216–8229. doi: 10.21037/jtd-24-1322
 58. Xi X, Lu Q, Lu M, Xu A, Hu H, Ung C.O.L. Evaluation of the association between presenteeism and perceived availability of social support among hospital doctors in Zhejiang, China. *BMC Health Serv Res.* 2020 Jul 2;20(1):609. doi: 10.1186/s12913-020-05438-5
 59. Pei P, Lin G, Li G, Zhu Y, Xi X. The association between doctors' presenteeism and job burnout: a cross-sectional survey study in China. *BMC Health Serv Res.* 2020 Aug 3;20(1):715. doi: 10.1186/s12913-020-05593-9
 60. Jianlan R., Mei Y., Chunyan Y., Rendie X., Yiping B., Li L. Exploring anesthesiology nurse' presenteeism in China: cross-sectional study. *BMC Public Health.* 2024 Jul 26;24(1):2008. doi: 10.1186/s12889-024-19476-9
 61. Shan G., Wang S., Wang W., Guo S., Li Y. Presenteeism in Nurses: Prevalence, Consequences, and Causes From the Perspectives of Nurses and Chief Nurses. *Front Psychiatry.* 2021 Jan 8;11:584040. doi: 10.3389/fpsy.2020.584040
 62. Царев С.А., Бардина Е.Ю., Измалков Н.С. Оценка абсентеизма, презентеизма, снижения трудовых функций и повседневной активности пациентов, страдающих наркологическими расстройствами. *Саратовский научно-медицинский журнал.* 2025; 21(1): 90–93. Doi: 10.15275/ssmj2101090
 63. Михеева Е.П., Бабадаева Н.М., Кондрашов А.А., Шостак Н.А., Клименко А.А. Вклад клинических проявлений системной склеродермии в снижение и потерю трудоспособности. *Лечебное дело.* 2024; 3: 94–104. Doi: 10.24412/2071-5315-2024-13176
 64. Логинова Е.Ю., Коротаева Т.В., Корсакова Ю.Л., Губарь Е.Е., Трemasкина П.О., Василенко Е.А., Кушнir И.Н., Патрикеева И.М., Кудишина С.С., Шестерня П.А., Петров А.В., Кузнецова Н.А., Насонов Е.Л. Клинический статус и трудоспособность пациентов, включенных в общероссийский регистр пациентов с псориатическим

- артритом. Современная ревматология. 2020; 14(3): 19–26. Doi: 10.14412/1996-7012-2020-3-19-26
65. Гвоздецкий А.Н., Петрова Н.Н., Акулин И.М. Влияние клинко-демографических характеристик и когнитивных функций на трудоспособность при ремиссии рекуррентной депрессии. Медицинский вестник Северного Кавказа. 2021; 16(3): 281–284. Doi: 10.14300/mnnc.2021.16066
66. Фрелих М.В., Федорова А.Э. Оценка физического и психосоциального благополучия персонала: самочувствие работников и презентеизм на рабочем месте. Управление персоналом и интеллектуальными ресурсами в России. 2021; 10(4): 14–19.
67. Концева А.В., Анциферова А.А., Иванова Е.С., Худяков М.Б., Драпкина О.М. Презентеизм как причина экономических потерь работодателя: разработка методологии оценки и апробация в рамках онлайн-инструмента “Атрия”. Медицинские технологии. Оценка и выбор. 2022, 4(44): 34–41.
68. Soliman A.M., Rahal Y., Robert C., Defoy I., Nisbet P., Leyland N., Singh S. Impact of Endometriosis on Fatigue and Productivity Impairment in a Cross-Sectional Survey of Canadian Women. J Obstet Gynaecol Can. 2021 Jan;43(1):10–18. doi: 10.1016/j.jogc.2020.06.022
69. Gelfand A., Sou J., Sawatzky R., Prescott K., Pearce A., Anis A.H., Lee C., Zhang W. Valuation of Lost Productivity in Caregivers: A Validation Study. Front Psychol. 2021 Aug 27;12:727871. doi: 10.3389/fpsyg.2021.727871
70. Rodriguez Llorian E., Zhang W., Khakban A., Patten S., Traboulsee A., Oh J., Kolind S., Prat A., Tam R., Lynd L.D. Productivity loss among people with early multiple sclerosis: A Canadian study. Mult Scler. 2022 Aug;28(9):1414–1423. doi: 10.1177/13524585211069070
71. Algamdi M., Sadatsafavi M., Fisher J.H., Morisset J., Johansson K.A., Fell C.D., Kolb M., Manganas H., Cox G., Gershon A.S., Halayko A.J., Hambly N., Khalil N., Shapera S., To T., Wilcox P.G., Guler S., Ryerson C.J. Costs of Workplace Productivity Loss in Patients with Connective Tissue Disease-associated Interstitial Lung Disease. Ann Am Thorac Soc. 2020 Sep;17(9):1077–1084. doi: 10.1513/AnnalsATS.201911–8220C
72. Pascual J, Núñez M, Panni T, Díaz-Cerezo S, Novick D, Ciudad A. Burden and Unmet Needs in Migraine Patients: Results from the OVERCOME (Spain) Study. Pain Ther. 2023 Oct;12(5):1209–1220. doi: 10.1007/s40122-023-00538-6
73. Álvarez-Román MT, Nuñez Vazquez RJ, Benitez Hidalgo O, Quintana Paris L, Entrena Ureña L, Lopez Jaime FJ, la De Corte-Rodríguez H, García Dasí M, Bosch P, Mingot Castellano ME, Guerra Garaeta I, Soto-Ortega I. Humanistic burden of haemophilia A without inhibitors: A cross-sectional analysis of the HemoLIFE study. Haemophilia. 2024 Jul;30(4):950–958. doi: 10.1111/hae.15057
74. Alonso-García M., Sarría-Santamera A. The Economic and Social Burden of Low Back Pain in Spain: A National Assessment of the Economic and Social Impact of Low Back Pain in Spain. Spine (Phila Pa 1976). 2020 Aug 15;45(16): E1026–E1032. doi: 10.1097/BRS.0000000000003476
75. Ackerman I.N., Fotis K., Pearson L., Schoch P., Broughton N., Brennan-Olsen S.L., Bucknill A., Cross E., Bunting-Frame N., Page R.S. Impaired health-related quality of life, psychological distress, and productivity loss in younger people with persistent shoulder pain: a cross-sectional analysis. Disabil Rehabil. 2022 Jul;44(15):3785–3794. doi: 10.1080/09638288.2021.1887376
76. Pasfield K., Gottlieb T., Tartari E., Ward M.P., Quain A. Sick-leave absenteeism associated with influenza-like illness in veterinarians working in New South Wales: Results of a state-wide survey. Aust Vet J. 2022 Jun;100(6):243–253. doi: 10.1111/avj.13153
77. Zhou A.Y., Zghebi S.S., Hodgkinson A., Hann M., Grigoroglou C., Ashcroft D.M., Esmail A., Chew-Graham C.A., Payne R., Little P., de Lusignan S., Cherachi-Sohi S., Spooner S., Zhou A.K., Kontopantelis E., Panagioti M. Investigating the links between diagnostic uncertainty, emotional exhaustion, and turnover intention in General Practitioners working in the United Kingdom. Front Psychiatry. 2022 Jul 26;13:936067. doi: 10.3389/fpsyg.2022.936067
78. Smith A.B., Cooper S., Hanning J., Buckley C. The humanistic and economic burden of work-related musculoskeletal pain: a cross-sectional survey of workers in the United Kingdom. BMC Res Notes. 2023 Aug 24;16(1):186. doi: 10.1186/s13104-023-06461-5
79. Salaffi F., Di Carlo M., Farah S., Mariani C., Fulginei S., Martino G.P., Sarzi-Puttini P. A cross-sectional research on female workers examining the loss of productivity caused by mild, moderate and severe fibromyalgia. Clin Exp Rheumatol. 2022 Jun;40(6):1151–1158. doi: 10.55563/clinexp-rheumatol/hut4ft
80. Martelletti P., Schwedt T.J., Vo P., Ritrovato D., Reilly M.C., Naclerio M., Ranjan P., Kleebach J., Joshi P. Healthcare resource use and indirect costs associated with migraine in Italy: results from the My Migraine Voice survey. J Med Econ. 2021 Jan-Dec;24(1):717–726. doi: 10.1080/13696998.2021.1925557
81. Miranda-Cordero R.M., Bosques-Padilla F.J., Martínez-Vázquez M.A., Barajas-Maldonado C., Rodríguez-Mendoza M.M., Yamamoto-Furusho J.K. Quality of life and burden of disease in a Mexican population with inflammatory bowel disease: an analysis of the RISE-MX trial. Therap Adv Gastroenterol. 2025 Mar 19;18:17562848251318032. doi: 10.1177/17562848251318032
82. Añorve Bailon D., Picó-Guzmán J., Cifuentes S., Trejo R., Rodríguez Cid J., Juárez-Vignon Whaley J.J., Heredia Zepeda A.A., Gerson R., Camacho-Limas C.P., Martínez-Herrera J.F., Molina D.B., Camarín Sánchez E., Shveid Gerson D. Estimation of the Clinical, Economic, and Social Burden of Stage IV Non-Small Cell Lung Cancer in Mexico. Pharmacoecon Open. 2024 Nov;8(6):869–885. doi: 10.1007/s41669-024-00514-6
83. Sips A.S.M., Severeijns N.R., Kraneveld A.D., Garssen J., Verster J.C. Reduced Immune Fitness and Job Performance: Absenteeism, Presenteeism, and Associated Costs for the Dutch Economy. Int J Environ Res Public Health. 2023 Jan 18;20(3):1761. doi: 10.3390/ijerph20031761
84. Bosman M.H.M.A., Weerts Z.Z.R.M., Snijders J.T.W., Vork L., Mujagic Z., Masclee A.A.M., Jonkers D.M.A.E., Keszthelyi D. The Socioeconomic Impact of Irritable Bowel Syndrome: An Analysis of Direct and Indirect Health Care Costs. Clin Gastroenterol Hepatol. 2023 Sep;21(10):2660–2669.
85. Magalhães S., Barbosa J., Borges E. Presenteeism in Non-Academic Staff in a Public University Context: Prevalence, Associated Factors, and Reasons to Work While Sick during the COVID-19 Pandemic. Int J Environ Res Public Health. 2022 Nov 14;19(22):14966. doi: 10.3390/ijerph192214966
86. Gil-Gouveia R., Miranda R. Indirect costs attributed to headache: A nation-wide survey of an active working population. Cephalalgia. 2022 Apr; 42(4–5):317–325. doi: 10.1177/03331024211043795
87. Alquewez N., Ormandy P. Examining the influence of health on employment and work ability of Saudi haemodialysis patients: A mixed-methods study. Int J Nurs Pract. 2022 Jun;28(3): e12993. doi: 10.1111/ijn.12993

88. Shdaifat E.A. Presenteeism and productivity loss among nurses. *Int J Occup Saf Ergon*. 2023 Sep;29(3):1007–1015. doi: 10.1080/10803548.2022.2108660
89. Ben Tekaya A., Ben Said H., Yousfi I., Ben Dhia S., Bouden S., Rouached L., Mahmoud I., Tekaya R., Saidane O., Abdelmoula L. Burden of disease, pain catastrophizing, and central sensitization in relation to work-related issues in young spondyloarthritis patients. *Rheumatologia*. 2024;62(1):35–42. doi: 10.5114/reum/185390
90. Omrane A., Krayem L., Touil I., Romdhani R., Brahem Y., Boussoffara L., Knani J., Khalfallah T., Boudawara N. Assessing the Impact of Asthma: A Cross-Sectional Study in Workers Undergoing Therapy. *Med Lav*. 2025 Apr 17; 116(2):15786. doi: 10.23749/mdl.v116i2.15786
91. Cenberoğlu M.A., Sezer I. The Factors Related to Work Productivity and Disease Costs in Patients with Ankylosing Spondylitis. *Eur J Rheumatol*. 2025 Apr 9;12(1):1–8. doi: 10.5152/eurjrheum.2025.22118
92. Oral B., Solak Y., Durmuş H. Evaluation of absenteeism and presenteeism status of factory employees. *Work*. 2024;79(1):449–457. doi: 10.3233/WOR-230642
93. Gáspár K., Hunor Gergely L., Jenei B., Wikonkál N., Kinyó Á., Szegedi A., Remenyik É., Kiss N., Jin X., Sárdy M., Beretky Z., Péntek M., Gulácsi L., Bánvölgyi A., Brodsky V., Rencz F. Resource utilization, work productivity and costs in patients with hidradenitis suppurativa: a cost-of-illness study. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res*. 2022 Apr;22(3):399–408. doi: 10.1080/14737167.2021.1895753
94. Yao Y., Jørgensen A.R., Thomsen S.F. Work productivity and activity impairment in patients with hidradenitis suppurativa: a cross-sectional study. *Int J Dermatol*. 2020 Mar;59(3):333–340. doi: 10.1111/ijd.14706
95. Agustiana N., Adi N.P., Werdhani R.A., Wibowo S., Agustina A. Association of Work Engagement With the Occurrence of Presenteeism in Heavy Equipment Manufacturing Male Workers in Jakarta-Indonesia. *J UOEH*. 2024;46(4):275–282. doi: 10.7888/juoeh.46.275
96. Wong L.P., Alias H., Bhoo-Pathy N., Chung I., Chong Y.C., Kalra S., Shah Z.U.B.S. Impact of migraine on workplace productivity and monetary loss: a study of employees in banking sector in Malaysia. *J Headache Pain*. 2020 Jun 8;21(1):68. doi: 10.1186/s10194-020-01144-z. Erratum in: *J Headache Pain*. 2020 Aug 18;21(1):104. doi: 10.1186/s10194-020-01172-9
97. Barral M., Rabier H., Termoz A., Serrier H., Colin C., Haesebaert J., Derex L., Nighoghossian N., Schott A.M., Viprey M.; Stroke69 Study Group. Patients' productivity losses and informal care costs related to ischemic stroke: a French population-based study. *Eur J Neurol*. 2021 Feb; 28(2):548–557. doi: 10.1111/ene.14585
98. Gustafsson K., Marklund S., Leineweber C., Bergström G., Aboagye E., Helgesson M. Presenteeism, Psychosocial Working Conditions and Work Ability among Care Workers-A Cross-Sectional Swedish Population-Based Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 Apr 2;17(7):2419. doi: 10.3390/ijerph17072419
99. O'Hara J., Noone D., Jain M., Pedra G., Landis S., Hawes C., Burke T., Camp C. Clinical attributes and treatment characteristics are associated with work productivity and activity impairment in people with severe haemophilia A. *Haemophilia*. 2021 Nov;27(6):938–946. doi: 10.1111/hae.14302
100. Floris A., Laconi R., Espinosa G., Lopalco G., Serpa Pinto L., Kougkas N., Sota J., Lo Monaco A., Govoni M., Fabiani C., Bertias G., Correia J., Iannone F., Cervera R., Vasconcelos C., Mathieu A., Cauli A., Piga M. Organ damage is a major determinant of work productivity impairment in Behçet's syndrome: a post hoc analysis of the BODI validation study. *Rheumatology (Oxford)*. 2025 Feb 1;64(2):810–814. doi: 10.1093/rheumatology/kead681
101. Holko P., Kawalec P., Sajak-Szczerba M., Avedano L., Mossakowska M. Indirect Costs of Inflammatory Bowel Diseases: A Comparison of Patient-Reported Outcomes Across 12 European Countries. *Inflamm Bowel Dis*. 2023 May 2;29(5):752–762. doi: 10.1093/ibd/izac144
102. Ibáñez Vodnizza S.E., van Bentum R.E., Valenzuela O., van der Horst-Bruinsma I.E. Patients with axial spondyloarthritis report significant differences between men and women and high impact of the disease: Large websurvey analysis. *Joint Bone Spine*. 2020 Jul;87(4):315–319. doi: 10.1016/j.jbspin.2020.02.004
103. Karacayli U., Adesanya A., Aksoy A., Belem J.M.F.M., Cardin N.B., Sari F.B., Beyhan T.E., Çelik Z., Karacayli C., Alibaz-Öner F., Inanç N., Ergun T., Yay M., Madanat W., Silva de Souza A.W., Fortune F., Direskeneli H., Mumcu G. The assessment of presenteeism and activity impairment in Behçet's syndrome and recurrent aphthous stomatitis: a multicentre study. *Rheumatology (Oxford)*. 2022 Apr 11;61(4):1538–1547. doi: 10.1093/rheumatology/keab581
104. Frändemark Å., Törnblom H., Hreinnsson J.P., Andresen V., Benninga M.A., Corazzari E.S., Fukudo S., Mulak A., Santos J., Sperber A.D., Bangdiwala S.I., Palsson O.S., Simrén M. Work productivity and activity impairment in disorders of gut-brain interaction: Data from the Rome Foundation Global Epidemiology Study. *United European Gastroenterol J*. 2023 Jul;11(6):503–513. doi: 10.1002/ueg2.12425
105. Eurofound (2025), Living and working in Europe 2024, Publications Office of the European Union, Luxembourg.
106. Reilly M.C., Zbrozek A.S., Dukes E.M. The validity and reproducibility of a work productivity and activity impairment instrument. *Pharmacoeconomics*. 1993 Nov; 4(5):353–65. doi: 10.2165/00019053-199304050-00006
107. Nagata T., Fujino Y., Saito K., Uehara M., Oyama I., Izumi H., Kubo T. Diagnostic Accuracy of the Work Functioning Impairment Scale (WFun): A Method to Detect Workers Who Have Health Problems Affecting their Work and to Evaluate Fitness for Work. *J Occup Environ Med*. 2017 Jun;59(6):557–562. doi: 10.1097/JOM.0000000000001025
108. Tan X., Zhang Y., Shao H. Healthy China 2030, a breakthrough for improving health. *Glob Health Promot*. 2019 Dec;26(4):96–99. doi: 10.1177/1757975917743533
109. Frumkin H., Câmara Vde M. Occupational health and safety in Brazil. *Am J Public Health*. 1991 Dec;81(12):1619–24. doi: 10.2105/ajph.81.12.1619
110. WHO Global status report on physical activity 2022
111. Gordo A.L., Toth P.P., Quek R.G., Proudfoot E.M., Paoli C.J., Gandra S.R. Productivity losses associated with cardiovascular disease: a systematic review. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res*. 2016 Dec;16(6):759–769. doi: 10.1080/14737167.2016.1259571
112. Soejima T., Kamibeppu K. Are cancer survivors well-performing workers? A systematic review. *Asia Pac J Clin Oncol*. 2016 Dec;12(4):e383–e397. doi: 10.1111/ajco.12515
113. Анциферова А.А., Концевая А.В., Худяков М.Б., Пустеленин А.В., Иванова Е.С., Драпкина О.М. Разработка онлайн калькулятора экономических потерь для работодателя с целью обоснования инвестиций в здоровье работников. Проблемы стандартизации в здравоохранении. 2023; 11–12: 24–32. Doi: 10.26347/1607-2502202311-12024-032
114. Канев А.Ф., Куракова Н.Г., Кармина Р.Л. Использование показателя временной нетрудоспособности в практике управления здравоохранением в зарубежных странах // Здоровье населения и среда обитания. 2025. Т. 33. № 6. С. 7–17. doi: 10.35627/2219–5238/2025-33-6-7-17

ES

Trabajo en Situación de Enfermedad: Prevalencia, Métodos de Evaluación y Pérdidas Trabajo en Situación de Enfermedad: Prevalencia, Métodos de Evaluación y Pérdidas Económicas. Una Revisión Sistemática de la Literatura**O.S. Kobyakova, A.F. Kanev, N.G. Kurakova, R.L. Karmina****Anotación**

Introducción. La Federación Rusa pierde aproximadamente el 4% de su PIB anualmente debido a la incapacidad temporal. El presentismo (presencia laboral en situación de enfermedad) representa un problema particularmente significativo para la economía y la salud laboral del país, con riesgos de pérdidas económicas para los empleadores y riesgos para la salud de la población económicamente activa. Sin embargo, el fenómeno del presentismo sigue siendo poco estudiado a nivel mundial. La variabilidad en los resultados de los diversos métodos de evaluación refuerza la relevancia de este tema. La falta de comprensión de su frecuencia de uso, correlaciones e influencia en la elección de los enfoques dificulta tanto las comparaciones entre estudios como el desarrollo de estrategias y recomendaciones unificadas para prevenir y reducir las pérdidas económicas asociadas al presentismo. *El objetivo del estudio* fue sistematizar datos sobre la prevalencia, los métodos de evaluación y la carga económica del presentismo, así como analizar sus características regionales. *Materiales y métodos.* Esta revisión sistemática se preparó de acuerdo con las directrices PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses). Se realizó una búsqueda bibliográfica en PubMed, Scopus y Elibrary. La revisión incluyó 84 artículos originales publicados en inglés y ruso entre enero de 2020 y junio de 2025. *Resultados.* Esta revisión sistemática identificó una serie de tendencias clave y problemas metodológicos en la investigación del presentismo. Se observaron especificidades regionales significativas, en particular, el énfasis de los estudios europeos en los aspectos económicos y las pérdidas financieras. Se confirmó el predominio del cuestionario WPAI en la investigación global, mientras que en los países asiáticos (especialmente Japón), el cuestionario WFun se usa ampliamente, lo que refleja características culturales. Se reveló una disparidad en los enfoques para la selección de la muestra: un enfoque en condiciones médicas específicas predomina en los países occidentales, mientras que en China y Brasil, se estudian con mayor frecuencia áreas específicas de actividad profesional. El análisis temático reveló una concentración en los síndromes de dolor, y entre los grupos profesionales, los trabajadores de la salud fueron los más estudiados. El principal desafío metodológico fue la extrema heterogeneidad de los métodos para presentar resultados cuantitativos, lo que complica significativamente su comparación y metaanálisis. Esto indica una necesidad urgente de desarrollar estándares de informe uniformes para mejorar la validez y comparabilidad de los datos. *Conclusión.* Una revisión de la literatura reveló desafíos metodológicos significativos en el estudio del presentismo, lo que requiere enfoques unificados para su evaluación e interpretación económica. Se proponen las áreas más relevantes para futuras investigaciones, incluyendo el desarrollo de documentos de consenso para estandarizar las metodologías de evaluación y presentación de datos, la validación cruzada de escalas existentes, la unificación de enfoques para la evaluación económica, la expansión del rango de condiciones médicas estudiadas y la creación de recomendaciones y guías clínicas para la aplicación práctica en el manejo efectivo de este fenómeno.

Palabras clave: población económicamente activa, incapacidad temporal, presentismo, prevalencia, pérdidas económicas, métodos de evaluación, revisión sistemática.

FR

Travail en état de maladie: prévalence, méthodes d'évaluation et pertes économiques.**Une revue systématique de la littérature****O.S. Kobyakova, A.F. Kanev, N.G. Kurakova, R.L. Karmina****Annotation**

Introduction. La Fédération de Russie perd environ 4% de son PIB chaque année en raison d'incapacités de travail temporaires. Le présentisme – la présence au travail malgré la maladie – constitue un problème particulièrement important pour l'économie et la santé au travail du pays, engendrant des risques de pertes économiques pour les employeurs et des risques sanitaires pour la population active. Cependant, le présentisme reste un phénomène peu étudié à l'échelle mondiale. La variabilité des résultats des différentes méthodes d'évaluation renforce l'importance de cette question. Le manque de connaissances sur la fréquence d'utilisation de ces méthodes, leurs corrélations et leur influence sur le choix des approches entrave les comparaisons entre études ainsi que l'élaboration de stratégies et de recommandations unifiées pour prévenir et réduire les pertes économiques liées au présentisme. *Objectif de l'étude:* était de systématiser les données relatives à la prévalence, aux méthodes d'évaluation et au coût économique du présentisme, et d'analyser leurs caractéristiques régionales. *Matériel et méthodes.* Cette revue systématique a été réalisée conformément aux recommandations PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses). Une recherche bibliographique a été menée dans PubMed, Scopus et Elibrary. La revue a inclus 84 articles originaux publiés en anglais et russe entre janvier 2020 et juin 2025. *Résultats.* Cette revue systématique a identifié plusieurs tendances clés et enjeux méthodologiques dans la recherche sur le présentisme. D'importantes spécificités régionales ont été observées, notamment l'accent mis par les études européennes sur les aspects économiques et les pertes financières. La prédominance du questionnaire WPAI dans la recherche mondiale a été confirmée, tandis que dans les pays asiatiques (en particulier au Japon), le questionnaire WFun est largement utilisé, reflétant des spécificités culturelles. Une disparité dans les approches de sélection des échantillons a été mise en évidence: une attention particulière est portée à des affections médicales spécifiques dans les pays occidentaux, tandis qu'en Chine et au Brésil, des domaines d'activité professionnelle spécifiques sont plus fréquemment étudiés. L'analyse thématique a révélé une concentration sur les syndromes douloureux, et parmi les groupes professionnels, les professionnels de santé sont les plus étudiés. La principale difficulté méthodologique résidait dans l'extrême hétérogénéité des méthodes de présentation des résultats quantitatifs, ce qui complique considérablement leur comparaison et leur méta-analyse. Ceci souligne l'urgence d'élaborer des normes de présentation uniformes afin d'améliorer la validité et la comparabilité des données. *Conclusion.* Une revue de la littérature a révélé d'importantes difficultés méthodologiques dans l'étude du présentisme, nécessitant des approches unifiées pour son évaluation et son interprétation économique. Les axes de recherche les plus pertinents sont proposés: l'élaboration de documents de consensus pour standardiser les méthodologies d'évaluation et de présentation des données, la validation croisée des échelles existantes, l'unification des approches d'évaluation économique, l'élargissement du spectre des pathologies étudiées et la création de recommandations et de lignes directrices cliniques pour une prise en charge efficace de ce phénomène.

Mots clés: population active, incapacité temporaire, présentisme, prévalence, pertes économiques, méthodes d'évaluation, revue systématique.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ / ABOUT THE AUTHORS

Кобякова Ольга Сергеевна – член-корреспондент РАН, доктор медицинских наук, профессор, директор, ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва, Россия.

Olga S. Kobyakova – Corresponding Member of the RAS, Grand PhD in Medical sciences, Professor, Director, Russian Research Institute of Health, Moscow, Russia.

E-mail: kobyakovaos@mednet.ru, ORCID: 0000-0003-0098-1403; SPIN-код: 1373-0903

Канев Александр Федорович – кандидат медицинских наук, аналитик 1 категории отдела аналитики и мониторинга, ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва, Россия.

Aleksandr F. Kanev – PhD in Medical sciences, analyst of the 1st category, Analyst at the department of analysis and monitoring, Russian Research Institute of Health, Moscow, Russia.

E-mail: kanev.af@ssmu.ru; ORCID: 0000-0001-9612-8815; SPIN-код: 5907-6834

Куракова Наталия Глебовна – доктор биологических наук, заведующая отделом аналитики и мониторинга, ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва, Россия.

Natalya G. Kurakova – Grand PhD in Biological sciences, Head of the department of analysis and monitoring, Russian Research Institute of Health, Moscow, Russia.

E-mail: idmz@mednet.ru; ORCID: 0000-0003-1896-6420; SPIN-код: 5741-6679

Кармина Раиса Леонидовна – заведующая научно-техническим и редакционным отделом, ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва, Россия.

Raisa L. Karmina – Head of the Scientific, Technical and Editorial Department, Russian Research Institute of Health, Moscow, Russia.

E-mail: karminarl@mednet.ru; ORCID: 0009-0006-6567-4235; SPIN-код: 8093-1122

НОВОСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

В РОССИИ ВПЕРВЫЕ БЫЛИ ПРИСУЖДЕНЫ ПРЕМИИ ПРАВИТЕЛЬСТВА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ В ОБЛАСТИ МЕДИЦИНСКОЙ НАУКИ

Премьер-министр Михаил Владимирович Мишустин впервые вручил премии Правительства Российской Федерации в области медицинской науки. Три коллектива получили награды по следующим направлениям:

1. «Превентивная и персонализированная медицина, включая регенеративную медицину» за работу «Трехуровневая система персонализированного этапного лечения раненых с огнестрельной травмой лица в условиях современного военного конфликта». Лауреаты: Евгений Владимирович Крюков (Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова), Андрей Сергеевич Багненко (Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова), Геннадий Александрович Гребнев (Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова), Иван Михайлович Байриков (Самарский государственный медицинский университет), Сергей Васильевич Терещук (Главный военный клинический госпиталь имени академика Н.Н. Бурденко).

2. «Биомедицинские технологии» за работу «Научное обоснование, разработка и создание инновационной отечественной биотехнологической платформы производства набора реагентов на основе петлевой изотермической амплификации для ускоренной диагностики возбудителей инфекционных болезней и их массовый промышленный выпуск в интересах биобезопасности страны». Лауреаты: Василий Геннадьевич Акимкин, Вадим Викторович Петров, Наталья Сергеевна Петрова, Камель Фаридович Хафизов, Анна Сергеевна Черкашина (Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии).

3. «Нейротехнологии, включая когнитивные» за работу «Разработка и внедрение в хирургическую практику инновационных персонализированных систем стабилизации позвоночника». Лауреаты: Дмитрий Юрьевич Усачев (НМИЦ нейрохирургии имени академика Н.Н. Бурденко), Николай Александрович Коновалов (НМИЦ нейрохирургии имени академика Н.Н. Бурденко), Алексей Николаевич Шкарубо (НМИЦ нейрохирургии имени академика Н.Н. Бурденко), Антон Герасимович Назаренко (НМИЦ травматологии и ортопедии имени Н.Н. Приорова), Александр Алексеевич Кулешов (НМИЦ травматологии и ортопедии имени Н.Н. Приорова).

Кроме того, премьер-министр назвал также коллективы, которые получили премии Правительства в области науки и техники. Их присудили за создание инновационных хирургических технологий лечения альвеококкоза печени и за разработку и внедрение системы организации лечебно-реабилитационных мероприятий раненым и больным кардиологического профиля с сочетанной политравмой.

Источник: Официальный сайт Правительства Российской Федерации и Медвестник.ру.

РАЗВИТИЕ ЗАИНТЕРЕСОВАННОСТИ СТУДЕНТОВ СТАРШИХ КУРСОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА В УЧЕБНОМ ПРОЦЕССЕ: ОПЫТ ФГБОУ ВО КЕМГМУ И СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ С ПРАКТИЧЕСКИМ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ

Г.Н. ЦАРИК¹, Е.А. ВОРОНИНА¹, Т.Н. КОРБАНОВА¹, А.Б. ПОПОВИЧ¹

¹ ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Кемерово, Россия.

УДК 614.2

DOI: 10.21045/2782-1676-2025-5-4-66-75

Аннотация

Введение. В современном медицинском образовании ощущается недостаток практического опыта у студентов, что снижает их готовность к реальной работе в системе здравоохранения. *Цель исследования:* оценить заинтересованность студентов старших курсов медицинского ВУЗа при внедрении новых форматов практических занятий, включающих взаимодействие с медицинскими организациями региона и проведением телемоста с международным участием. *Материалы и методы.* Объектом исследования является заинтересованность студентов старших курсов в новых форматах проведения занятий. Единица наблюдения представлена учащимся старшего курса (3–5 курс). Выборочную совокупность составили 399 студентов лечебного, педиатрического и стоматологического факультетов ФГБОУ ВО «КемГМУ» Минздрава России. Использовались методы анализа научной литературы, анкетирование (двукратно: перед внедрением и после внедрения новых форматов обучения) и обобщения полученной информации. Разработанные анкеты включали вопросы, направленные на изучение интереса студентов к практическим навыкам и оценку удовлетворенности новыми форматами обучения дисциплины. Внедрены встречи с руководителями медицинских организаций Кузбасса и телемост с российскими и международными экспертами. *Результаты.* Анализ анкетирования выявил высокую заинтересованность студентов в получении практических знаний (91,7%). Наибольший интерес вызвала работа главного врача (40%) и его заместителей (16,7%). После внедрения новых форматов обучения 98,1% студентов оценили посещение медицинских организаций как полезное и интересное. 96,8% респондентов положительно оценили формат телемоста, однако были отмечены некоторые технические сложности при подключении. *Заключение.* Внедрение инновационных форматов обучения, таких как встречи с руководителями медицинских организаций и телемосты с экспертами, способствует повышению практических компетенций студентов и требует пересмотра образовательных программ с ориентацией на практическую направленность.

Ключевые слова: практическая подготовка, форматы практических занятий, медицинские организации, телекоммуникационные технологии, профессиональные компетенции, интересы студентов.

Для цитирования: Царик Г.Н., Воронина Е.А., Корбанова Т.Н., Попович А.Б. Развитие заинтересованности студентов старших курсов медицинского вуза в учебном процессе: опыт ФГБОУ ВО КемГМУ и современные методы взаимодействия с практическим здравоохранением. Общественное здоровье. 2025; 5(4):66–75, DOI: 10.21045/2782-1676-2025-5-4-66-75

Контактная информация: Попович Анастасия Борисовна, e-mail: anastasiya.p01@mail.ru

Финансирование: исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Статья поступила в редакцию: 26.03.2025. **Статья принята к печати:** 20.08.2025. **Дата публикации:** 17.12.2025.

UDC 614.2

DOI: 10.21045/2782-1676-2025-5-4-66-75

DEVELOPING THE INTEREST OF SENIOR MEDICAL STUDENTS IN THE EDUCATIONAL PROCESS: THE EXPERIENCE OF KEMEROVO STATE MEDICAL UNIVERSITY AND MODERN METHODS OF INTERACTION WITH PRACTICAL HEALTHCARE

G.N. Tsarik¹, E.A. Voronina¹, T.N. Korbanova¹, A.B. Popovich¹

¹ Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia.

Abstract

Introduction. In modern medical education, there is a lack of practical experience among students, which reduces their readiness for real work in the healthcare system. *The purpose of the study:* assessment of the interest of senior students of a medical university in the introduction of new formats of practical classes, including interaction with medical organizations of the region and holding a teleconference with international participation. *Materials and methods.* The object of research is the

interest of senior students in new formats of classes. The unit of observation is a senior student (3–5 courses) of the medical, pediatric and dental faculties of the Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education Kemerovo State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation. The sample set included 399 students of the medical, pediatric and dental faculties of the Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education Kemerovo State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation. The methods used were scientific literature analysis, questionnaires (twice: before and after the implementation of new learning formats), and summarization of the information obtained. The developed questionnaires included questions aimed at studying students' interest in practical skills and assessing their satisfaction. *Results.* Analysis of the questionnaires revealed a high interest of students in obtaining practical knowledge (91.7%). The greatest interest was attracted by the work of the chief physician (40%) and his deputies (16.7%). After the introduction of new training formats, 98.1% of students rated the visit to medical organizations as useful and interesting. 96.8% of respondents positively rated the teleconference format, however, some technical difficulties were noted when connecting. *Conclusion.* The introduction of innovative training formats, such as meetings with heads of medical organizations and teleconferences with experts, contributes to the improvement of students' practical competencies and requires a revision of educational programs with a focus on practical orientation.

Keywords: practical training, practical class formats, medical organizations, telecommunication technologies, professional competencies, students' interests.

For citation: Tsarik G.N., Voronina E.A., Korbanova T.N., Popovich A.B. Developing the interest of senior medical students in the educational process: the experience of Kemerovo State Medical University and modern methods of interaction with practical healthcare. Public health. 2025; 5(4):66–75, DOI: 10.21045/2782-1676-2025-5-4-66-75

For correspondence: Anastasia B. Popovich, e-mail: anastasiya.p01@mail.ru

Funding: the study had no sponsorship.

Conflict of interests: the authors declare that there is no conflict of interests.

Received: 26.03.2025. **Accepted:** 20.08.2025. **Published:** 17.12.2025.

Аннотации на испанском и французском языках приводятся в конце статьи

ВВЕДЕНИЕ

Анализ опыта кафедр «Общественного здоровья» различных медицинских вузов России и ближнего зарубежья выявил широкое применение кейс-технологий, деловых игр и проблемных лекций для повышения вовлеченности студентов в процесс обучения [3, 5, 6].

И. В. Аноховым проводился хронометраж рабочего времени на предприятиях, определено, что только 15–18% времени составляет активная деятельность, остальное время – распределительная деятельность (непроизводительные затраты), указывая на неэффективное использование времени, что может быть релевантно и для образовательного процесса [1]. В связи с этим, актуальным является поиск методов, позволяющих повысить эффективность и интерес к обучению у студентов-медиков.

Активные методы обучения, такие как тренинги и workshop, обеспечивают высокую вовлеченность и развивают социально-психологическую компетентность студентов, что важно для будущих специалистов здравоохранения [8]. Workshop способствует развитию самостоятельности и готовности к сотрудничеству [8].

Для повышения эффективности обучения студентов-медиков используются современные педагогические технологии, такие как обучение на

основе моделирования, геймификация, мобильные приложения и электронное обучение [7].

В зарубежных медицинских ВУЗах активно применяются видеоматериалы и видеоконференции, оказывая значительное влияние на учебный процесс. Видео позволяет студентам многократно просматривать врачебные манипуляции, а видеоконференции эффективно поддерживают групповую работу, особенно при использовании подхода Team-Based Learning (метод обучения, основанный на использовании малых групп), что повышает вовлеченность и успеваемость обучающихся [4].

В последнее время телемедицинские технологии активно используются для обучения студентов-медиков и повышения квалификации врачей. Телемедицина предоставляет возможности для дистанционных лекций, видеоматериалов и интерактивного изучения анатомии [2]. Тем не менее, ощущается недостаток в использовании этих технологий для организации непосредственного практического взаимодействия студентов с медицинскими организациями.

Несмотря на разнообразие используемых методик, отсутствует опыт практического взаимодействия с медицинскими организациями, направленный на формирование у студентов целостного представления о системе управления в здравоохранении через получение реальных

знаний и возможность прямого диалога с руководителями медицинских организаций [9].

Для решения проблемы недостаточно практической подготовки студентов и формирования у них целостного представления о системе управления здравоохранением, необходимо расширить спектр методов обучения, включив в него не только теоретические знания, но и активное взаимодействие с медицинскими организациями, а также анализ реальных кейсов из практики руководителей.

С целью повышения интереса обучающихся к процессу обучения на кафедре «Общественное здоровье, организации и экономики здравоохранения имени проф. А.Д. Ткачева» был разработан и внедрен новый формат работы — проведение практических занятий путем организации встреч с руководителями медицинских организаций Кузбасса, а также международное сотрудничество.

Цель исследования: оценить заинтересованность студентов старших курсов медицинского ВУЗа во внедрении новых форматов практических занятий, включающих взаимодействие с медицинскими организациями региона и проведением телемоста с международным участием.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Объектом исследования стала мотивация обучающихся к освоению практических навыков по дисциплине «Общественное здоровье и здравоохранение» и степень их удовлетворенности. Единицей наблюдения являлся учащийся старшего курса (3–5 курс). Выборочную совокупность составили 399 студентов лечебного, педиатрического и стоматологического факультетов ФГБОУ ВО «КемГМУ» Минздрава России.

В исследовании приняли участие все студенты старших курсов (399 человек), проходившие обучение на кафедре «Общественное здоровье, организация и экономика здравоохранения имени проф. А.Д. Ткачева» в период проведения исследования, что обеспечило репрезентативность выборки. Проведена проверка достаточности объема наблюдений выборочной совокупности по формуле:

$$n = \frac{t^2 \times p \times (100 - p)}{\Delta^2},$$

$p = 100 - 91,7$ (91,7% респондентов заинтересованы в проведении практических занятий с участием руководителей медицинских организаций).

Из расчета следует, что $p = 8,3$ (8,3 — процент неудовлетворенных новым форматом обучения), t — доверительный коэффициент, при $P = 95,5\%$ равен 2, $p = 8,3$, $\Delta = 5\%$.

$$n = \frac{2^2 \times 8,3 \times (100 - 8,3)}{5^2} = 121,77.$$

Следовательно, необходимый объем наблюдений выборочной совокупности равен 122. Данные настоящего исследования превышают допустимые пределы, что позволяет утверждать о статистически значимых результатах проведенной научной работы.

Изучено мнение обучающихся стоматологического (87 человек, 21,8%), педиатрического (142 обучающихся, 35,6%) и лечебного (169 студентов, 42,3%) факультетов.

Распределение обучающихся по курсам обусловлено преподаванием дисциплины на старших курсах и составило: 310 чел. — учащиеся 4 курса (77,7%), 14,3% или 57 чел. — студенты 5 курса, 32 чел. — 3 курса (8,02%).

Использовались методы анализа научной литературы, анкетирование (двукратно: перед внедрением и после внедрения новых форматов обучения) и обобщение полученной информации. При создании проекта были учтены мнения и потребности респондентов.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Проведенный анализ анкетных данных обучающихся выявил ряд значимых тенденций в восприятии преподавания дисциплины. В ответ на вопрос «Что бы Вы хотели изменить в преподавании предмета?» было получено 108 ответов, что свидетельствует о высокой вовлеченности студентов в процесс обучения. Примечательно, что большинство респондентов, указав, что «Ничего менять не требуется, все устраивает», демонстрируют удовлетворенность текущим форматом обучения. Однако, значительная часть студентов выразила заинтересованность в проведении «больше практических занятий» и «организации встреч со специалистами в области организации и управлении здравоохранения». Данный запрос подчеркивает потребность обучающихся в интеграции теоретических знаний с реальным опытом, получаемым от практиков здравоохранения. Незначительное количество ответов, касающихся технических моментов, таких как работа компьютеров и скорость Интернет-соединения, указывают на то, что, несмотря

на общую удовлетворенность, существуют аспекты, требующие улучшения для создания более комфортной образовательной среды.

Интересным представляется распределение ответов на вопрос «Как Вы считаете, будет полезным проведение практических занятий на базе медицинских организаций (встреча с главным врачом медицинских организаций, знакомство с работой заместителей главного врача, врачом-статистиком?)». Доминирующий ответ «Да, будет полезным опытом», полученный от большей части из 116 респондентов, подтверждает ценность практической составляющей образования в области организации здравоохранения. Мнения «Затрудняюсь ответить» и «Будет хорошим дополнением», вероятно, отражают некоторую неуверенность части студентов относительно формата и содержания таких занятий, либо недостаточную информированность о потенциальных преимуществах. Негативный ответ «Нет», скорее всего, связан с индивидуальными предпочтениями в обучении или опасениями относительно дополнительной нагрузки.

Для оценки заинтересованности студентов в новом формате практических занятий был разработан и проведен опрос, включающий в себя вопросы, направленные на выявление предпочтений и ожиданий обучающихся. Результаты ответа на вопрос «Вы хотели бы получить практические знания на базе медицинских организаций Кузбасса?» (рисунок 1), где 91,7% студентов ответили «Да», а 8,3% ответили «Нет», однозначно свидетельствуют о высоком уровне мотивации к приобретению практических навыков в реальных условиях здравоохранения.

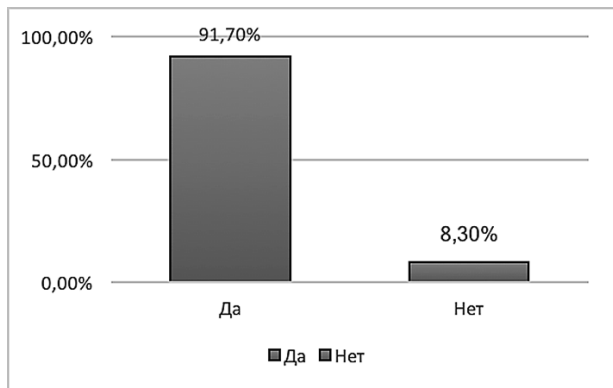


Рис. 1. Заинтересованность обучающихся в проведении практических занятий на базе медицинских организаций Кузбасса

Источник: составлено авторами по данным проведенного опроса, актуальным на февраль 2025 г.

Следующим этапом проекта стало планирование конкретных мероприятий на базе медицинских организаций Кузбасса с учетом интересов студентов. Для этого в анкете студентам был задан вопрос: «Что бы Вы в большей мере хотели там увидеть? С какой работой организатора здравоохранения желали бы ознакомиться?».

Результаты опроса о желаемых направлениях для ознакомления в рамках практических занятий выявили широкий спектр интересов студентов (рисунок 2). Наибольшее внимание обучающихся привлекает работа главного врача, что подчеркивает стремление к пониманию стратегического руководства медицинскими организациями и роли лидера в системе здравоохранения, включая его обязанности и распорядок дня. Значительный интерес к работе заведующего отделением отражает желание обучающихся разобраться в организации лечебно-диагностического процесса на уровне структурного подразделения. Вопросы управления персоналом, привлечение внимания студентов, указывают на осознание важности эффективного взаимодействия внутри коллектива, поддержания позитивной корпоративной культуры и благополучной рабочей среды.

Также студенты проявили повышенный интерес к сфере деятельности Министра здравоохранения, что может быть связано с желанием понимать принципы формирования государственной политики в области здравоохранения и механизмы принятия решений на высшем уровне. Определенное внимание было уделено работе врача-статистика, что свидетельствует об осознании важности аналитической работы и использования данных для принятия управленческих решений в здравоохранении. Работа с медицинской и юридической документацией и вопросы финансирования медицинских организаций вызвали меньший интерес, однако также были отмечены респондентами, что демонстрирует наличие у части студентов стремления к углубленному изучению нормативно-правовых и экономических аспектов функционирования системы здравоохранения. Общая заинтересованность, выраженная в ответе «Интересно все», является показателем стремления к получению комплексных знаний в различных сферах организации здравоохранения. При этом небольшая часть респондентов выразила отсутствие интереса к практическому взаимодействию с системой здравоохранения, что может быть обусловлено индивидуальными предпочтениями, профессиональными планами



Рис. 2. Распределение мнений, обучающихся по интересам при проведении практических занятий на базе медицинских организаций Кузбасса

Источник: составлено авторами по данным проведенного опроса, актуальным на февраль 2025 г.

или спецификой восприятия образовательного процесса.

Представленные данные в совокупности демонстрируют необходимость расширения практической составляющей образовательного процесса и создания структурированных возможностей для студентов приобрести реальный, ценный опыт работы в медицинских организациях. Полученные результаты подчеркивают, что современный учащийся медицинского ВУЗа заинтересован не только в усвоении теоретического материала, но и в приобретении конкретных навыков, позволяющих эффективно применять знания на практике. В связи с этим, целесообразно разработать и внедрить в учебный план систему практических занятий, проведение круглых столов и мастер-классов на базе ведущих медицинских учреждений Кузбасса. Это позволит студентам не только ознакомиться с работой различных специалистов в сфере организации здравоохранения, но и сформировать более полное представление о функционировании системы здравоохранения в целом, ее актуальных проблемах и перспективах развития. Кроме того, необходимо адаптировать программы обучения к индивидуальным потребностям каждого обучающегося, чтобы обеспечить получение опыта, соответствующего его профессиональным стремлениям.

Усиление практической ориентации образовательного процесса будет способствовать повышению конкурентоспособности выпускников и их успешной адаптации к реалиям профессиональной деятельности.

По результатам проведения очного занятия на базе медицинских организаций: ГБУЗ «Кузбасский центр общественного здоровья и медицинской профилактики» и ГАУЗ «Кузбасский клинический госпиталь для ветеранов войн» — со студентами лечебного, стоматологического и педиатрического факультетов было проведено анкетирование с целью оценки удовлетворенности новым форматом реализации занятий (рисунок 3).

Результаты опроса показали, что 98,1% учащихся оценили посещение медицинских организаций как полезное и интересное. Полученные данные свидетельствуют о высокой заинтересованности студентов в практической подготовке.

Для дальнейшего развития этого направления необходимо установить более тесные связи с медицинскими организациями и расширить возможности для прохождения студентами практики и стажировок.

В целях развития работы, направленной на расширение практических компетенций у обучающихся, возможности обмена опытом

с федеральными центрами России и международного сотрудничества, был организован телемост, направленный на обсуждение актуальных вопросов развития организационных технологий в здравоохранении, проблем и перспектив отрасли. Телемост был организован в гибридном формате: онлайн и активное присутствие обучающихся на мероприятии, были приглашены в том числе иностранные студенты.

Онлайн-подключением воспользовались 36 студентов, активно присутствовали на мероприятии 68 человек. Также участие приняли ведущие российские эксперты в области здравоохранения, а также зарубежные специалисты из Судана, Алжира, Индии и Йемена. Формат телемоста предполагал выступления спикеров по различным аспектам организации медицинской помощи при использовании онлайн-связи, а также дискуссию.

Таким образом, была достигнута еще одна задача — сотрудничество с федеральными центрами и развитие международных связей, обмен опытом.

Обсуждаемые на телемосте темы отразили современные тренды в медицине, затронув вопросы организации высокотехнологичной хирургии, репродуктивных технологий, эффективного управления многопрофильными больницами и перспектив использования 3D-печати в медицине. Однако, современное здравоохранение сталкивается с серьезными вызовами: нехваткой квалифицированных медицинских кадров, недостаточным финансированием и неравномерным доступом к медицинской помощи, особенно в отдаленных регионах. Для преодоления этих трудностей необходимы инновационные организационные технологии,

способные оптимизировать работу медицинских учреждений, повысить эффективность использования ресурсов и обеспечить равный доступ к качественной медицинской помощи для всех слоев населения. Только комплексный подход, учитывающий как богатое историческое наследие, так и современные вызовы, позволит обеспечить дальнейшее развитие и укрепление системы здравоохранения.

Данное мероприятие предоставило уникальную возможность для общения со специалистами в области здравоохранения, знакомства с новейшими тенденциями в организации медицинской помощи, обмена опытом и обсуждения актуальных вопросов.

Для повышения практической значимости телемоста был организован предварительный сбор вопросов от студентов по актуальным темам организации медицинской помощи. Это позволило экспертам более целенаправленно отвечать на вопросы, которые действительно интересовали студентов, сделать телемост полезным для обучения. После проведения телемоста была организована итоговая дискуссия со студентами, в ходе которой они смогли обсудить полученную информацию, задать дополнительные вопросы и поделиться своими впечатлениями.

По результатам занятия, организованного при помощи телемоста, было проведено анкетирование с целью оценки удовлетворенности студентов данным форматом обучения (рисунок 4). Результаты опроса показали, что 96,8% респондентов оценили такой формат проведения занятий положительно. Только 3,2% респондентов остались недовольны, в том числе в причинах была указана техническая сложность для подключения к телемосту.

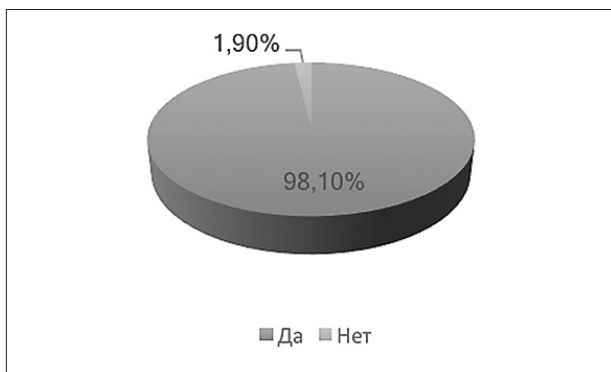


Рис. 3. Удовлетворенность респондентов результатами посещения медицинской организации

Источник: составлено авторами по данным проведенного опроса, актуальным на февраль 2025 г.

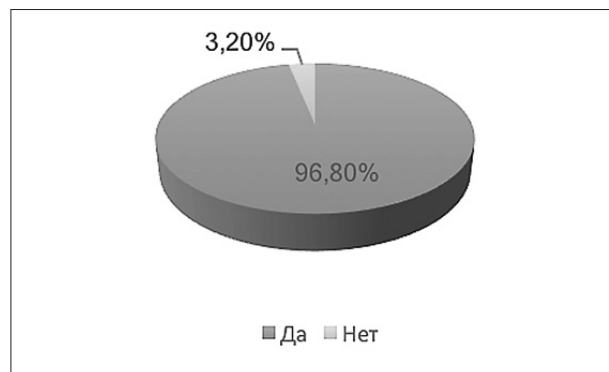


Рис. 4. Удовлетворенность респондентов проведением Телемоста

Источник: составлено авторами по данным проведенного опроса, актуальным на февраль 2025 г.

Данные результаты подчеркивают необходимость дальнейшего внедрения инновационных форматов обучения на кафедре «Общественное здоровье, организация и экономика здравоохранения имени проф. А. Д. Ткачева».

Несмотря на большинство положительных ответов, необходимо отметить, что эффективность предложенных форматов обучения во многом зависит от качества организации и проведения занятий, а также от активного участия обучающихся. В будущем следует разработать методические рекомендации для преподавателей и студентов, которые помогут им максимально продуктивно использовать возможности предложенных форматов.

Также, как было отмечено выше, на основании результатов проведенного опроса выявлена высокая заинтересованность студентов в практических знаниях и работе организатора здравоохранения, особенно в обязанностях главного врача и его заместителей. Это обосновывает разработку практико-ориентированных форматов взаимодействия с медицинскими организациями.

Организация встреч с руководителями медицинских организаций и телемоста с международными экспертами позволили разнообразить учебный процесс, использовать современные тренды здравоохранения в обучении.

Внедрение практико-ориентированных форматов способствовало совершенствованию практических компетенций обучающихся, о чем свидетельствуют положительные впечатления после проведенных занятий и повышенный интерес студентов к практическим аспектам работы.

Оценка результатов анкетирования позволила выявить высокую удовлетворенность студентов новым форматом, особенно отмечено, что личное общение с руководителями в медицинских организациях вызывает больший интерес, чем телемост, хотя и его большинство оценило положительно.

ВЫВОДЫ:

1. Проведено анкетирование обучающихся, результаты показали высокую степень заинтересованности студентов в получении практических знаний в сфере организации здравоохранения: 91,7% из них выразили желание получить практические навыки в медицинских организациях.

2. Для обеспечения учебного процесса на высоком уровне и его разнообразия, разработан и апробирован новый формат обучения в виде

встреч с организаторами здравоохранения различного уровня. Особый интерес был вызван к работе руководителей лечебных учреждений: 40% респондентов заинтересованы в обязанностях главного врача, 16,7% — заместителя главного врача.

3. Благодаря внедрению новой формы образовательного процесса, включая встречи с руководителями медицинских организаций региона и телемоста с международными экспертами, удалось повысить интерес студентов к обучению на кафедре «Общественное здоровье, организация и экономика здравоохранения имени проф. А. Д. Ткачева».

4. В целях оценки результатов работы с применением нового организационного метода в преподавании предмета изучена удовлетворенность анкетлируемых, которая в 98,1% случаев была положительной.

Проанализировав литературные источники, различные форматы и подходы к образовательному процессу в системе высшего медицинского образования Российской Федерации, можно утверждать, что инновационный подход, сформированный авторами, не имеет аналогов в преподавании дисциплины «Общественное здоровье и здравоохранение», подобные социологические исследования среди обучающихся медицинских ВУЗов не проводились.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Внедрение инновационных форматов обучения в медицинском образовании играет важную роль в подготовке высококвалифицированных и конкурентоспособных специалистов на рынке труда. Данное исследование подтвердило высокую заинтересованность студентов в практических знаниях и высокую оценку встреч с руководителями медицинских организаций и телемоста с российскими и международными экспертами, что свидетельствует о целесообразности использования таких методов.

Подтверждена эффективность практико-ориентированных форматов обучения. Положительно оценили телемост с участием российских и международных экспертов 96,8% респондентов, однако отмечены некоторые проблемы с технической стороной при подключении обучающихся. Личное общение с руководителями медицинских организаций вызвало больший интерес, чем телемост, что указывает на важность непосредственного личного взаимодействия

при получении практических навыков.

Результаты подчеркивают важность сочетания теории с практикой. Интерес обучающихся к работе руководителей и положительная оценка посещения медицинских организаций как полезный и ценный опыт, подтверждают необходимость интеграции практических занятий и стажировок в учебный план, что соответствует принципам активного обучения. Непосредственное общение оказалось более привлекательным, чем телемост, что может быть связано с возможностью личного взаимодействия и имеет значение для разработки практико-ориентированных программ.

Определены перспективы для дальнейшего развития. Необходимо укреплять связи с медицинскими организациями, расширять возможности для практики и стажировок, а также разработать методические рекомендации для преподавателей и студентов.

Полученные результаты указали на ряд важных вопросов, требующих дальнейшего изучения: как наиболее эффективно интегрировать практический опыт в учебный процесс, какова роль дистанционных технологий в медицинском образовании и каковы оптимальные критерии оценки качества подготовки специалистов. Эти вопросы указывают на необходимость пересмотра образовательных программ с ориентацией на практическую направленность.

В заключение следует отметить, что внедрение таких форматов — важный шаг к подготовке востребованных специалистов. Необходимо совершенствовать методику, учитывать потребности студентов и обеспечивать взаимодействие с организациями. Дальнейшие исследования должны оценивать влияние на образовательный процесс и разрабатывать рекомендации для других учебных заведений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Анохов И.В. Поток создания ценности в технологии бережливого производства и перспективы его дегуманизации (на примере компании техникон) // Экономика и экологический менеджмент. — 2021. — № 1. — Текст: электронный. — URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/potok-sozdaniya-tsennosti-v-tehnologii-berezhlivogo-proizvodstva-i-perspektivy-ego-degumanizatsii-na-primere-kompanii-tehnikon> (Дата обращения: 31.10.2024).
2. Итинсон К.С., Чиркова В.М. Применение телемедицинских технологий в процессе обучения студентов-медиков и повышения квалификации врачей // АНИ: педагогика и психология. — 2020. — № 1 (30). — Текст: электронный. — URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/primeneniye-telemeditsinskih-tehnologiy-v-protsesse-obucheniya-studentov-medikov-i-povysheniya-kvalifikatsii-vrachey> (Дата обращения: 10.02.2025).
3. Калишев М.Г., Рогова С.И., Лапшина Л.Н. Активные методы обучения подготовке специалистов общественного здравоохранения // Медицина и экология. — 2019. — № 2 (91). — Текст: электронный. — URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/aktivnye-metody-obucheniya-v-podgotovke-spetsialistov-obshchestvennogo-zdravoohraneniya> (Дата обращения: 27.10.2024).
4. Муравьева И.В., Зрютина А.В., Немцова В.В., Покидова Е.А. Зарубежный опыт применения дистанционного обучения студентов-медиков // Современное педагогическое образование. — 2022. — № 7. — URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/zarubezhnyy-opyt-primeneniya-distantsionnogo-obucheniya-studentov-medikov> (Дата обращения: 31.07.2025).
5. Найговзина Н.Б., Зимина Э.В., Корчуганова Е.А., Макарова Н.К., Титкова Ю.С., Цветкова Е.А., Наваркин М.В. Организация модуля «Стажировка на клинической базе» при подготовке специалиста в области организации здравоохранения и общественного здоровья // Вестник ИвГМА. — 2019. — № 1. — Текст: электронный. — URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/organizatsiya-modulya-stazhirovka-na-klinicheskoy-baze-pri-podgotovke-spetsialista-v-oblasti-organizatsii-zdravoohraneniya-i> (Дата обращения: 27.10.2024).
6. Пинчук Т.В., Орлова Н.В. Интерактивные методы обучения в высшем медицинском образовании (аналитический ОБЗОР) // Медицинское образование и профессиональное развитие. — 2020. — № 3 (39). — Текст: электронный. — URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/interaktivnye-metody-obucheniya-v-vysshem-meditsinskom-obrazovanii-analiticheskiy-obzor> (Дата обращения: 07.02.2025).
7. Трофимова Ю.В. Современные педагогические технологии в современном медицинском образовании и инновации в повышении мотивации студентов // Актуальные проблемы профессиональной деятельности и подготовки медицинских работников среднего звена: материалы Международной научно-практической конференции / Под ред. Т.И. Гавриловой. — Курск, КБМК, 2024.
8. Хамматова Р.С. Тезисы VII международной конференции «Росмедобр-2016. Инновационные обучающие технологии в медицине» // Медицинское образование и профессиональное развитие. — 2016. — № 3 (25). — URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/tezisyy-vii-mezhdunarodnoy-konferentsii-rosmedobr-2016-innovatsionnye-obuchayushchie-tehnologii-v-meditsine> (Дата обращения: 31.07.2025).
9. Царик Г.Н., Кудряшова И.А., Батиевская В.Б., Цитко Е.А. Из истории кафедры общественного здоровья, организации и экономики здравоохранения имени профессора А. Ткачева // Вестник общественных и гуманитарных наук. — 2025. — Т. 6. — № 1. — С. 69–74.
10. Царик Г.Н. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник для вузов / Г.Н. Царик, — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2021. — 912 с.

REFERENCES

1. Anokhov I. V. The flow of value creation in lean manufacturing technology and the prospects for its dehumanization (using the example of technonicol) // Economics and Environmental Management. — 2021. — No. 1. — Text: electronic. — URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/potok-sozdaniya-tsennosti-v-tehnologii-berezhlivogo-proizvodstva-i-perspektivy-ego-degumanizatsii-na-primere-kompanii-tehnonicol> (Date of request: 31.10.2024).
2. Itinson K. S., Chirkova V. M. Application of telemedicine technologies in the process of teaching medical students and advanced training of doctors // ANI: pedagogy and psychology. — 2020. — № 1 (30). — Text: electronic. — URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/primenenie-telemeditsinskih-tehnologiy-v-protssesse-obucheniya-studentov-medikov-i-povysheniya-kvalifikatsii-vrachey> (Date of request: 10.02.2025).
3. Kalishev M. G., Rogova S. I., Lapshina L. N. Active methods of teaching public health specialists // Medicine and ecology. — 2019. — № 2 (91). — Text: electronic. — URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/aktivnye-metody-obucheniya-v-podgotovke-spetsialistov-obshchestvennogo-zdravoohraneniya> (Date of request: 27.10.2024).
4. Muravyeva I. V., Zryutina A. V., Nemtsova V. V., Pokidova E. A. Foreign experience in the use of distance learning for medical students // Modern pedagogical education. — 2022. — No. 7. — URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/zarubezhnyy-opyt-primeneniya-distantionnogo-obucheniya-studentov-medikov> (Date of request: 31.07.2025).
5. Naigovzina N. B., Zimina E. V., Korchuganova E. A., Markarova N. K., Titkova Yu. S., Tsvetkova E. A., Navarkin M. V. Organization of the module "Internship at the clinical base" in the training of a specialist in the field of healthcare and public health // Bulletin of the IvGMA. — 2019. — No. 1. — Text: electronic. — URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/organizatsiya-modulya-stazhirovka-na-klinicheskoy-baze-pri-podgotovke-spetsialista-v-oblasti-organizatsii-zdravoohraneniya-i> (Date of request: 27.10.2024).
6. Pinchuk T. V., Orlova N. V. Interactive teaching methods in higher medical education (analytical review) // Medical education and professional development. — 2020. — № 3 (39). — Text: electronic. — URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/interaktivnye-metody-obucheniya-v-vysshem-meditsinskom-obrazovanii-analiticheskiy-obzor> (Date of request: 07.02.2025).
7. Trofimova Yu. V. Modern pedagogical technologies in modern medical education and innovations in increasing student motivation // Actual problems of professional activity and training of middle-level medical workers: materials of the International scientific and practical Conference / Edited by T. I. Gavrilova. — Kursk, KBMK, 2024.
8. Khammatova R. S. Abstracts of the VII international conference "Rosmedobr-2016. Innovative educational technologies in medicine" // Medical education and professional development. — 2016. — № 3 (25). — URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/tezisy-vii-mezhdunarodnoy-konferentsii-rosmedobr-2016-innovatsionnye-obuchayuschie-tehnologii-v-meditsine> (Date of request: 31.07.2025).
9. Tsarik G. N., Kudryashova I. A., Batievskaya V. B., Citko E. A. From the history of the Department of Public Health, Organization and Economics of Healthcare named after Professor A. Tkachev // Bulletin of Social and Humanitarian Sciences. — 2025. — Vol. 6. — No. 1. — P. 69–74.
10. Tsarik G. N. Public health and healthcare: textbook for universities / G. N. Tsarik, Moscow: GEOTAR–Media, 2021. 912 p.

ES

Fomento del interés de los estudiantes de medicina de último año en el proceso académico: La experiencia de KemSMU y los métodos modernos de interacción con la atención médica práctica

G.N. Tsarik, E.A. Voronina, T.N. Korbanova, A.B. Popovich
Anotación

Introducción. La formación médica actual carece de experiencia práctica entre los estudiantes, lo que reduce su preparación para el trabajo práctico en el sistema sanitario. *El objetivo del estudio:* Evaluar el interés de los estudiantes de medicina de último año en la implementación de nuevos formatos de formación práctica, incluyendo la interacción con organizaciones médicas regionales y teleconferencias con participantes internacionales. *Materiales y métodos.* El estudio se centró en el interés de los estudiantes de último año en los nuevos formatos de formación. La población del estudio consistió en estudiantes de último año (de 3.º a 5.º año). La muestra estuvo compuesta por 399 estudiantes de las facultades de medicina general, pediatría y odontología de KemSMU, una rama del Ministerio de Salud de la Federación de Rusia. Los métodos utilizados incluyeron una revisión bibliográfica, cuestionarios (en dos momentos: antes y después de la implementación de los nuevos formatos de aprendizaje) y un resumen de la información obtenida. Los cuestionarios desarrollados incluyeron preguntas destinadas a explorar el interés de los estudiantes en las habilidades prácticas y evaluar su satisfacción con los nuevos formatos de enseñanza de

FR

Développer l'intérêt des étudiants en médecine de dernière année pour le processus académique: l'expérience de l'Université d'État de médecine de Kem (KemSMU) et les méthodes modernes d'interaction avec le milieu hospitalier

G.N. Tsarik, E.A. Voronina, T.N. Korbanova, A.B. Popovich
Annotation

Introduction. L'enseignement médical actuel souffre d'un manque d'expérience pratique chez les étudiants, ce qui réduit leur aptitude à exercer dans le système de santé. *Objectif de l'étude:* Évaluer l'intérêt des étudiants en médecine de dernière année pour la mise en œuvre de nouvelles modalités de formation pratique, notamment l'interaction avec les organisations médicales régionales et les téléconférences avec des participants internationaux. *Matériel et méthodes.* L'étude porte sur l'intérêt des étudiants de dernière année pour ces nouvelles modalités de formation. La population étudiée est composée d'étudiants de 3e à 5e année. L'échantillon comprend 399 étudiants des facultés de médecine générale, de pédiatrie et d'odontologie de KemSMU, une antenne du ministère de la Santé de la Fédération de Russie. La méthodologie employée inclut une revue de la littérature, des questionnaires (administrés à deux reprises: avant et après la mise en place des nouvelles modalités d'apprentissage) et une synthèse des données recueillies. Les questionnaires élaborés comportaient des questions visant à explorer l'intérêt des étudiants pour les compétences pratiques et à évaluer leur satisfaction quant aux nouvelles modalités d'enseignement

la disciplina. Se implementaron reuniones con los directores de las organizaciones sanitarias de Kuzbass y una teleconferencia con expertos rusos e internacionales. **Resultados.** El análisis de los cuestionarios reveló un alto nivel de interés de los estudiantes en adquirir conocimientos prácticos (91,7%). El trabajo del médico jefe (40%) y sus adjuntos (16,7%) generó el mayor interés. Tras la implementación de los nuevos formatos de aprendizaje, el 98,1% de los estudiantes calificó sus visitas a las organizaciones sanitarias como útiles e interesantes. El 96,8% de los encuestados calificó positivamente el formato de teleconferencia; sin embargo, se observaron algunas dificultades técnicas de conexión. **Conclusión.** La introducción de formatos de formación innovadores, como reuniones con líderes de organizaciones sanitarias y teleconferencias con expertos, mejora las competencias prácticas de los estudiantes y requiere una revisión de los programas educativos con un enfoque práctico.

Palabras clave: formación práctica, formatos de formación práctica, organizaciones sanitarias, tecnologías de las telecomunicaciones, competencias profesionales, intereses de los estudiantes.

de la discipline. Des rencontres avec les responsables des établissements de santé du Kouzbass et une téléconférence avec des experts russes et internationaux ont été organisées. **Résultats.** L'analyse des questionnaires a révélé un fort intérêt des étudiants pour l'acquisition de connaissances pratiques (91,7%). Le travail du médecin-chef (40%) et de ses adjoints (16,7%) a suscité le plus grand intérêt. Après la mise en place des nouvelles modalités d'apprentissage, 98,1% des étudiants ont jugé leurs visites dans les établissements de santé utiles et intéressantes. 96,8% des répondants ont évalué positivement le format de téléconférence; toutefois, quelques difficultés techniques de connexion ont été constatées. **Conclusion.** L'introduction de modalités de formation innovantes, telles que les rencontres avec les responsables des établissements de santé et les téléconférences avec des experts, renforce les compétences pratiques des étudiants et nécessite une révision des programmes d'enseignement afin de les orienter davantage vers la pratique.

Mots clés: formation pratique, modalités de formation pratique, établissements de santé, technologies de télécommunication, compétences professionnelles, intérêts des étudiants.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ / ABOUT THE AUTORS

Царик Галина Николаевна – доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой общественного здоровья, организации и экономики здравоохранения имени профессора А.Д. Ткачева, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Кемерово, Россия.

Galina N. Tsarik – Grand PhD in Medical sciences, Professor, Head Department of Public Health, Organization and Economics of Health named after Professor A.D. Tkachev, Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia.
E-mail: insepz@yandex.ru, ORCID: 0000-0003-4018-4353, SPIN-код: 7496–8110

Воронина Елена Анатольевна – доктор медицинских наук, профессор, профессор кафедры общественного здоровья, организации и экономики здравоохранения имени профессора А.Д. Ткачева, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Кемерово, Россия.

Elena A. Voronina – Grand PhD in Medical sciences, Professor, Professor of the Department of Public Health, Organization and Economics of Healthcare named after Professor A.D. Tkachev, Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia.
E-mail: eabvnn@mail.ru, ORCID: 0000-0001-8915-533X, SPIN-код: 1748–3392

Корбанова Татьяна Николаевна – кандидат медицинских наук, старший преподаватель кафедры общественного здоровья, организации и экономики здравоохранения имени профессора А.Д. Ткачева, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Кемерово, Россия.

Tatyana N. Korbanova – PhD in Medical sciences, Senior Lecturer of the Department of Public Health, Organization and Economics of Healthcare named after Professor A.D. Tkachev, Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia.
E-mail: Tkorbanova@gmail.com, ORCID: 0000-0003-4794-9072, SPIN-код: 6091–0976

Попович Анастасия Борисовна – магистрант, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Кемерово, Россия.

Anastasia B. Popovich – master's student, Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia.
E-mail: anastasiya.p01@mail.ru, ORCID: 0009-0000-6298-8446, SPIN-код: 9577–0771

ОРГАНИЗАЦИЯ ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ В СТОМАТОЛОГИИ НА ПРИМЕРЕ АНЕСТЕТИКОВ

М.А. ГИЛЕВА^{1,2}, Н.В. ИСАЕВА², А.Ю. НОВИКОВ¹,
Е.Н. СТРУЕВА², Е.А. ВОРОНОВА²

¹ ГБУЗ Пермского края «Краевая клиническая стоматологическая поликлиника», г. Пермь, Россия;

² ФГБОУ ВО «Пермский государственный медицинский университет имени академика Е.А. Вагнера»
Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Пермь, Россия.

УДК 614.2

DOI: 10.21045/2782-1676-2025-5-4-76-85

Аннотация

Введение. Безопасность применения местных анестетиков в стоматологии напрямую зависит от качества организации лекарственного обеспечения, включая контроль движения препаратов, учет аллергологического анамнеза и снижение риска нежелательных реакций. Однако в большинстве стоматологических поликлиник отсутствуют автоматизированные системы персонифицированного учета лекарственных препаратов. **Цель исследования:** совершенствование системы лекарственного обеспечения на примере местных анестетиков путем внедрения автоматизированного персонифицированного учета. **Материалы и методы.** Исследование проведено в ГБУЗ ПК «ККСП» в 2022–2023 гг. Проанализированы процессы движения анестетиков, выполнен аудит, внедрена Единая государственная информационная система здравоохранения Пермского края, проведен экономический анализ, проанкетированы 87 врачей. **Результаты.** Внедрение персонифицированного учета позволило обеспечить подлинное списание каждой ампулы, снизить риск ошибок, улучшить подбор анестетиков, уменьшить расход местных анестетиков на 34% и затраты на 28%. **Заключение.** Внедрение автоматизированной системы и персонифицированного подхода обеспечило надлежащий контроль качества и безопасности использования анестетиков и улучшило экономические показатели в медицинской организации стоматологического профиля.

Ключевые слова: местные анестетики, стоматология, персонифицированный учет, автоматизация в здравоохранении, лекарственная безопасность, управление запасами лекарственных средств.

Для цитирования: Гилева М.А., Исаева Н.В., Новиков А.Ю., Струева Е.Н., Воронова Е.А. Организация лекарственного обеспечения в стоматологии на примере анестетиков. *Общественное здоровье*. 2025; 5(4):76–85, DOI: 10.21045/2782-1676-2025-5-4-76-85

Контактная информация: Гилева Мария Александровна, e-mail: mgileva75@mail.ru

Финансирование: исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Статья поступила в редакцию: 06.01.2025. **Статья принята к печати:** 29.07.2025. **Дата публикации:** 17.12.2025.

UDC 614.2

DOI: 10.21045/2782-1676-2025-5-4-76-85

A PERSONALISED APPROACH TO DRUG SUPPLY RATIONALISATION IN DENTAL CARE

M.A. Gileva^{1,2}, N.V. Isaeva², A.Yu. Novikov¹, E.N. Strueva², E.A. Voronova²

¹ Regional Dental Polyclinic, Perm, Russia;

² Perm State Medical University named after Academician E.A. Wagner, Perm, Russia.

Abstract

Introduction. The safety of local anesthetics in dentistry is directly determined by the quality of drug supply management, including monitoring the movement of medications, taking into account the patient's allergy history, and reducing the risk of adverse reactions. However, most dental clinics lack automated systems for personalized drug accounting. **The purpose of the study** was to improve the drug supply system using local anesthetics as an example through the implementation of automated personalized accounting. **Materials and methods.** The study was conducted at the Regional Dental Polyclinic (Perm Krai) in 2022–2023. The processes of anesthetic movement were analyzed, followed by an audit, implementation of the Unified State Information System in Healthcare (EGISZ PC), economic assessment, and a survey of 87 dentists. **Results.** The introduction of personalized accounting made it possible to ensure accurate documentation of each ampoule, reduce the risk of errors, improve anesthetic selection, reduce the consumption of local anesthetics by 34%, and decrease expenditures by 28%. **Conclusion.** The implementation of an automated system and a personalized approach ensured quality control and safety in the use of anesthetics and improved the economic performance of the dental medical organization.

Keywords: local anesthetics, dentistry, personalized accounting, healthcare automation, medication safety, drug stock management.

For citation: Gileva M.A., Isaeva N.V., Novikov A.Yu., Strueva E.N., Voronova E.A. A personalized approach to drug supply rationalization in dental care. Public health. 2025; 5(4):76–85, DOI: 10.21045/2782-1676-2025-5-4-76-85

For correspondence: Maria A. Gileva, e-mail: mgileva75@mail.ru

Funding: the study had no sponsorship.

Conflict of interests: the authors declare that there is no conflict of interests.

Received: 06.01.2025. **Accepted:** 29.07.2025. **Published:** 17.12.2025.

Аннотации на испанском и французском языках приводятся в конце статьи

ВВЕДЕНИЕ

Одной из основных задач стоматологической практики является контроль болевого синдрома, который обеспечивается применением определенных местных анестетиков [1, 2]. Практикующие стоматологи должны владеть не только базовыми знаниями в области клинического применения препаратов, но и обеспечить эффективность, а также безопасность применения анестетиков, что в целом определяет надлежащее качество медицинской помощи и влияет на уровень доверия пациентов [3, 4].

Несмотря на широкий перечень лекарственных препаратов, представленных к использованию в стоматологии, эффективность купирования боли и отсутствие патологических последствий в полной мере зависит от того, насколько адекватно врач-стоматолог подобрал препарат с учетом его фармакодинамических показателей, аллергологического анамнеза пациента и индивидуальных особенностей его организма, а также конкретной клинической ситуации [1, 2, 5]. Возникает потребность персонализированного подхода к выбору средства обезболивания для обеспечения безопасности при стоматологических вмешательствах различного объема и длительности [6].

Приказом Минздравсоцразвития Российской Федерации от 25 января 2011 г. № 29н регламентировано применение персонализированного учета, который представляет детальный учет расхода медицинских препаратов и медицинских изделий на каждого пациента [7].

На сегодняшний день в крупных клинических центрах и многопрофильных больницах автоматизированный подход к персонализированному учету медицинских препаратов активно используется не только для улучшения качества лечения пациентов, но и с целью оценки эффективности расходов, а также для совершенствования

механизмов закупок в условиях ограниченного финансирования [8, 9, 10, 11]. Тем не менее, в большинстве стоматологических поликлиник отсутствует система персонализированного учета лекарственных препаратов с использованием автоматизированных программ.

Цель исследования: в условиях высоких требований к безопасному применению и экономически эффективному расходованию анестетиков в современной стоматологии разработать и внедрить качественно новый подход к учету движения лекарственных препаратов, а также сформировать контур лекарственной безопасности.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В период с октября 2022 г. по ноябрь 2023 г. в г. Перми на базе ГБУЗ ПК «Краевая клиническая стоматологическая поликлиника» (ГБУЗ ПК «ККСП») проведено исследование, направленное на изучение движения местных анестетиков на всех этапах жизненного цикла лекарственного препарата. В ходе исследования проведен сравнительный анализ расхода (в ампулах) и стоимости израсходованных местных анестетиков (в рублях), который включал две части.

В первой части исследования («**текущее состояние**» — октябрь 2022 г.) проведен аудит этапов движения анестетиков до внедрения персонализированного учета с помощью автоматизированной системы Единой государственной информационной системы здравоохранения Пермского края (ЕГИСЗ ПК). Во второй части исследования («**целевое состояние**» — октябрь 2023 г.) проанализированы изменения на этапах движения местных анестетиков после внедрения вышеуказанного персонализированного учета.

В качестве материала исследования использованы следующие данные: медицинские данные пациентов (бумажные и электронные медицинские карты пациентов, содержащие расширенный анамнез, включая информацию о ранее перенесённых аллергических реакциях и противопоказаниях к применению местных анестетиков); лекарственные препараты (Лидокаин, Артикаин с адреналином, Ультракаин, Мепивакаин, Ораблок, Цертакаин); документация по предметно-количественному учёту (требования, накладные, серийные номера препаратов, регистрационные формы использования анестетиков, отчёты об инвентаризациях и утилизации); данные о побочных действиях (записи о зарегистрированных побочных действиях местных анестетиков, собранные через автоматизированную систему учёта); социологические данные (результаты анкетирования врачей стоматологической клиники); экономические показатели (финансовые данные, связанные с затратами на закупку, хранение и использование анестетиков, а также данные об экономии, достигнутой за счёт оптимизации процессов).

Пилотной площадкой для внедрения предложенного подхода явилось отделение хирургической стоматологии, где был внедрен персонализированный учет местных анестетиков. Изучение экономической динамики проводили с помощью сравнительного анализа за два аналогичных временных интервала (октябрь 2022 г., 2023 г. и ноябрь 2022 г., 2023 г.), включая планирование закупок, поставок, управление запасами лекарственных средств (ЛС). Статистическая обработка результатов выполнена с использованием офисного приложения Microsoft Excel.

В рамках исследования была применена комплексная методология, состоящая из сбора и анализа данных. Данные для исследования были собраны из различных источников.

В первой части исследования исходные данные по движению запасов анестетиков взяты из журналов и ведомостей учета главной медицинской сестры, а также из учетной системы на базе 1С-Предприятие.

Во второй части исследования аналогичные данные по движению запасов помимо сведений, полученных из 1С «Больничная аптека» собраны из автоматизированной системы ЕГИСЗ ПК. Более точный контроль расхода анестетиков во второй период исследования был обеспечен обязательным требованием регистрации информации в ЕГИСЗ ПК всеми участниками процесса.

В ходе анализа лекарственного обеспечения в ГБУЗ ПК «ККСП» использовался **аналитический метод**. Сбор данных включал изучение данных закупок местных анестетиков, закупленных за счет средств ОМС и предпринимательской деятельности, а также базы данных поставок лекарственных препаратов в 2022–2023 гг. Учет остатков осуществлялся на основании данных ведомости склада главной медицинской сестры и балансовых ведомостей бухгалтерии.

При сборе данных учитывалось включение анестетика в Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов.

Аналитический метод включал изучение литературных источников, нормативно-правовой документации, а также данных планирования, прогнозирования и закупок лекарственных препаратов и применения местных анестетиков с учетом показаний и противопоказаний.

Проведен сравнительный анализ действующих и разработанных подходов к лекарственному обеспечению, учитывая расходы по нозологиям, объемные и стоимостные показатели, движения и остатки, для оценки экономической эффективности.

Для оценки достоверности результатов использовались методы статистической значимости, такие как t-тест для независимых выборок, что позволило удостовериться в значимости изменений между двумя временными периодами.

В ходе работы проведено **социологическое исследование** методом анкетирования с использованием специально разработанной авторами анкеты. В анкетировании приняли участие 87 врачей-стоматологов. Анкета включала 2 раздела и содержала 20 вопросов, касающихся принципов использования местных анестетиков, отношения врача к автоматизации процессов и внедрению персонализированного учета анестетиков и др. Анкетирование проводилось в онлайн-режиме с платформы Google Forms. Результаты анкетирования были автоматически внесены в специально созданную электронную базу данных Microsoft Office Excel, обработка полученных данных производилась с использованием программы Statistica 12.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

При изучении движения лекарственных препаратов в **первой части** исследования выделены следующие этапы (рисунок 1):

1 этап: проведение закупок согласно федеральным законам от 5 апреля 2013 г. № 44 и 18 июля 2011 г. № 223, заключение и контроль договоров, составление плана-графика закупок, консолидация годовых потребностей ЛС. Локация — отдел закупок; участник процесса — специалист по закупкам.

2 этап: формирование заявок на медикаменты, приемка анестетиков, ведение системы 1С, подсистемы «1С: Медицина. Больничная аптека», выдача анестетиков в отделения, учет остатков, постановка ЛС на бухгалтерский учет. Локация — кабинет главной медицинской сестры; участник процесса — главная медицинская сестра.

3 этап: постановка ЛС на баланс в 1С, подсистему «1С: Бухгалтерия», передача в системе в отделения, списание лекарственных препаратов с баланса. Локация — бухгалтерия; участник процесса — бухгалтер.

4 этап: формирование потребности в ЛС, получение анестетиков от главной медицинской сестры, распределение анестетиков среди врачей. Локация — кабинет старшей медицинской сестры; участник процесса — старшая медицинская сестра.

При оценке карты «**текущего состояния**» выявлены дефекты в организации и осуществлении лекарственного обеспечения. В цепочке движения лекарственных средств отсутствовали

такие этапы как поступление анестетиков к врачу, постановка анестезии конечному потребителю — пациенту. Списание конкретного анестетика производилось старшей медицинской сестрой на бумажном носителе. Вследствие отсутствия ведения врачами автоматизированной системы учета, невозможно было отследить списание конкретного анестетика.

Проведенный анализ позволил выявить следующие проблемы в организации лекарственного обеспечения: отсутствие четкого регламента движения ЛС, неопределенность в управлении закупками и поставками анестетиков, невозможность получения оперативной информации о запасах на складе, отсутствие автоматизации процесса контроля за оборотом медикаментов, низкий уровень знаний врачей по организации лекарственного обеспечения.

После выявления проблем, была реализована **вторая часть** исследования. В цепочку движения местных анестетиков внедрена автоматизированная система ЕГИСЗ ПК и персонализированный учет (рисунки 2). В результате в карту «**целевого состояния**», дополнительно к четырем имеющимся этапам добавились пятый и шестой этапы.

5 этап: переход анестетика от старшей медсестры к врачу. Локация — рабочее место врача-стоматолога; участник процесса — врач-стоматолог.

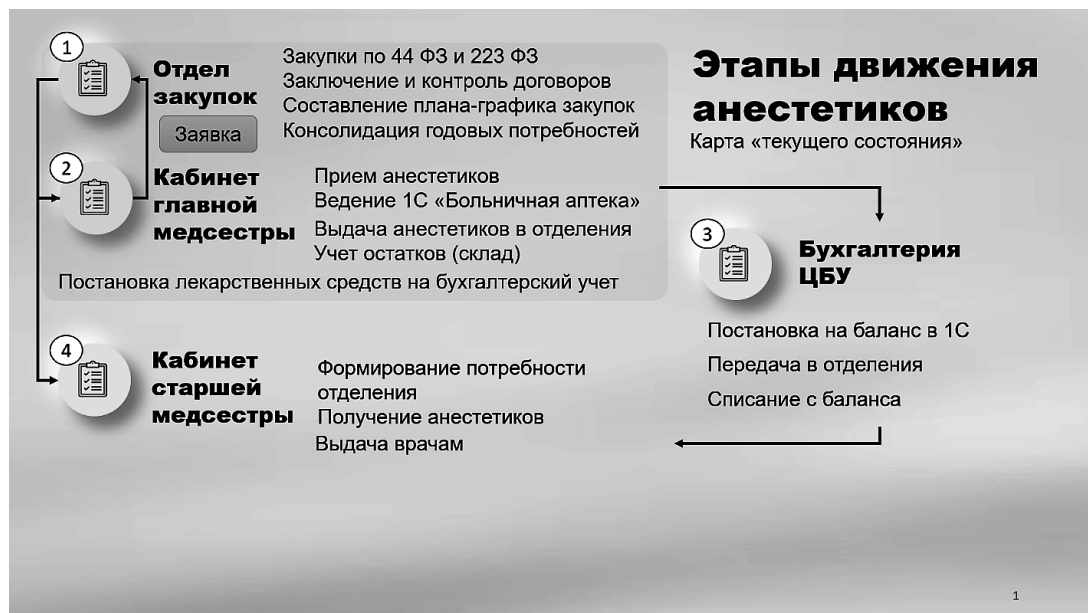


Рис. 1. Этапы движения анестетиков до внедрения изменений в ГБУЗ ПК «ККСП», октябрь 2022 г.

Источник: составлено авторами по данным ГБУЗ ПК «ККСП», по состоянию на октябрь 2022 г.

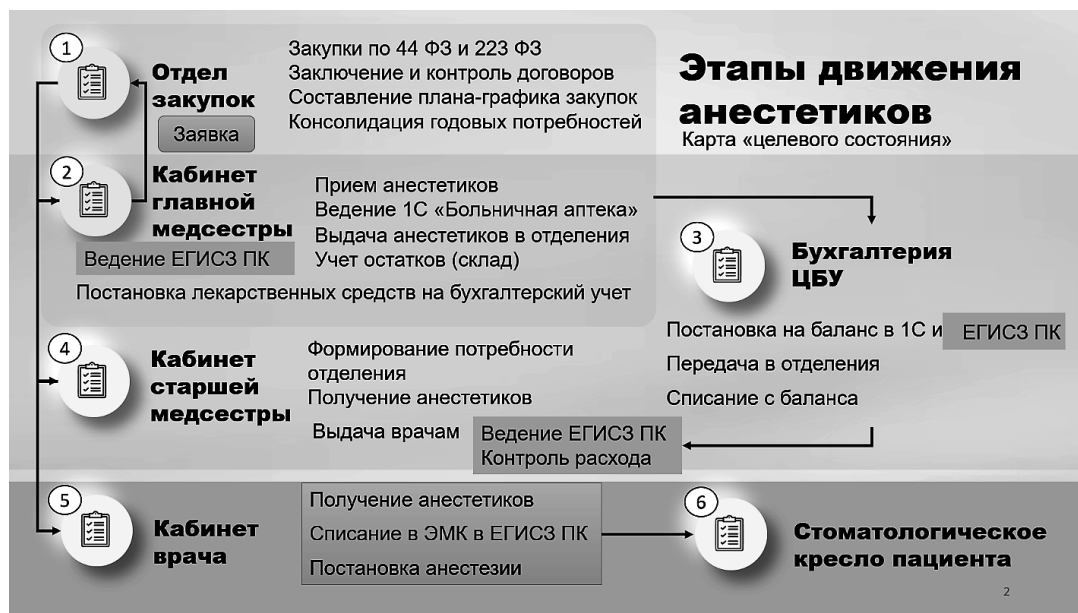


Рис. 2. Этапы движения анестетиков после внедрения автоматизированной системы учета в ГБУЗ ПК «ККСП», октябрь 2023 г.

Источник: составлено авторами по данным ГБУЗ ПК «ККСП», по состоянию на октябрь 2023 г.

6 этап: проведение анестезии врачом и списание анестетика в электронной медицинской карте конкретному пациенту. Локация — стоматологическое кресло пациента; участник процесса — пациент.

Обязательным условием второй части исследования была регистрация информации в ЕГИСЗ ПК всеми участниками процесса, что позволило контролировать расход анестетиков, учитывая каждую ампулу.

Ведение персонифицированного учета с использованием автоматизированной системы ЕГИСЗ ПК на всех этапах движения анестетика позволило врачам-стоматологам осуществлять корректный подбор препарата с учетом индивидуальных особенностей пациента, снизить вероятность ятрогенных осложнений, отследить анестетик на пути движения «врач — пациент» и **синхронизировать** рабочие процессы для всех участников.

Результаты анкетирования показали, что все респонденты (100%) удовлетворены процессом внедрения автоматизированной системы учета. При этом большая часть респондентов (74%) удовлетворена введением персонифицированного учета в полной мере («стало удобно следить за **всеми** рабочими процессами»; «**всё** стало гораздо понятнее»), а оставшиеся 26% удовлетворены частично, отмечая, к примеру, что «заполнение разделов в ЕГИСЗ ПК требует дополнительных

временных затрат». Все участники анкетирования (100%) сошлись во мнении, что благодаря автоматизированной системе учета улучшилась возможность индивидуального подбора местного анестетика для каждого пациента. Информация, отображающаяся в ЕГИСЗ ПК, о пациенте (анализ предыдущих случаев местного обезболивания, возраст, сопутствующая патология и аллергологический статус) и сведения о местном анестетике (название, производитель, срок годности, серийный номер и др.) облегчают выбор анестетика в конкретной клинической ситуации. Такой подход ведет к минимизации рисков, помогает избежать возможных осложнений и обеспечивает оптимальный эффект и безопасность во время стоматологических вмешательств.

Проведенный экономический анализ показал, что годовой расход местных анестетиков составил:

в 2022 г. — 48 259 ампул лидокаина и 64 224 карпул прочих анестетиков;

в 2023 г. — 43 676 ампул лидокаина, что на 9% меньше, чем в 2022 г. и 63 279 карпул прочих анестетиков, что на 1% меньше, чем в 2022 г. (рисунок 3).

Детальный анализ движения анестетиков и объемов запасов лекарственных препаратов на складе позволил правильно спрогнозировать потребность в лекарственных препаратах на 2023 г., что привело к увеличению оборота

Оценка проведенного экономического анализа позволила определить следующие особенности: расход в потребляемых ампулах в октябре 2023 г. составил 1 535 шт., что на 46% ниже в сравнении с предшествующим периодом (октябрь 2022 г. — 2 851 шт.). Расход в потребляемых ампулах в ноябре 2023 г. составил 2 850 шт., что на 15% ниже в сравнении с предшествующим периодом (ноябрь 2022 г. — 3 350 шт.) (рисунок 5).

Расход в рублях на анестетики в октябре 2023 г. составил 42 351 руб., что на 42% ниже в сравнении с предшествующим периодом (октябрь 2022 г. — 72 872 руб.). Расход в рублях в ноябре 2023 г. составил 71 182 руб., что на 17% ниже в сравнении с предшествующим периодом (ноябрь 2022 г. — 85 626 руб.).

В результате внедрения персонифицированного учета местных анестетиков с использованием автоматизированной системы в отделении хирургической стоматологии удалось на 34% сократить расход местных анестетиков, на 28% уменьшить затраты на закупку и на 17% снизить списание анестетиков по истечению срока годности.

Оперативный и точный контроль движения ЛС позволил получить информацию о реальном количестве израсходованных анестетиков и остатков запасов на складе. Это свидетельствовало о том, что в учреждении стали экономнее расходовать имеющиеся лекарственные препараты. При этом снижение объема запасов не повлияло на качество оказываемых услуг. Экономически данный эффект выразился

в высвобождении оборотных средств организации за счет снижения запасов лекарственных средств на 25% при сохранении прежнего уровня их расхода.

Внедрение автоматизированной системы представляет собой качественно новый подход к учету движения лекарственных препаратов в стоматологической клинике, позволяющий эффективно управлять процессом использования местных анестетиков. Система дала возможность специалистам вести детальный учет всех анестетиков, используемых в стоматологической практике, включая название препарата, дозировку, срок годности, серийные номера и другую необходимую информацию.

При персонифицированном подходе врач-стоматолог в оперативном режиме учитывает индивидуальные факторы и подбирает наиболее подходящий вариант анестезии для конкретного пациента, что позволяет избежать возможных осложнений и обеспечивает безопасность во время стоматологических процедур.

Несмотря на очевидные положительные эффекты от использования ЕГИСЗ ПК на стоматологическом приеме, при внедрении автоматизированной системы могут возникнуть определенные риски и ограничения, которые следует учитывать. К потенциальным рискам авторами были отнесены:

1. Технические риски. Возможные технические сбои в работе программного обеспечения могут привести к потере данных или



Рис. 5. Эффективность внедрения системы персонифицированного учета в отделении хирургической стоматологии ГБУЗ ПК «ККСП» в октябре и ноябре 2022–2023 гг., в рублях и %

Источник: составлено авторами по данным отделения хирургической стоматологии ГБУЗ ПК «ККСП», по состоянию на декабрь 2023 г.

затруднениям в учете анестетиков. Необходимость регулярного обновления системы и обеспечения технической поддержки может вызывать дополнительные затраты и потребовать времени.

2. Человеческий фактор. Врачи и медицинский персонал могут проявлять сопротивление внедрению новой системы, особенно если у них нет достаточного опыта работы с информационными технологиями. Неправильный ввод данных пользователями может привести к искажению информации и неверным выводам.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В ходе проведенного исследования были выявлены недочёты в движении лекарственных препаратов в стоматологической поликлинике, устранить которые помогли автоматизация процессов и персонифицированный учет. Благодаря созданной системе отслеживания движения

анестетика от этапа его закупки до этапа его применения было исключено рискованное использование препаратов, повышено качество стоматологической помощи, а также обеспечено создание контура лекарственной безопасности в условиях поликлиники.

Введение системы рационального планирования расходов лекарственных препаратов с учетом запасов и системы автоматизированного сбора данных об использовании анестетиков помогает, во-первых, в оперативном режиме врачу-стоматологу осуществлять индивидуальный подход к подбору местных анестетиков и снижать возможные риски в случае с каждым конкретным пациентом. Во-вторых, данная система позволяет избежать списания неиспользованных анестетиков и сократить необоснованные запасы, что снижает расходы медицинского учреждения. Таким образом, автоматизированное управление запасами анестетиков привело к значительному социальному и экономическому эффекту.

ЛИТЕРАТУРА

1. Зуб М.А. Выбор местного анестетика в детской стоматологии с учетом индивидуальных особенностей пациентов // Актуальные проблемы теоретической, экспериментальной, клинической медицины и фармации. — 2018. — С. 380–380.
2. Мачарадзе Д.Ш., Пешкин В.И., Богаевская О.Ю., Каменских В.М. Аллергия на местные анестетики в стоматологии: учебно-методическое пособие // Москва: РУДН. — 2017. — 32 с.
3. Зиновьева Е.В., Сапунова А.В., Иванов И.В. Безопасность обращения медицинских изделий на всех этапах их жизненного цикла // Общественное здоровье. — 2022. — № 2 (3). С. 16–24.
4. Письмо Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения от 2 ноября 2015 г. № 01И-1872/15 «Об обеспечении безопасного применения местных анестетиков».
5. Иванов И.В. Внутренний контроль в медицинской организации: безопасность обращения медицинских изделий. Ремедиум. // Журнал о российском рынке лекарств и медицинской технике. — 2016. — № 11. — С. 62–65.
6. Максимович Е.В. Местные анестетики, используемые на стоматологическом приеме на текущий момент, и вопросы из медицинской безопасности. // Современная стоматология. — 2022. — № 2 (87). — С. 16–21.
7. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 25 января 2011 года № 29н «Об утверждении Порядка ведения персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования».
8. Karampatakis G.D., Wood H.E., Griffiths C.J., Lea N.C., Ashcroft R.E., Day B., Walker N., Coulson N.S. & De Simoni A. (2023). Ethical and Information Governance Considerations for Promoting Digital Social Interventions in Primary Care. Journal of medical Internet research, 25, e44886. <https://doi.org/10.2196/44886>
9. Mijwil M.M., Faieq A.K. & Al-Mistarehi A.H. (2022). The Significance of Digitalisation and Artificial Intelligence in The Healthcare Sector: A Review. Significance, 10(3).
10. Гветадзе Р.Ш., Тимофеев Д.Е., Бутова В.Г., Жеребцов А.Ю., Андреева С.Н. Цифровые технологии в стоматологии // Российский стоматологический журнал. — 2018. — № 22 (5). — С. 224–228.
11. Никитенко Д.Н. Совершенствование системы лекарственного обеспечения многопрофильной медицинской организации: Современное состояние проблемы и пути решения // Вестник Национального медико-хирургического Центра им. Н.И. Пирогова. — 2018. — Т. 13, № 2. — С. 120–126.

REFERENCES

1. Zub M.A. The choice of local anesthetic in pediatric dentistry, taking into account the individual characteristics of patients // Current problems of theoretical, experimental, clinical medicine and pharmacy. — 2018. — P. 380–380.
2. Macharadze D.Sh., Peshkin V.I., Bogaevskaya O.Yu., Kamenskikh V.M. Allergy to local anesthetics in dentistry: educational manual // Moscow: RUDN. — 2017. — 32 p.
3. Zinovyeva E.V., Sapunova A.V., Ivanov I.V. Safety of handling of medical devices at all stages of their life cycle // Public health. 2022; 2(3):16–24. DOI: 10.21045/2782-1676-2021-2-3-16-24.
4. Letter of the Federal Service for Surveillance in Healthcare dated November 2, 2015 No. 011-1872/15 “On ensuring the safe use of local anesthetics”
5. Ivanov I.V. Internal control of a medical company: safety of medical device circulation // Magazine about the Russian market of drugs and medical equipment. — 2016. — No. 11. — P. 62–65.
6. Maksimovich E.V. Local anesthetics used at the dental reception at the moment and issues of their medical safety // Sovremennaya stomatologiya. — 2022. — № 2. — P. 16–21.
7. Order of the Ministry of Health and Social Development of the Russian Federation dated January 25, 2011 No. 29n “On approval of the Procedure for maintaining personalized records in the field of compulsory medical insurance”.
8. Karampatakis G.D., Wood H.E., Griffiths C.J., Lea N.C., Ashcroft R.E., Day B., Walker N., Coulson N.S. & De Simoni A. (2023). Ethical and Information Governance Considerations for Promoting Digital Social Interventions in Primary Care. Journal of medical Internet research, 25, e44886. <https://doi.org/10.2196/44886>
9. Mijwil M.M., Faieq A.K. & Al-Mistarehi A.H. (2022). The Significance of Digitalisation and Artificial Intelligence in The Healthcare Sector: A Review. Significance, 10(3).
10. Gvetadze R.S., Timofeev D.E., Butova V.G., Jerebcov A.Yu., Andreeva S.N. Additive digital technologies in dentistry. Rossiyskii stomatologicheskii zhurnal. 2018; 22(5): 224–228. <http://dx.doi.org/10.18821/1728-2802-2018-22-5-224-228>
11. Nikitenko D.N. Improving the drug supply system of a multidisciplinary medical organization: Current state of the problem and solutions // Bulletin of the National Medical and Surgical Center named after N.I. Pirogov. — 2018. — Vol. 13, No. 2. — P. 120–126.

ES

Organización del Suministro de Medicamentos en Odontología: El Caso de los Anestésicos

M.A. Gileva, N.V. Isaeva, A.Yu. Novikov, E.N. Strueva, E.A. Voronova

Anotación

Introducción. La seguridad de los anestésicos locales en odontología depende directamente de la calidad del suministro de medicamentos, incluyendo la monitorización del flujo de medicamentos, el registro del historial de alergias y la reducción del riesgo de reacciones adversas. Sin embargo, la mayoría de las clínicas dentales carecen de sistemas automatizados para la contabilidad personalizada de medicamentos. **El objetivo del estudio:** Mejorar el sistema de suministro de medicamentos, tomando como ejemplo los anestésicos locales, mediante la implementación de una contabilidad personalizada automatizada. **Materiales y métodos.** El estudio se llevó a cabo en la Institución Estatal de Salud de la Región de Perm «KKSP» entre 2022 y 2023. Se analizaron los procesos de flujo de anestésicos, se realizó una auditoría, se implementó el Sistema Unificado de Información de Salud del Estado de la Región de Perm, se realizó un análisis económico y se encuestó a 87 médicos. **Resultados.** La implementación de la contabilidad personalizada garantizó la correcta cancelación de cada ampolla, redujo el riesgo de errores, mejoró la selección de anestésicos y redujo el consumo de anestésicos locales en un 34% y los costos en un 28%. **Conclusión.** La implementación de un sistema automatizado y un enfoque personalizado garantizó un control de calidad adecuado y la seguridad del uso de anestésicos, además de mejorar el rendimiento económico de un centro de atención odontológica.

Palabras clave: anestésicos locales, odontología, contabilidad personalizada, automatización en la atención médica, seguridad de medicamentos, gestión de inventario de medicamentos.

FR

Organisation de l'approvisionnement en médicaments en odontologie: le cas des anesthésiques

M.A. Gileva, N.V. Isaeva, A.Yu. Novikov, E.N. Strueva, E.A. Voronova

Annotation

Introduction. La sécurité des anesthésiques locaux en odontologie dépend directement de la qualité de l'approvisionnement, notamment du suivi des flux de médicaments, de l'enregistrement des antécédents d'allergies et de la réduction du risque d'effets indésirables. Or, la plupart des cabinets dentaires ne disposent pas de systèmes automatisés de gestion personnalisée des médicaments. **Objectif de l'étude:** Améliorer le système d'approvisionnement en médicaments, en prenant l'exemple des anesthésiques locaux, par la mise en place d'une gestion personnalisée et automatisée. **Matériel et méthodes.** L'étude a été menée au sein de l'établissement de santé public du kraï de Perm «KKSP» en 2022–2023. Les processus de distribution des anesthésiques ont été analysés, un audit a été réalisé, le Système unifié d'information sanitaire du kraï de Perm a été mis en place, une analyse économique a été effectuée et 87 praticiens ont été interrogés. **Résultats.** La mise en place d'une comptabilité personnalisée a permis une comptabilisation précise de chaque ampoule, réduit les risques d'erreurs, optimisé le choix des anesthésiques et diminué la consommation d'anesthésiques locaux de 34% et les coûts de 28%. **Conclusion.** L'adoption d'un système automatisé et d'une approche personnalisée a garanti un contrôle qualité rigoureux et la sécurité d'utilisation des anesthésiques, tout en améliorant la performance économique d'un établissement de soins dentaires.

Mots clés: anesthésiques locaux, dentisterie, comptabilité personnalisée, automatisation des soins de santé, pharmacovigilance, gestion des stocks de médicaments.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ / ABOUT THE AUTHORS

Гилева Мария Александровна – кандидат медицинских наук, заместитель главного врача по медицинской части, ГБУЗ Пермского края «Краевая клиническая стоматологическая поликлиника»; специалист Федерального аккредитационного центра, ФГБОУ ВО «Пермский государственный медицинский университет имени академика Е.А. Вагнера» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Пермь, Россия.

Maria A. Gileva – PhD in Medical sciences, Deputy Chief Physician for the Medical Department, Regional Dental Polyclinic; Specialist of the Federal Accreditation Center, Perm State Medical University named after Academician E.A. Wagner, Perm, Russia.

E-mail: mgileva75@mail.ru, ORCID: 0000-0001-9907-6352, SPIN-код: 7246-3683

Исаева Наталья Викторовна – доктор медицинских наук, профессор, проректор по региональному развитию здравоохранения, мониторингу и качеству образовательной деятельности, заведующая кафедрой общественного здоровья и здравоохранения с курсом права, ФГБОУ ВО «Пермский государственный медицинский университет имени академика Е.А. Вагнера» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Пермь, Россия.

Natalya V. Isaeva – Grand PhD in Medical sciences, Professor, Vice-Rector for Regional Health Development, Monitoring and Quality of Educational Activities, Head of the Department of Public Health and Healthcare with a Course in Law, Perm State Medical University named after Academician E.A. Wagner, Perm, Russia.

E-mail: nvisaeva@list.ru, ORCID: 0009-0007-0626-7979, SPIN-код: 3423-6491

Новиков Александр Юрьевич – врач высшей квалификационной категории, заслуженный работник здравоохранения Российской Федерации, главный врач, ГБУЗ Пермского края «Краевая клиническая стоматологическая поликлиника», г. Пермь, Россия.

Aleksandr Yu. Novikov – doctor of the highest qualification category, Honored Healthcare Worker of the Russian Federation, Chief Hospital Administrator, Regional Dental Polyclinic, Perm, Russia.

E-mail: pras.perm@mail.ru, ORCID: 0009-0008-2503-0499

Струева Елена Ниловна – старший преподаватель кафедры общественного здоровья и здравоохранения с курсом права, ФГБОУ ВО «Пермский государственный медицинский университет имени академика Е.А. Вагнера» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Пермь, Россия.

Elena N. Strueva – Senior Lecturer of the Department of Public Health and Healthcare with a Course in Law, Perm State Medical University named after Academician E.A. Wagner, Perm, Russia.

E-mail: strueva1@rambler.ru, ORCID: 0009-0002-7323-5444

Воронова Елена Александровна – кандидат медицинских наук, доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения с курсом права, начальник управления непрерывного профессионального развития, ФГБОУ ВО «Пермский государственный медицинский университет имени академика Е.А. Вагнера» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Пермь, Россия.

Elena A. Voronova – PhD in Medical sciences, Associate Professor of the Department of Public Health and Healthcare with a Course in Law, Head of the Department of Continuous Professional Development, Perm State Medical University named after Academician E.A. Wagner, Perm, Russia.

E-mail: ve-6971@mail.ru, ORCID: 0000-0003-4465-7453, SPIN-код: 3933-6759

НОВОСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

РОССИЙСКИМИ УЧЕНЫМИ СОЗДАН «ЗОЛОТОЙ СТАНДАРТ» ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ РАХИТА У ДЕТЕЙ

Специалисты ФГБУ «НМИЦ детской травматологии и ортопедии имени Г.И. Турнера» Минздрава России совместно с ведущими эндокринологами и ревматологами завершили первую в России валидацию русскоязычной версии международной шкалы оценки тяжести рахита (Rickets Severity Score, RSS) – заболевания у детей грудного и раннего возраста до 3 лет, обусловленного нарушением процессов формирования и роста костной ткани. Новый стандарт дает отечественным врачам универсальный, научно доказанный инструмент для объективной диагностики. Ключевые преимущества методики:

- обеспечивает точную и единую оценку состояния ребенка, устраняя субъективизм в диагнозах;
- позволяет объективно отслеживать динамику лечения и сравнивать результаты между клиниками по всей стране.

Традиционно, диагностика и оценка степени тяжести рахита базировались на субъективной клинической экспертизе врачей, выражаемой в неспецифических категориях, таких как «легкая», «средняя» и «тяжелая». Данный подход характеризовался вариативностью интерпретаций среди специалистов, что неизбежно приводило к затруднениям в оценке динамики терапевтического процесса и препятствовало сопоставлению клинических результатов в масштабах различных медицинских учреждений. Введение унифицированных критериев оценки позволит стандартизировать подход к диагностике рахита, обеспечивая единую терминологическую базу для специалистов, что является основой современной доказательной медицины.

Источник: Официальный telegram-канал Минздрава России.

ИЗУЧЕНИЕ ЗАКОНОМЕРНОСТЕЙ КОРРЕЛЯЦИИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ОТНОШЕНИЯ СО СТОРОНЫ РУКОВОДСТВА И УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ ОСНАЩЕНИЕМ С ФОРМИРОВАНИЕМ СИТУАТИВНОЙ ТРЕВОЖНОСТИ ДЛЯ ОБЩЕПРОФИЛЬНЫХ МЕДИЦИНСКИХ БРИГАД СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

А.С. МЕЛЬНИКОВ¹, Е.В. НЕЛЮБИНА¹, М.С. КУНАФИН¹,
А.Ф. АМИРОВ¹, А.Х. ТРЕГУБОВА¹

¹ ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Уфа, Россия.

УДК 614.88, 616-051, 612.821

DOI: 10.21045/2782-1676-2025-5-4-86-94

Аннотация

Введение. В последнее время отмечается тенденция проявления завышенных требований к медицинским работникам со стороны руководства при низком уровне оснащенности в регионах. Особенно актуальным это является для медицинских сотрудников скорой медицинской помощи. Подобная практика не позволяет проявить инициативу и самостоятельность, что может спровоцировать риски увеличения показателей ситуативной тревожности и, как следствие, привести к менее эффективной модели оказания неотложной помощи населению. Стоит отметить, что улучшение работы скорой помощи напрямую влияет на развитие медицинских учреждений в целом, стимулируя их модернизацию и повышение квалификации персонала. **Цель исследования:** определить корреляционные связи между процессом формирования ситуативной тревожности и отношением со стороны руководства в совокупности с удовлетворенностью оснащением для медицинских сотрудников выездных общепрофильных бригад скорой медицинской помощи в г. Уфе. **Материалы и методы.** Материал данного исследования составили результаты комплексного опроса 528 медицинских работников скорой медицинской помощи г. Уфы. Авторский опросник был составлен с учетом выявления базовых характеристик личности сотрудника и специальных показателей профессиональной деятельности. Анализ ситуативной тревожности проведен по стандартизированным методикам. Корреляционный анализ осуществлен согласно основным методам математической статистики. **Результаты.** Границы распределения исследуемых социальных показателей для медицинских работников скорой медицинской помощи г. Уфы показали положительное отношение со стороны руководства (74,81% vs 10,29%). Низкую удовлетворенность оснащением общепрофильных выездных бригад показали 32,35% респондентов в сравнении с количеством отмечающих высокую оснащенность (25,00%). Выявлено, что отрицательное отношение со стороны руководства и низкая удовлетворенность оснащением для работников скорой медицинской помощи г. Уфы резко увеличивает показатели ситуативной тревожности после смены ($AUC_{0,870}$ vs 0,116 и $AUC_{0,761}$ vs 0,303 соответственно). **Заключение.** Исследование позволит создать алгоритмы оптимизации процессов, снижения времени реагирования, повышения точности диагностики и эффективности лечения на догоспитальном этапе. Повышение эффективности работы медицинских сотрудников скорой медицинской помощи – это экономия ресурсов, что способствует более широкому охвату населения качественной медицинской помощью и, как следствие, улучшению здоровья населения в масштабах всей страны. Таким образом, исследование вносит вклад в стратегию укрепления здоровья россиян на всех уровнях.

Ключевые слова: медицинский персонал, скорая помощь, оснащение бригады, отношение руководства, ситуативная тревожность.

Для цитирования: Мельников А.С., Нелюбина Е.В., Кунафин М.С., Амиров А.Ф., Трегубова А.Х. Изучение закономерностей корреляции показателей отношения со стороны руководства и удовлетворенности оснащением с формированием ситуативной тревожности для общепрофильных медицинских бригад скорой медицинской помощи. Общественное здоровье. 2025; 5(4):86–94, DOI: 10.21045/2782-1676-2025-5-4-86-94

Контактная информация: Мельников Александр Сергеевич, e-mail: melnikus@yandex.ru

Финансирование: исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Статья поступила в редакцию: 15.04.2025. **Статья принята к печати:** 24.07.2025. **Дата публикации:** 17.12.2025.

UDC 614.88, 616-051, 612.821

DOI: 10.21045/2782-1676-2025-5-4-86-94

RESEARCH OF CORRELATION REGULARITIES OF MANAGEMENT ATTITUDE AND SATISFACTION WITH EQUIPMENT INDICATORS WITH THE FORMATION OF SITUATIONAL ANXIETY FOR GENERAL-PROFILE EMERGENCY MEDICAL TEAMS**A.S. Melnikov¹, E.V. Nelyubina¹, M.S. Kunafin¹, A.F. Amirov¹, A.Kh. Tregubova¹**¹Bashkir State Medical University, Ufa, Russia.**Abstract**

Introduction. Recently, there has been a tendency for management to place excessive demands on medical workers with a low level of equipment in the regions. This is especially relevant for emergency medical workers. Such practices do not allow them to show initiative and independence, which can provoke risks of increasing situational anxiety rates and, as a result, lead to a less effective model of emergency care for the population. It should be noted that improving the work of emergency care directly affects the development of medical institutions as a whole, stimulating their modernization and improving the qualifications of personnel. **The purpose of the study:** to determine the correlation links between the process of formation of situational anxiety and the attitude of the management in combination with satisfaction with the equipment for medical staff of mobile general emergency medical teams in the city of Ufa. **Materials and methods.** The material of our study was the results of a comprehensive survey of 528 medical workers of the emergency medical care of the city of Ufa. The author's questionnaire was compiled taking into account the identification of basic characteristics of the employee's personality and special indicators of professional activity. The analysis of situational anxiety was carried out according to standardized methods. Correlation analysis was carried out according to the main methods of mathematical statistics. **Results.** The distribution boundaries of the social indicators under research for emergency medical staff in Ufa showed a positive attitude on the part of management (74.81% vs 10.29%). Low satisfaction with the equipment of general mobile teams was shown by 32.35% of respondents, compared to the number noting high equipment (25.00%). It was revealed that a negative attitude on the part of management and low satisfaction with equipment for emergency medical workers in Ufa sharply increases the indicators of situational anxiety after a shift (AUC0.870 vs 0.116 and AUC0.761 vs 0.303, respectively). **Conclusion.** The research will allow creating algorithms for optimizing processes, reducing response time, increasing diagnostic accuracy and treatment efficiency at the pre-hospital stage. Improving the efficiency of emergency medical personnel means saving resources, which contributes to wider coverage of the population with high-quality medical care and, as a result, improving the health of the population throughout the country. Thus, the study contributes to the strategy for strengthening the health of Russians at all levels.

Keywords: medical staff, emergency care, team equipment, management attitude, situational anxiety.**For citation:** Melnikov A.S., Nelyubina E.V., Kunafin M.S., Amirov A.F., Tregubova A.Kh. Research of correlation regularities of management attitude and satisfaction with equipment indicators with the formation of situational anxiety for general-profile emergency medical teams. Public health. 2025; 5(4):86-94, DOI: 10.21045/2782-1676-2025-5-4-86-94**For correspondence:** Alexander S. Melnikov, e-mail: melnikus@yandex.ru**Funding:** the study had no sponsorship.**Conflict of interests:** the authors declare that there is no conflict of interests.**Received:** 15.04.2025. **Accepted:** 24.07.2025. **Published:** 17.12.2025.

Аннотации на испанском и французском языках приводятся в конце статьи

ВВЕДЕНИЕ

Многие исследователи [1, 2, 3] отмечают, что процесс трудовой адаптации в медицинской среде, особенно молодых специалистов, тесно связан с отношением со стороны руководства. Важно отметить, что именно взаимная заинтересованность в продуктивности и эффективности профессиональной деятельности чаще всего обеспечивает успешную адаптацию и дальнейшую мотивацию к работе. Необоснованно завышенные требования к персоналу, трактуемые как негативное отношение, особенно в среде медицинских сотрудников, нередко индуцируют проявление высокой ситуативной составляющей тревожности [4, 5]. Процесс взаимосвязи отношения руководства с рисками возникновения незапланированных тревожных состояний, безусловно, важен

для медицинских сотрудников скорой медицинской помощи, для быстроты принятия решений которых зависит сохранение жизни человека. На данный момент данные о подобной корреляции для медицинских сотрудников скорой медицинской помощи практически отсутствуют.

Кроме того, некоторые исследователи [6, 7] отмечают, что низкий уровень оснащенности в более чем 50% случаев способствует развитию эмоционального выгорания в медицинской среде, однако взаимосвязь удовлетворенности оснащением с ситуативной тревожностью медицинских сотрудников не рассматривается.

Таким образом, изучение корреляций отношения руководства и удовлетворенности оснащением с возникновением ситуативной тревожности является достаточно актуальной проблемой.

Цель исследования: определить корреляционные связи между процессом формирования ситуативной тревожности и отношением со стороны руководства в совокупности с удовлетворенностью оснащением для медицинских сотрудников выездных общепрофильных бригад скорой медицинской помощи в г. Уфе.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследование базировалось на результатах опроса 528 медицинских работников общепрофильных выездных бригад скорой медицинской помощи (СМП) г. Уфы (78,3% от общего числа медицинских работников СМП города). Исследование было одобрено локальным этическим комитетом (протокол № 1 от 22.01.2025 г.). Все респонденты дали свое информированное согласие на участие в исследовании. Опрос проводили по авторскому опроснику, включающему базовые и специальные вопросы.

Анализ ситуативной тревожности осуществляли по стандартной методике Спилберга-Ханина [8, 9].

Корреляционный анализ был проведен с использованием програмного пакета Statistica 13.0 (StatSoft, USA) и лицензионной программы StatTech v. 4.7.2 (ООО «Статтех», Россия). Критерий Пирсона (r) применялся для выявления корреляций, а критерии Краскела-Уоллиса и Данна с поправкой Холма (p) – для оценки достоверности и репрезентативности характеристик. Для средних показателей дополнительно рассчитывались границы 95% доверительного интервала (95% CI), с использованием онлайн-сервиса Learnabout Electronics (Eric Coates MA BSc, UK).

Статистически значимыми считались различия при $r > 0,75$ и $p < 0,05$ [10]. Величина эффекта Коэна (ES) определялась с помощью сервиса Good Calculators (Good Calculators, USA) и считалась значимой при значении $> 0,5$ [10].

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Первый этап исследования позволил раскрыть границы и особенности изучаемых социальных факторов профессиональной деятельности медицинских работников скорой медицинской помощи, что, в свою очередь, послужило основой для дальнейшего анализа и интерпретации корреляционных связей с рисками увеличения ситуационной тревожности. Результаты представлены в таблице 1.

Как видно из анализа границ распределения исследуемых социальных показателей (таблица 1), для медицинских работников скорой медицинской помощи г. Уфы характерно положительное отношение со стороны руководства (74,81% vs 10,29%). Низкую удовлетворенность оснащением общепрофильных выездных бригад показали 32,35% респондентов в сравнении с количеством отмечающих высокую оснащенность (25,00%).

Существует вероятность взаимосвязи подобных явлений (таблица 2).

Анализ данных таблицы 2 демонстрирует четкую зависимость между исследуемыми социальными показателями. Так, отрицательное отношение со стороны руководства в 71,43% [70,76–72,10] случаев демонстрирует низкую удовлетворенность оснащением общепрофильных выездных бригад у медицинских работников скорой медицинской помощи, тогда как крайне

Таблица 1

Границы распределения социальных показателей: отношение со стороны руководства, удовлетворенность оснащением общепрофильных выездных бригад в среде медицинских сотрудников скорой медицинской помощи г. Уфы

Показатели	Категории	Абсолютное значение	Относительное значение, %	95% CI	p	ES/ [95% CI]
Отношение со стороны руководства	Крайне положительное	79	14,93	14,90–14,96	$<0,05^*$ $p_1=0,040$ $p_2=0,031$	0,81 [0,78–0,84]
	Положительное	395	74,81	74,73–74,89		
	Отрицательное	54	10,29	10,21–10,37		
Удовлетворенность оснащением	Низкая	171	32,35	32,31–32,39	$<0,05^*$ $p_1=0,027$ $p_2=0,034$	0,73 [0,70–0,76]
	Средняя	225	42,61	42,57–42,65		
	Высокая	132	25,00	24,95–25,05		

Источник: составлено авторами по данным статистического анализа авторского опросника.

Таблица 2

**Взаимосвязь показателей отношения со стороны руководства
и удовлетворенности оснащением общепрофильных выездных бригад
для медицинских работников скорой медицинской помощи г. Уфы**

Отношение со стороны руководства		Удовлетворенность оснащением		
		Высокая	Средняя	Низкая
Крайне положительное	Абсолютное значение	48	31	0
	Относительное значение, % / 95% CI	60,75/ 60,08–61,42	39,25/ 38,92–39,58	0,00/ 0,00–0,00
Положительное	Абсолютное значение	97	153	145
	Относительное значение, % / 95% CI	24,49/ 24,28–24,70	38,78/ 38,59–38,97	36,73/ 36,49–36,97
Отрицательное	Абсолютное значение	0	16	38
	Относительное значение, % / 95% CI	0,00/ 0,00–0,00	28,57/ 28,28–28,86	71,43/ 70,76–72,10

Примечание: вертикальные значения статистически достоверны ($p < 0,05$), горизонтальные значения статистически достоверны ($p_1 < 0,05$).

Источник: составлено авторами по данным статистического анализа авторского опросника.

положительное отношение выявило обратную зависимость (60,75% [60,08–61,42] респондентов показали высокую удовлетворенность оснащением). Усредненное положительное отношение со стороны руководства видимых отличий в изменении удовлетворенности не выявило.

Таким образом, возможно руководство станций скорой медицинской помощи г. Уфы нивелирует низкую оснащенность более лояльным отношением к медицинским сотрудникам, понимая всю сложность условий их профессиональной деятельности, однако подобное утверждение, бесспорно, требует более глубокого изучения финансово-экономических характеристик во взаимокорреляции с управленческими решениями.

Также стоит отметить, что полученные данные об особенностях распределения исследуемых социальных факторов частично подтверждаются данными других исследований [11, 12], но стоит указать, что они не учитывают взаимосвязь данных характеристик, опираясь исключительно на данные статистических отчетов.

Далее был проведен ROC-анализ для выявления закономерностей использования исследуемых социальных факторов для диагностики рисков увеличения ситуативной тревожности. Ситуативная тревожность оценивалась только после смены ввиду более явных изменений, показатели до смены с исследуемыми социальными факторами не продемонстрировали значимых отличий и не позволили выявить каких-либо

корреляций. Результаты анализа представлены на рисунках 1 и 2.

Полученные данные корреляций социальных и психологических факторов в среде медицинских работников скорой медицинской помощи можно свести к следующим принципам.

Отрицательное отношение со стороны руководства для работников скорой медицинской помощи (рисунок 1) резко увеличивает показатели ситуативной тревожности после смены ($AUC_{0,870}$ vs $0,116$), что может негативно отражаться на дальнейшей продуктивности профессиональной деятельности. Однако стоит указать, что для г. Уфы, как показано ранее (таблица 1), подобное отношение наблюдается лишь в 10,29% случаев, но руководителям подстанций и глобальных структур скорой медицинской помощи стоит тщательно отслеживать свое отношение к сотрудникам (чаще прислушиваться к подчиненным, не превращать ошибки новичков в трагедию, использовать мотивационный подход). Данные корреляции по фактору отношения со стороны руководства подтверждаются другими исследованиями [13, 14], но затрагивают чаще всего другие профессиональные сообщества или иные медицинские специальности.

Низкая удовлетворенность оснащением (рисунок 2), аналогично предыдущему фактору, усиливает показатели ситуативной тревожности ($AUC_{0,761}$ vs $0,303$). В этом аспекте стоит отметить, что низкая удовлетворенность (32,35%) сигнализирует о действительно низком

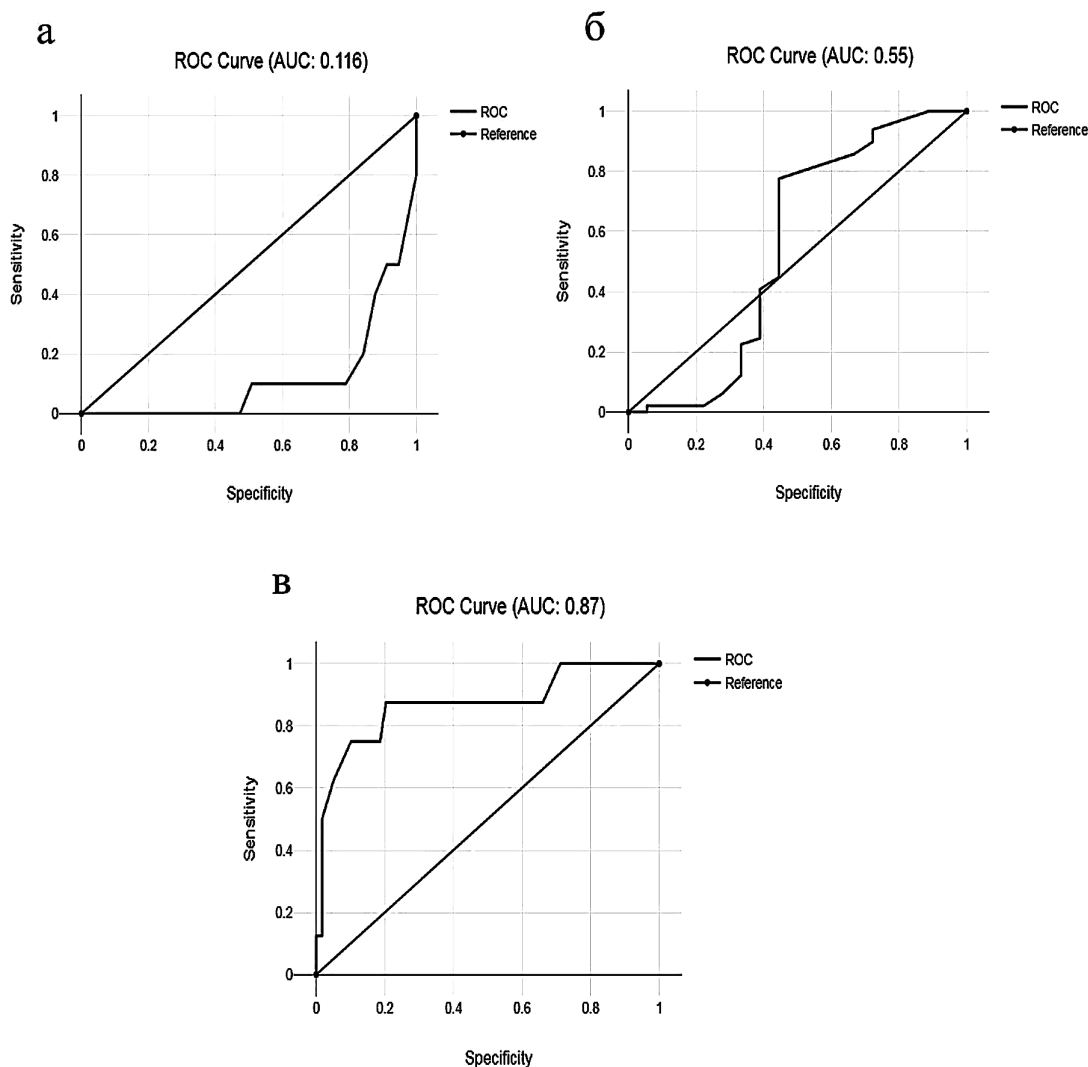


Рис. 1. Данные взаимокорреляционных связей «отношение со стороны руководства (ОСР) – ситуативная тревожность после смены (СТ) / шкала Спилберга-Ханина»

Примечание: а – ОСР крайне положительное/СТ; б – ОСР положительное/СТ, в – ОСР отрицательное/СТ. AUC – демонстрирует площадь под кривой. ROC – обозначает ROC-кривую (зеленая цветовая маркировка). Reference – обозначает среднюю линию тренда (красная цветовая маркировка). Sensitivity – отражает чувствительность модели. Specificity – показывает величину специфичности.

Источник: создано авторами на платформе DATAtab, согласно данным анализа исследуемой зависимости.

оснащении общепрофильных выездных бригад скорой медицинской помощи в г. Уфы и, как следствие, требует принятия необходимых организационных решений для устранения данной проблемы [15]. Низкое оснащение, а как следствие, и высокая ситуативная тревожность крайне негативно сказываются на оказании неотложной помощи пострадавшим в любых условиях. В этой связи можно рекомендовать усилить контроль над оснащением общепрофильных выездных бригад скорой медицинской помощи всем необходимым медицинским

оборудованием, медицинскими изделиями и лекарственными препаратами. Однако для более детальных рекомендаций необходимо провести комплексное исследование оснащенности общепрофильных бригад на соответствие всем нормативам (Стандарт оснащения станции скорой медицинской помощи, отделения скорой медицинской помощи [ред. от 21.02.2020 г.]) и законодательным актам (приказ Минздрава Российской Федерации от 20.06.2013 г. № 388н [ред. от 21.02.2020 г.]), регламентирующим данную процедуру.

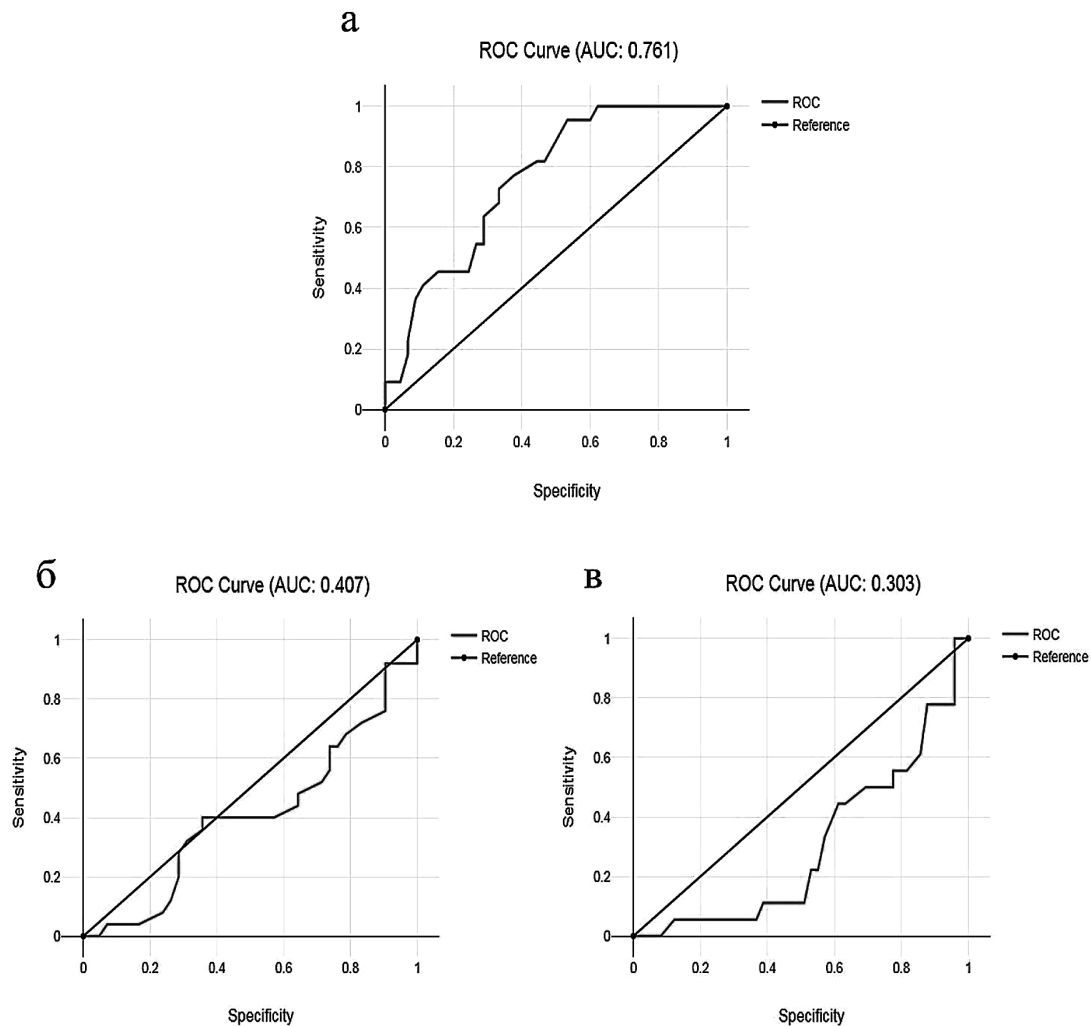


Рис. 2. Данные взаимокорреляционных связей «удовлетворенность оснащением (УО) – ситуативная тревожность после смены (СТ) / шкала Спилберга-Ханина»

Примечание: а – УО низкая/СТ; б – УО средняя/СТ, в – УО высокая/СТ. AUC – демонстрирует площадь под кривой. ROC – обозначает ROC-кривую (зеленая цветовая маркировка). Reference – обозначает среднюю линию тренда (красная цветовая маркировка). Sensitivity – отражает чувствительность модели. Specificity – показывает величину специфичности.

Источник: создано авторами на платформе DATAtab, согласно данным анализа исследуемой зависимости.

Однако можно отметить, что оснащённость общепрофильных бригад СМП – это жёстко контролируемая часть функционирования данной структуры оказания медицинской помощи населению в рамках многоступенчатого контроля в соответствии с законодательством (ст. 87 ФЗ-323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», порядок ведомственного контроля [утвержденный приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31.07.2020 г. № 787н]). Таким образом, необходимо детально оценить конкретные причины неудовлетворенности медицинских

работников СМП оснащённостью общепрофильных выездных бригад, для всестороннего анализа и разработки практических рекомендаций по их устранению.

Выводы

Проведенное исследование позволяет выделить следующие позиции:

1. Выявлено, что отношение со стороны руководства в структуре скорой медицинской помощи г. Уфы, по мнению её медицинских

работников – положительное, напротив удовлетворенность оснащением общепрофильных бригад низкая.

2. Установлено, что отрицательное отношение со стороны руководства с высокой долей вероятности провоцирует низкую удовлетворенность оснащением общепрофильных выездных бригад у медицинских работников скорой медицинской помощи, тогда как крайне положительное имеет обратную зависимость.

3. Выявлены важные социальные предикторы рисков увеличения ситуативной тревожности для медицинских сотрудников скорой медицинской помощи в г. Уфе.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Выявленные закономерности границ распределения исследуемых социальных характеристик четко указывают на необходимость введения дополнительных мер контроля над оснащенностью общепрофильных выездных бригад в г. Уфе. Также необходимо привлечь

руководителей, в подразделениях которых выявлено положительное отношение к сотрудникам, для проведения дополнительных тренингов по организации руководства скорой медицинской помощи для снижения доли медицинских сотрудников, определивших отношение со стороны руководящего состава как отрицательное.

Кроме того, исследование корреляций возникновения ситуативной тревожности во взаимосвязи с отношением руководства и оснащенностью позволит создать алгоритмы оптимизации процессов, снижения времени реагирования, повышения точности диагностики и эффективности лечения на догоспитальном этапе. Повышение эффективности работы медицинских сотрудников скорой медицинской помощи – это экономия ресурсов, что способствует более широкому охвату населения качественной медицинской помощью и, как следствие, улучшению здоровья населения в масштабах всей страны. Таким образом, исследование вносит вклад в стратегию укрепления здоровья россиян на всех уровнях.

ЛИТЕРАТУРА

1. Березин Ф.Б. (1988). Психическая и психофизиологическая адаптация человека. Ленинград: Наука. 270 с.
2. Психология менеджмента (2023) /под ред. Никифорова Г.С. Санкт-Петербург: Изд-во СПб ун-та. 572 с.
3. Van Biesen W., Van Cauwenberge D., Decruyenaere J., Leune T., Sterckx S. (Jul, 2022). An exploration of expectations and perceptions of practicing physicians on the implementation of computerized clinical decision support systems using a Qsort approach. *BMC Med Inform Decis Mak.* Vol. 22. No. 1. P. 185. <https://doi.org/10.1186/s12911-022-01933-3>
4. Петриков С.С., Холмогорова А.Б., Суроегина А.Ю. (2020). Профессиональное выгорание, симптомы эмоционального неблагополучия и дистресса у медицинских работников во время эпидемии COVID-19. *Консультативная психология и психотерапия.* Т. 28. № 2. С. 8–45.
5. Si M. Y., Su X. Y., Jiang Y., Wang W. J., Gu X. F., Ma L., Qiao Y. L. (Aug, 2020). Psychological impact of COVID-19 on medical care workers in China. *Infect Dis Poverty.* Vol. 9. No1. P. 113. <https://doi.org/10.1186/s40249-020-00724-0>
6. Скларова Т.В., Яхина Р.Р., Курлова Е.Б. (2023). Компетенции ЗОЖ: новые практики формирования (опыт регионального сетевого медико-социального проекта). *Общественное здоровье.* № 3. Т. 1. С. 51–60. <https://doi.org/10.21045/2782-1676-2023-3-1-51-60>
7. Сабанов В.И., Попова Е.Г. (2009). Инновации по оплате труда как фактор конфликтов в лечебных учреждениях. *Волгоградский научно-медицинский журнал.* № 1. С. 3–6.
8. Spielberger C. D., Gorsuch R. L., Lushene R. E. (1970) *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory.* Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press. 358 p.
9. Ханин Ю.Л. (1976). Краткое руководство к шкале реактивной и личностной тревожности Ч.Д. Спилберга. Ленинград: ЛНИИТЕК. 86 с.
10. Cohen J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2nd ed.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203771587>
11. Kelekar U., Das Gupta D., Theis-Mahon N., Fashingbauer E., Huang B. (2024). Distances to emergency departments and non-urgent utilization of medical services: a systematic review. *Glob Health Action.* Vol. 17. No. 1. P. 2353994. <https://doi.org/10.1080/16549716.2024.2353994>
12. Forsell L., Forsberg A., Kisch A., Rantala A. (2020). Specialist Ambulance Nurses' Perceptions of Nursing: A Phenomenographic Study. *Int J Environ Res Public Health.* Vol. 17, No.14. P. 5018. <https://doi.org/10.3390/ijerph17145018>
13. Чуркин С.Д., Дубовицкая Т.Д. (2015). Культура отношения руководителя к персоналу: понятие, структура, особенности проявления. *Вестник университета.* № 4, С. 272–279.
14. Лившиц С.А., Гуров А.Н. (2017). Основные направления формирования эффективного руководства и стили руководства медицинской организацией. *Менеджер здравоохранения.* № 3, С. 55–62.
15. Русанов С.Н., Авхименко М.М., Косачев В.Е. (2015). Особенности работы бригад скорой медицинской помощи. *Медицинская сестра.* № 5, С. 44–46.

REFERENCES

1. Berezin F.B. (1988). Mental and psychophysiological adaptation of a person. Leningrad: Nauka Publ. 270 p.
2. Psychology of Management (2023) / ed. Nikiforova G.S. St. Petersburg: Publishing House of St. Petersburg University. 572 p.
3. Van Biesen W., Van Cauwenberge D., Decruyenaere J., Leune T., Sterckx S. (Jul, 2022). An exploration of expectations and perceptions of practicing physicians on the implementation of computerized clinical decision support systems using a Qsort approach. BMC Med Inform Decis Mak. Vol. 22. No. 1. P. 185. <https://doi.org/10.1186/s12911-022-01933-3>
4. Petrikov S.S., Kholmogorova A.B., Suroegina A.Yu. (2020). Professional burnout, symptoms of emotional distress and distress among medical professionals during the COVID-19 epidemic. Consultative psychology and psychotherapy. Vol. 28. No. 2. P. 8–45.
5. Si M.Y., Su X.Y., Jiang Y., Wang W.J., Gu X.F., Ma L., Qiao Y.L. (Aug, 2020). Psychological impact of COVID-19 on medical care workers in China. Infect Dis Poverty. Vol. 9. No. 1. P. 113. <https://doi.org/10.1186/s40249-020-00724-0>
6. Sklyarova T.V., Yakhina R.R., Kurlova E.B. (2023). HLS competencies: new practices of formation (experience of the regional network medical and social project). Public health. No. 3. Vol. 1. P. 51–60. <https://doi.org/10.21045/2782-1676-2023-3-1-51-60>
7. Sabanov V.I., Popova E.G. (2009). Innovations in remuneration as a conflict factor in medical institutions. Volgograd Scientific and Medical Journal. No. 1. P. 3–6.
8. Spielberger C.D., Gorsuch R.L., Lushene R.E. (1970) Manual for the State-Trait Anxiety Inventory. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press. 358 p.
9. Khanin Yu.L. (1976). A short guide to the C.D. Spielberger Scale of Reactive and Personal anxiety. Leningrad: LNIITEK. 86 p.
10. Cohen J. (1988). Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences (2nd ed.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203771587>
11. Kelekar U., Das Gupta D., Theis-Mahon N., Fashingbauer E., Huang B. (2024). Distances to emergency departments and non-urgent utilization of medical services: a systematic review. Glob Health Action. Vol. 17. No. 1. P. 2353994. <https://doi.org/10.1080/16549716.2024.2353994>
12. Forsell L., Forsberg A., Kisch A., Rantala A. (2020). Specialist Ambulance Nurses' Perceptions of Nursing: A Phenomenographic Study. Int J Environ Res Public Health. Vol. 17, No. 14. P. 5018. <https://doi.org/10.3390/ijerph17145018>
13. Churkin S.D., Dubovitskaya T.D. (2015). The culture of the manager's attitude to the staff: concept, structure, features of manifestation. Bulletin of the University. No. 4. P. 272–279.
14. Livshits S.A., Gurov A.N. (2017). The main directions of effective leadership formation and leadership styles of a medical organization. The health care manager. No. 3. P. 55–62.
15. Rusanov S.N., Avkhimenko M.M., Kosachev V.E. (2015). The specifics of the work of emergency medical teams. A nurse. No. 5. P. 44–46.

ES

Estudio sobre la correlación entre las actitudes de la gerencia y la satisfacción con el equipo con el desarrollo de ansiedad situacional en equipos médicos de emergencia

A.S. Melnikov, E.V. Nelyubina, M.S. Kunafin, A.F. Amirov, A.Kh. Tregubova

Anotación

Introducción. Recientemente, se ha observado una tendencia a que la gerencia exija excesivamente al personal sanitario en el contexto de la escasez de equipo en las regiones. Esto es especialmente relevante para el personal médico de emergencia. Esta práctica dificulta la iniciativa y la independencia, lo que puede conducir a un aumento de los niveles de ansiedad situacional y, en consecuencia, a un modelo menos eficaz para la atención de emergencias a la población. Mejorar el desempeño de los servicios médicos de emergencia impacta directamente en el desarrollo de las instituciones sanitarias en su conjunto, estimulando su modernización y el desarrollo del personal. **El objetivo del estudio** fue determinar las correlaciones entre el proceso de desarrollo de ansiedad situacional y la actitud de la gerencia, en combinación con la satisfacción con el equipo del personal médico de los equipos médicos móviles de atención médica de emergencias en Ufa. **Materiales y métodos.** El material para este estudio consistió en los resultados de una encuesta exhaustiva a 528 trabajadores médicos del servicio de atención médica de emergencia de la ciudad de Ufa. El cuestionario del autor se compiló teniendo en cuenta la identificación de las características básicas de personalidad del empleado e indicadores específicos de la actividad profesional. El análisis de la ansiedad situacional se realizó según métodos estandarizados. El análisis de correlación se llevó a cabo según los principales

FR

Étude de la corrélation entre les attitudes managériales, la satisfaction à l'égard du matériel et le développement de l'anxiété situationnelle chez les équipes médicales d'urgence

A.S. Melnikov, E.V. Nelyubina, M.S. Kunafin, A.F. Amirov, A.Kh. Tregubova

Annotación

Introduction. Récemment, on a observé une tendance à imposer des exigences excessives aux professionnels de santé par la direction, dans un contexte de sous-équipement dans les régions. Ce phénomène est particulièrement préoccupant pour le personnel médical d'urgence. Cette pratique entrave l'initiative et l'autonomie, ce qui peut engendrer une augmentation de l'anxiété situationnelle et, par conséquent, une moindre efficacité des soins d'urgence prodigués à la population. L'amélioration des performances des services d'urgence a un impact direct sur le développement des établissements de santé dans leur ensemble, en stimulant leur modernisation et la formation continue du personnel. **Objectif de l'étude:** était de déterminer les corrélations entre le processus de formation de l'anxiété situationnelle et l'attitude de la direction, combinée à la satisfaction à l'égard du matériel, du personnel médical des équipes médicales d'urgence mobiles à Oufa. **Matériel et méthodes.** Les données de cette étude proviennent d'une enquête exhaustive menée auprès de 528 professionnels de santé du service des urgences médicales de la ville d'Oufa. Le questionnaire a été élaboré en tenant compte des caractéristiques de personnalité fondamentales des employés et d'indicateurs spécifiques de leur activité professionnelle. L'analyse de l'anxiété situationnelle a été réalisée selon des méthodes standardisées. Une analyse de corrélation a été effectuée selon les principales méthodes

métodos de estadística matemática. *Resultados.* Los límites de distribución de los indicadores sociales estudiados para los trabajadores médicos del servicio de atención médica de emergencia de la ciudad de Ufa mostraron una actitud positiva por parte de la gerencia (74,81% frente a 10,29%). El 32,35% de los encuestados mostró baja satisfacción con el equipo de los equipos de atención médica móvil general, en comparación con el número de los que notaron un equipo alto (25,00%). Se encontró que las actitudes negativas de la gerencia y la baja satisfacción con el equipo entre los trabajadores de ambulancias de Ufa aumentaron significativamente las puntuaciones de ansiedad posterior al turno (AUC0,870 frente a 0,116 y AUC0,761 frente a 0,303, respectivamente). *Conclusión.* Este estudio permitirá el desarrollo de algoritmos para la optimización de procesos, la reducción de los tiempos de respuesta, una mayor precisión diagnóstica y una atención prehospitalaria más eficaz. Mejorar el desempeño del personal de ambulancias ahorra recursos, lo que contribuye a una mayor cobertura de atención médica de alta calidad y, en consecuencia, a una mejor salud pública a nivel nacional. Por lo tanto, este estudio contribuye a la estrategia para mejorar la salud de los rusos en todos los niveles.

Palabras clave: personal médico, ambulancia, equipo de equipo, actitudes de gestión, ansiedad situacional.

statistiques. *Résultats.* La distribution des indicateurs sociaux étudiés chez les professionnels de santé du service des urgences médicales d'Oufa a révélé une attitude positive de la part de la direction (74,81% contre 10,29%). Un faible niveau de satisfaction concernant l'équipement des équipes mobiles de soins a été observé chez 32,35% des répondants, contre 25,00% qui ont noté un niveau d'équipement élevé. Il a été constaté que les attitudes négatives de la direction et le faible niveau de satisfaction concernant l'équipement chez les ambulanciers d'Oufa augmentaient significativement les scores d'anxiété post-service (AUC0,870 contre 0,116 et AUC0,761 contre 0,303, respectivement). *Conclusion.* Cette étude permettra le développement d'algorithmes pour l'optimisation des processus, la réduction des délais d'intervention, l'amélioration de la précision diagnostique et une prise en charge préhospitalière plus efficace. L'amélioration des performances des ambulanciers permet de réaliser des économies de ressources, ce qui contribue à une meilleure couverture des soins médicaux de qualité et, par conséquent, à une amélioration de la santé publique à l'échelle nationale. Ainsi, cette étude contribue à la stratégie d'amélioration de la santé des Russes à tous les niveaux.

Mots clés: personnel médical, ambulance, équipement d'équipe, attitudes de gestion, anxiété situationnelle.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ / ABOUT THE AUTHORS

Мельников Александр Сергеевич – кандидат фармацевтических наук, доцент кафедры общей химии, ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Уфа, Россия.

Alex S. Melnikov – PhD in Pharmaceutical sciences, Associate Professor of Department of General Chemistry, Bashkir State Medical University, Ufa, Russia.

E-mail: melnikus@yandex.ru, ORCID: 0000-0003-0015-2891, SPIN-код: 5606-2635

Нелюбина Екатерина Владимировна – старший преподаватель кафедры педагогики и психологии, ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Уфа, Россия.

Ekaterina V. Nelyubina – Senior Lecturer of Department of Pedagogy and Psychology, Bashkir State Medical University, Ufa, Russia.

E-mail: danilova_rina@list.ru, ORCID: 0009-0004-2416-4891, SPIN-код: 5772-4092

Кунафин Марат Саубанович – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой скорой помощи и медицины катастроф, термической травмы и трансфузиологии, ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Уфа, Россия.

Marat S. Kunafin – Grand PhD in Medical sciences, Professor, Head of Department of Emergency Care and Disaster Medicine, Thermal Trauma and Transfusiology, Bashkir State Medical University, Ufa, Russia.

E-mail: kunafin-ms@yandex.ru, ORCID: 0000-0002-8638-1590, SPIN-код: 6994-0674

Амиров Артур Фердович – доктор педагогических наук, профессор, заведующий кафедрой педагогики и психологии, ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Уфа, Россия.

Artur F. Amirov – Grand PhD in Pedagogic sciences, Professor, Head of Department of Pedagogy and Psychology, Bashkir State Medical University, Ufa, Russia.

E-mail: amirov.af@yandex.ru, ORCID: 0000-0003-1061-3460, SPIN-код: 1313-5681

Трегубова Альбина Хакимьяновна – кандидат физико-математических наук, доцент кафедры медицинской физики и информатики, ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Уфа, Россия.

Albina Kh. Tregubova – PhD in Physics and Mathematics, Associate Professor of the Department of Medical Physics and Informatics, Bashkir State Medical University, Ufa, Russia.

E-mail: med_fiz@bashgmu.ru, ORCID: 0000-0003-4951-5876, SPIN-код: 1307-6879

КУРЕНИЕ ЭЛЕКТРОННЫХ СИГАРЕТ – СТЕПЕНЬ ВОСПРИНИМАЕМОГО РИСКА СРЕДИ МОЛОДЫХ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ

И.Д. БЕДИНА¹, А.В. МАСЯКИН¹, И.А. БЕДИНА¹

¹ ГБУЗ «Московский научно-практический центр наркологии Департамента здравоохранения города Москвы», г. Москва, Россия.

УДК 614.2

DOI: 10.21045/2782-1676-2025-5-4-95-102

Аннотация

Введение. Рост популярности среди молодежи альтернативных способов курения диктует необходимость определения новых мишеней профилактического воздействия. **Цель исследования:** определение степени воспринимаемого молодыми потребителями потенциального риска от курения электронных сигарет. **Материалы и методы.** Исследование проведено с помощью качественного дизайна, основным методом которого стало глубинное интервью. Было проведено 12 углубленных полуструктурированных интервью с респондентами в возрасте 18–35 лет. Данные, собранные в ходе опросов, подверглись анализу на трех этапах кодирования (первичном, осевом и выборочном) с выделением ключевых категорий, подкатегорий и соответствующих им текстовых отрывков. На первом этапе определялись основные категории и их подкатегории (коды). Затем с помощью технической программы проводился детальный анализ, при котором отдельным фрагментам текста присваивались соответствующие подкатегории. **Результаты.** Наиболее значимые риски от курения электронных сигарет, которые выделили респонденты, связаны с опасностью нанесения вреда здоровью, увеличением финансовых затрат, формированием зависимого поведения и потерей ощущения внутренней свободы. В то же время в ходе исследования были определены типы рисков, соответствующие альтернативным способам курения – отсутствие знания о составе вдыхаемых веществ и высокий риск покупки фальсифицированного товара. Важным представляется тот факт, что потребители признают опасность курения электронных сигарет и в перспективе готовы к отказу от «нездорового» поведения (высокая вовлеченность), что подтверждает острую необходимость проведения работы по профилактике альтернативных способов курения. **Заключение.** Темы коммуникационных сообщений, направленные на стимулирование к отказу от традиционного способа курения, могут повысить эффективность кампании по профилактике курения электронных сигарет среди молодых потребителей.

Ключевые слова: электронные сигареты, табак, профилактика, курение, вред табака, риск для здоровья, молодежь, социальная реклама.

Для цитирования: Бедина И.Д., Масякин А.В., Бедина И.А. Курение электронных сигарет – степень воспринимаемого риска среди молодых потребителей. Общественное здоровье. 2025; 5(4):95–102, DOI: 10.21045/2782-1676-2025-5-4-95-102

Контактная информация: Бедина Инесса Александровна, e-mail: ibedina@mail.ru

Финансирование: исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Статья поступила в редакцию: 27.08.2024. **Статья принята к печати:** 15.04.2025. **Дата публикации:** 17.12.2025.

UDC 614.2

DOI: 10.21045/2782-1676-2025-5-4-95-102

E-CIGARETTE USE – THE LEVEL OF PERCEIVED RISK AMONG YOUNG PEOPLE

I.D. Bedina¹, A.V. Masyakin¹, I.A. Bedina¹

¹ Moscow Research and Practical Centre of narcology of the Department of Public Health, Moscow, Russia.

Abstract

Introduction. The growing popularity of alternative smoking methods among young people dictates the need to identify new targets for preventive intervention. **The purpose of the study:** determination of the degree of perceived risk among young consumers of electronic cigarettes. **Materials and methods.** The research was conducted using high-quality design, the main method of which was an in-depth interview. A series of 12 in-depth semi-structured interviews were conducted with respondents aged 18–35. The data collected during the surveys was analyzed at three stages of encoding (primary, axial, and selective), highlighting key categories, subcategories, and corresponding text passages. At the first stage, the main categories and their subcategories (codes) were determined. Then, with the help of a technical program, a detailed analysis was conducted, in which the corresponding subcategories were assigned to individual text fragments. **Results.** In general, the

topics that are used in preventive communication to encourage consumers to quit smoking are relevant to ES consumers. The most significant risks associated with smoking ES, as identified by the respondents, include the risk of health harm, increased financial costs, development of dependent behavior, and loss of inner freedom. At the same time, the study also identified risks that are specific to alternative smoking methods, such as the dubious chemical composition of inhaled substances and the risk of purchasing counterfeit products. It is important for consumers to recognize the dangers of ES smoking and be prepared to abandon «unhealthy» behaviors (high involvement), confirming the need for prevention efforts related to alternative smoking. *Conclusion.* Communication message themes aimed at stimulating cessation of traditional smoking may improve the effectiveness of e-cigarette smoking prevention campaigns among young consumers.

Keywords: electronic cigarettes, tobacco prevention, smoking harm, health risks, youth social advertising.

For citation: Bedina I.D., Masyakin A.V., Bedina I.A. E-cigarette use – the level of perceived risk among young people. Public health. 2025; 5(4):95–102, DOI: 10.21045/2782-1676-2025-5-4-95-102

For correspondence: Inessa A. Bedina, e-mail: ibedina@mail.ru

Funding: the study had no sponsorship.

Conflict of interests: the authors declare that there is no conflict of interests.

Received: 27.08.2024. **Accepted:** 15.04.2025. **Published:** 17.12.2025.

Аннотации на испанском и французском языках приводятся в конце статьи

ВВЕДЕНИЕ

Современные исследования в сфере социальной рекламы и коммуникаций, связанных с вопросами здоровья, уделяют значительное внимание поиску методов повышения действенности кампаний, направленных на профилактику курения, включая электронные сигареты (ЭС) [1, 2, 3, 4]. Обсуждению данного вопроса предшествовал стремительный рост в последние годы популярности альтернативных методов курения – электронных средств доставки никотина (ЭСДН) и электронных средств нагрева табака (ЭСНТ) среди молодых людей [5, 6]. Эксперты считают, что благодаря более низкому уровню осознания опасности от «нездорового поведения», который характерен для пользователей ЭС по сравнению с курильщиками традиционного табака и, как следствие, высокой частоте потребления, данный способ курения может представлять значительную угрозу для здоровья молодежи [7, 8]. В связи с этим задача повышения эффективности коммуникации, ориентированной на отказ от курения ЭС, приобретает особую значимость. Ранее было установлено, что для увеличения убедительности социальной рекламы, ориентированной на молодежь, наиболее результативной является негативная форма подачи информации: «Какие будут последствия, если я продолжу употреблять табак?» [4]. В то же время важную роль играет не только способ подачи информации, но и ее содержание, включая описание негативных последствий, которые могут возникнуть из-за использования электронных сигарет. В рамках

профилактики традиционного курения основными темами воздействия являются социальный и медицинский аспекты [9, 10, 11, 12, 13, 14]. Также значимыми остаются вопросы содержания вредных химических соединений в табаке [5, 10, 15] и крупных финансовых расходов потребителей [14, 16]. Однако эти темы могут быть менее актуальны для молодых пользователей ЭС, что может привести к искажению восприятия ими информации.

Цель исследования: определение степени воспринимаемого молодыми потребителями потенциального риска от курения ЭС.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Всего проведено 12 глубинных полуструктурированных интервью. Данные, собранные в ходе серии интервью, после первичной транскрипции подверглись анализу на трех этапах кодирования (первичном, осевом и выборочном) с выделением ключевых категорий, подкатегорий и соответствующих им текстовых отрывков. На первом этапе кодирования после первичного разбора интервью были сформулированы категории и соответствующие им подкатегории (коды). Затем с помощью технической программы Atlas.ti был проведен более глубокий анализ полученной информации, где отдельным фрагментам текста были присвоены соответствующие подкатегории.

Респондентами для эмпирической части исследования стали молодые потребители ЭС, достигшие совершеннолетия, в возрастном

диапазоне 18–35 лет. Эмпирическая база не включала лиц врачебных специальностей во избежание смещения выборки и вмешательства неконтролируемых переменных (осведомленность о действии ЭС на организм человека и т.п.).

Участники интервью были разделены на группы в зависимости от продолжительности их взаимодействия с электронными курительными устройствами:

- до 3 часов в неделю;
- от 3 до 7 часов в неделю;
- от 7 часов в неделю и больше.

Набор участников осуществлялся методом квотной выборки, по 4 человека из каждой группы в соответствии с заявленной частотой курения.

Для проведения интервью была разработана анкета с несколькими тематическими блоками. Вопросы включали проективные методики, позволявшие выявить скрытые мотивы употребления ЭС. Первый блок анкеты касался общей информации о респондентах, их увлечений, досуга и частоты использования ЭС. Второй блок был посвящен опыту потребления ЭС и осознанию возможных рисков, связанных с «нездоровым поведением». Респонденты делились историями первого опыта курения, мотивами попробовать продукт и мнением о его потенциальных последствиях. В третьем блоке интервьюируемые обсуждали возможный отказ от ЭС, упоминая барьеры и мотивы к принятию данного решения, а также возможные потери и приобретения (как материальные, так и нематериальные). В завершение беседы респонденты имели возможность добавить значимую, по их мнению, информацию (личную историю, наблюдение), которая дала бы дополнительные сведения об их отношении к процессу курения ЭС и драйверах отказа от потребления.

РЕЗУЛЬТАТЫ

По итогам анализа интервью, проведенных с потребителями ЭС, были получены следующие результаты:

1. *Курение ЭС несет риски для здоровья, связанные с отсутствием знания о химическом составе вдыхаемых веществ.*

Практически все респонденты подчеркивали, что состав смесей для курительных устройств – «искусственный» и «химический», что в будущем может негативно повлиять на организм. Примечательно, что, по мнению респондентов,

обозначенный риск касается именно ЭС, поскольку осведомленность о составе традиционного табака среди интервьюируемых выше – по их мнению, эти изделия имеют очевидный «натуральный» состав. Кроме того, респонденты полагали, что из-за роста популярности ЭС их часто подделывают. Для того, чтобы снизить соответствующий риск, опрашиваемые покупают товар в проверенных (на их взгляд) местах, или ориентируются на высокую стоимость товара, которая является маркером «качества» приобретаемого продукта. В этом контексте имеет значение и эффект «сарафанного радио» – потребители выбирают продавцов, полагаясь на источники информации, которым особенно доверяют (например, друзьям).

2. *ЭС особо опасны для здоровья человека вследствие отсутствия знания о последствиях их потребления.*

Еще один важный риск, который отмечали респонденты, – это неизвестность последствий употребления ЭС ввиду их малой изученности, т.е. отсутствия исследований, описывающих клинический исход от их употребления в долгосрочной перспективе. Признавая курение ЭС потенциально вредной привычкой, респонденты высказывали опасения по поводу своего «нездорового поведения», но не могли объяснить, какой конкретный ущерб здоровью она может нанести. Вероятно, такой парадокс обусловлен не только недостаточной определенностью позиции специалистов касательно вредного воздействия ЭС на здоровье, выраженной в антитабачной коммуникации (в то время как в программах предупреждения курения классического табака существует четкий перечень угроз: онкология, инсульт и т.д. [7]), но и менее активным освещением темы курения ЭС в медийном пространстве по сравнению с традиционными сигаретами. По этой причине потребителям затруднительно быстро вспомнить и воспроизвести вероятные риски, сопряженные с их вредной привычкой. Такое предположение, основанное на ответах респондентов, указывает на необходимость создания коммуникационных материалов, направленных на предотвращение курения ЭС, которые бы обеспечивали «ментальную доступность» угроз при принятии человеком решения о приобретении и использовании электронных устройств для курения.

3. *Употребление ЭС сопряжено с риском высоких финансовых затрат.*

Респонденты считают финансово невыгодным использование ЭС. Во-первых, их стоимость,

по мнению респондентов, превышает стоимость обычных сигарет. Во-вторых, опрашиваемые замечали, что частота потребления классических табачных продуктов ниже, а потому в отношении этой продукции подобных финансовых рисков не существует. Важно, что из-за высокой стоимости ЭС некоторые потребители готовы жертвовать качеством и покупать более дешевые аналоги, принимая тот факт, что увеличивают потенциальный риск нанесения вреда здоровью из-за «сомнительного» состава ЭС.

4. Частое употребление ЭС может привести к ощущению утраченной свободы воли и потери чувства автономии.

Некоторые респонденты сообщали о предпринятых ранее попытках прекратить курение ЭС. Следующую за этим неудачу они объясняли отсутствием у себя достаточного количества «моральных сил» и психологической неподготовленностью к длительному воздержанию. Именно с этого момента опрошенные начинали осознавать риск формирования у себя зависимости от ЭС. Респонденты отмечали, что курение ЭС входит в их каждодневную привычку и, порой, они уже не замечают, как держат сигарету в руке. Частое потребление ЭС заставляет их задуматься о наличии зависимости от продукта, который диктует определенные паттерны поведения. Особенно явно это проявляется в ситуациях отсутствия ЭС, когда внезапно появляется внутренне беспокойство, усиливающееся с течением времени. С целью купирования негативного ощущения респонденты, жертвуя собственным временем, могут вернуться домой (если сигареты забыты) или же отправиться в магазин за новым курительным устройством. В ходе интервью опрашиваемые подобные действия характеризовали как потерю личной свободы.

Анализ интервью показал неочевидный, на первый взгляд, вывод и относительно личностных переживаний респондентов. Некоторые из них заявляли, что чувствуют себя безвольными в ситуациях, когда в отсутствие явно сформированного желания поддаются призыву курящего ЭС социального окружения следовать их примеру.

5. Курение ЭС связано с желанием снять тревогу и стресс.

По мнению респондентов, потребление ЭС может быть одним из способов проведения досуга и помогает в ситуациях их социального взаимодействия с окружающими. В то же время интервьюируемые настаивали на том, что

потребность в использовании ЭС становится особенно заметной в период значимых стрессовых ситуаций: «выпустить пар», поскольку курение «быстро расслабляет», «снижает общий уровень тревожности» и «не требует серьезных физических усилий». Респонденты сравнивали ЭС с «поощрением» за успешно пережитые отрицательные эмоции. При этом уточняли, что удовлетворение приносит не только процесс курения, но и сама покупка электронных устройств: выбор цвета, вкуса и т.п. Однако некоторые респонденты признавали, что борьба со стрессом с помощью ЭС скорее носит иллюзорный характер и является самообманом, поскольку тревога может быть локализована и другими доступными способами (прогулки, интенсивная физическая активность и т.д.).

6. Потребители ЭС ожидают негативные последствия для здоровья вследствие их курения, однако осознанно игнорируют данную информацию.

Все опрошенные отмечали, что ЭС способны причинить вред здоровью человека, его эмоциональному состоянию, материальному положению и т.д. Однако респонденты склонны занижать важность этой информации (включая ту, что поступает извне) или вовсе игнорировать ее, продолжая придерживаться потенциально рискованного поведения.

По мнению авторов данной работы, подобную избирательность восприятия можно объяснить с помощью концепции когнитивного диссонанса [17]. В сознании курильщика сосуществуют два противоположных убеждения: одно отражает влияние окружающей среды (осознание рисков и возможных угроз), другое – его действия (желание продолжать использование ЭС) [17, 18]. Такое противоречие вызывает когнитивный диссонанс – внутренний конфликт, который создает дискомфорт для человека, стремящегося сформировать последовательную систему взглядов. Чтобы снизить уровень диссонанса, человек устраняет одно из двух противоречивых убеждений, выбирая то, которое кажется «менее устойчивым», в данном случае информацию о вреде потребления ЭС.

7. Высокая частота потребления ЭС в сравнении с обычными сигаретами достигается за счет удобства использования электронных устройств.

Согласно мнению участников интервью, использование ЭС не вызывает неудобства у окружающих, поскольку пар практически лишен запаха и часто остается незаметным. Электронные устройства можно использовать даже внутри

помещений, что устраняет необходимость выхода на улицу в специально обозначенные зоны для курения, как это требуется при употреблении традиционных сигарет. Респонденты, имеющие опыт курения классического табака, отмечали, что такие ограничения раньше заставляли их уменьшать число выкуриваемых сигарет или даже иногда полностью отказываться от них (например, в холодные дни). Однако легкость использования ЭС стимулирует потребителей увеличивать частоту их потребления. В то же время опрошенные подчеркивают, что при курении электронных устройств утрачивается важный для пользователей табачных изделий аспект – ритуал общения и возможность завести новые знакомства через «совместные перекуры».

8. Внешние нестандартные факторы способны повлиять на решение потребителей ЭС отказаться от курения ЭС.

Формируя гипотетические сценарии отказа от ЭС, участники исследования ссылались на исключительные внешние обстоятельства, которые могли бы заставить их прервать вредную привычку. Среди таких факторов назывались административные меры, например, запрет на продажу ЭС как отдельной категории товаров. Также упоминались важные политические события, которые из-за своей значимости и масштаба влияния могли бы отвлечь от темы употребления электронных устройств. Респонденты также выделяли важные события из семейной жизни: «Прекращу курить, если узнаю, что жду ребенка. Потому что это будет не только ответственность перед собой, но и еще и перед другим человеком». При этом опрашиваемые практически не упоминали о собственной внутренней мотивации как об основании для отказа от курения, предпочитая перекладывать ответственность за преодоление зависимости на внешние обстоятельства или события.

ОБСУЖДЕНИЕ

Посредством анализа данных из углубленных интервью были выявлены ключевые категории рисков, которые оказываются важными для аудитории, использующей ЭС. В частности, это опасения, связанные с влиянием на физическое состояние, материальное благополучие и эмоциональные переживания.

Как ожидалось, основной акцент в обсуждении возможных угроз от использования ЭС был сделан на вопросах, касающихся здоровья.

Во-первых, курение ЭС воспринимается как действие, потенциально опасное для здоровья в связи с химическим составом ЭСДН и ЭСНТ. Во-вторых, сам процесс курения воспринимается потребителями как «нездоровый» и «неполезный», что, очевидно, является результатом масштабных антитабачных кампаний, проводимых ранее в отношении употребления традиционных табачных изделий.

Барьером для потребителей ЭС могут стать опасения, касающиеся потенциальной покупки поддельной некачественной продукции. В данном случае возможны новые подходы коммуникационной профилактической работы с использованием ЭС, которая может затрагивать и «периферийный» путь обработки информации. Результаты исследования показали, что эффективной темой коммуникационных сообщений в кампании по профилактике использования ЭС для данной целевой аудитории могут стать вопросы финансовых рисков, которые оказались значимыми для всех участников исследования.

Тема «социальных угроз», связанных с использованием ЭС (отрицательное восприятие со стороны окружающих) [12], напротив, не нашла полного подтверждения у участников опроса, что объясняется особенностями рассматриваемого продукта: электронные сигареты практически не причиняют неудобств так называемым «пассивным курильщикам», и сам факт их использования зачастую остается незамеченным. Более того, начиная пользоваться ЭС под влиянием своего окружения, человек оказывается вовлечен в сообщество курящих, которое проявляет терпимость к данному виду курения и не создает потенциальных социальных угроз.

Результаты данного исследования позволяют оценивать восприятие угроз от употребления ЭС с точки зрения нового аспекта – психологического. В предыдущих работах, посвященных содержанию профилактических кампаний, вопрос глубоких внутренних переживаний аудитории освещался лишь в общем плане, например, как «последствия социальной идентификации человека как курильщика» [19], либо вовсе игнорировался.

Таким образом, при подготовке профилактических антитабачных коммуникационных материалов целесообразным является использование следующих тем (типов рисков):

- химический состав ЭС, безопасность которого для организма человека неизвестна;
- высокая вероятность приобретения фальсифицированного продукта с низкокачественным составом;

- нанесение вреда физическому здоровью;
- необоснованные финансовые потери в связи с высокой стоимостью ЭС;
- формирование безвольного, зависимого поведения и потеря ощущения внутренней свободы вследствие курения ЭС.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Настоящая работа вносит вклад в изучение способов повышения убедительности анти-табачных коммуникационных сообщений за

счет выявления потенциальных типов рисков, которые являются наиболее актуальными по мнению потребителей электронных сигарет: последствия для здоровья, финансовое положение, личностные переживания.

Результаты настоящего исследования могут стать основой для разработки профилактических антитабачных стимульных материалов, которые позволят изменить отношение потребителей ЭС к данным курительным устройствам и в перспективе мотивировать их на полный отказ от пагубной привычки.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гамбарян М.Г., Калинина А.М., Попович М.В., Старовойтов М.Л., Драпкина О.М., Бойцов С.А., Салагай О.О. Вся правда об электронных сигаретах: российская реальность. Часть II. Потребление электронных сигарет в России: связь с демографическими факторами, рекламой и продвижением, курением табака и попытками бросить курить. Результаты репрезентативного опроса взрослого населения // Профилактическая медицина. – 2019. – Т. 22, № 6–2. – С. 14–27. – DOI: 10.17116/profmed20192206214.
2. Салагай О.О. и др. Анализ осведомленности населения о мерах по снижению распространённости потребления табачной продукции в Российской Федерации // Наркология. – 2020. – Т. 19, № 9. – С. 18–38.
3. Яблонский П.К., Суховская О.А. Роль антитабачной пропаганды в инициации отказа от табакокурения // Медицинский альянс. – 2017. – № 2. – С. 17–21.
4. Бедина И.Д. Фрейминг сообщений как инструмент повышения убедительности коммуникационных кампаний по профилактике курения электронных сигарет // Наркология. – 2022. – Т. 21, № 7. – С. 35–43. – DOI: 10.25557/1682–8313.2022.07.35–43.
5. Стадник Н.М., Никитина С.Ю., Сахарова Г.М., Антонов Н.С., Салагай О.О. Распространенность потребления табачной и никотинсодержащей продукции в Российской Федерации: анализ тенденций в 2019–2022 гг. // Демографическое обозрение. – 2024. – Т. 11, № 1. – С. 37–60. – DOI: 10.17323/demreview.v11i1.20931.
6. Салагай О.О., Сахарова Г.М., Антонов Н.С. Глобальное обследование молодежи 13–15 лет о потреблении табака в Российской Федерации: динамическое наблюдение 2004–2021 гг. // Терапевтический архив. – 2024. – Т. 96, № 3. – С. 233–239. – DOI: 10.26442/00403660.2024.03.202633.
7. Салагай О.О., Сахарова Г.М., Антонов Н.С. Электронные системы доставки никотина и нагревания табака (электронные сигареты): обзор литературы // Наркология. – 2019. – Т. 18, № 9. – С. 77–100. – DOI: 10.25557/1682–8313.2019.09.77–100.
8. Пшеничникова И.И., Комаров А.В., Пшеничникова А.Д., Захарова И.Н. Электронные курительные устройства – опасное увлечение детей и подростков // Педиатрия. Consilium Medicum. – 2023. – № 3. – С. 159–163. – DOI: 10.26442/26586630.2023.3.202311.
9. Panahi R., Osmani F., Javanmardi K., Ramezankhani A., Dehghankar L., Amini R. et al. The relationship between different levels of health literacy and smoking prevention among medical sciences student. *Int. J. Prev. Med.* 2021; 12:124. doi: 10.4103/ijpvm.IJPVM_460_20.
10. Venrick S.J., Margolis K.A., Bernat J.K., et al. Youth and adult understanding of public displays of information about harmful constituents in cigarette smoke. *Prev Med.* 2023; 169:107458. doi: 10.1016/j.ypmed.2023.107458.
11. Wang L., Li L., Li L., Zhang G. Association of health literacy with smoking behavior among Chinese men. *Health Promot. Int.* 2023; 38(5): daad 113. doi: 10.1093/heapro/daad113.
12. Бедина И.Д. Вербальные и невербальные стратегии взаимодействия активных и пассивных курильщиков в ситуациях курения в общественных местах: метод формулирования кейсов / И.Д. Бедина, Т.В. Кочетова // Социальная психология и общество. – 2022. – Т. 13, № 3. – С. 80–96. – DOI: 10.17759/sps.2022130306.
13. Hoek J. et al. Dissuasive cigarette sticks: the next step in standardised ('plain') packaging? *Tobacco control.* – 2016. – Т. 25. – № 6. – С. 699–705.
14. Partos T.R., Hiscock R., Gilmore A.B., Branston J.R., Hitchman S., McNeill A. Impact of tobacco tax increases and industry pricing on smoking behaviours and inequalities: a mixed-methods study. *Southampton (UK): NIHR Journals Library; 2020 Apr.* PMID: 32271515.
15. Brewer N.T., Jeong M., Mendel J.R., Hall M.G. et al. Cigarette pack messages about toxic chemicals: a randomised clinical trial. *Tob Control;* 2019; 28(1):74–80. doi: 10.1136/tobaccocontrol-2017-054112.
16. Antinozzi M., Caminada S., Amendola M. et al. Perceptions of Tobacco Price Policy among Students from Sapienza University of Rome: Can This Policy Mitigate Smoking Addiction and Its Health Impacts? *Healthcare.* 2024 May 4;12(9):944. doi: 10.3390/healthcare12090944.
17. Festinger L. A theory of cognitive dissonance. – Stanford university press, 1957. – Т. 2.
18. Wallace-Williams D.M., Tiu Wright L., Dandis A.O. Social norms, cues and improved communication to influence behaviour change of smokers. *Journal of Marketing Communications.* 2021; 29(4):1–26. doi: 10.1080/13527266.2021.2018621.
19. Kong G. et al. Preference for gain-or loss-framed electronic cigarette prevention messages. *Addictive behaviors.* 2016; 62:108–13. doi: 10.1016/j.addbeh.2016.06.015.

REFERENCES

1. Gambaryan M. G., Kalinina A. M., Popovich M. V., Starovoi-tov M. L., Drapkina O. M., Boytsov S. A., Salagai O. O. The whole truth about electronic cigarettes: Russian reality. Part II. Consumption of electronic cigarettes in Russia: the relationship with demographic factors, advertising and promotion, tobacco smoking and attempts to quit smoking. The results of a representative survey of the adult population // Preventive medicine. – 2019. – Vol. 22, No. 6–2. – P. 14–27. – DOI: 10.17116/profmed20192206214.
2. Salagai O. O. et al. Analysis of public awareness about measures to reduce the prevalence of tobacco consumption in the Russian Federation // Narcology. – 2020. – Vol. 19, No. 9. – P. 18–38.
3. Yablonsky P. K., Sukhovskaya O. A. The role of anti-tobacco propaganda in the initiation of smoking cessation // Medical Alliance. – 2017. – No. 2. – P. 17–21.
4. Bedina I. D. Framing messages as a tool to increase the credibility of communication campaigns for the prevention of smoking electronic cigarettes // Narcology. – 2022. – Vol. 21, No. 7. – P. 35–43. – DOI: 10.25557/1682–8313.2022.07.35–43.
5. Stadnik N. M., Nikitina S. Yu., Sakharova G. M., Antonov N. S., Salagai O. O. Prevalence of tobacco and nicotine-containing products consumption in the Russian Federation: trend analysis in 2019–2022 // Demographic review. – 2024. – Vol. 11, No. 1. – P. 37–60. – DOI: 10.17323/dem-review.v11i1.20931.
6. Salagai O. O., Sakharova G. M., Antonov N. S. Global survey of youth aged 13–15 on tobacco consumption in the Russian Federation: dynamic observation 2004–2021. // Therapeutic Archive. – 2024. – Vol. 96, No. 3. – P. 233–239. – DOI: 10.26442/00403660.2024.03.202633.
7. Salagai O. O., Sakharova G. M., Antonov N. S. Electronic nicotine delivery and tobacco heating systems (electronic cigarettes): literature review // Narcology. – 2019. – Vol. 18, No. 9. – P. 77–100. – DOI: 10.25557/1682–8313.2019.09.77–100.
8. Pshenichnikova I. I., Komarov A. V., Pshenichnikova A. D., Zakharova I. N. Electronic smoking devices – a dangerous hobby for children and adolescents // Pediatrics. Medical consultation. – 2023. – No. 3. – P. 159–163. – DOI: 10.26442/26586630.2023.3.202311.
9. Panahi R., Osmani F., Javanmardi K., Ramezankhani A., Dehgankar L., Amini R. et al. The relationship between different levels of medical literacy and smoking prevention among medical students. From January to mid-2021; 12:124. doi: 10.4103/ijpvm.IJPVM_460_20.
10. Venrik S. J., Margolis K. A., Bernat J. K. and others. Understanding by young people and adults of the public dissemination of information about the harmful components of cigarette smoke. Previous med. 2023; 169:107458. doi: 10.1016/J.ypmed.2023.107458.
11. Wang L., Li L., Li L., Zhang G. The connection of medical literacy with smoking among Chinese men. Promotion of a healthy lifestyle. In 2023; 38(5): daad 113. doi: 10.1093/heapro/daad113.
12. Bedina I. D. Verbal and non-verbal strategies of interaction between active and passive smokers in situations of smoking in public places: a method for formulating cases / I. D. Bedina, T. V. Kochetova // Social psychology and society. – 2022. – Vol. 13, No. 3. – P. 80–96. – doi: 10.17759/SPS on.2022130306.
13. Hook J. et al. Harmful cigarette sticks: the next step in standardized (“plain”) packaging? Tobacco control. – 2016. – Vol. 25. – No. 6. – P. 699–705.
14. Partos T. R., Hiscock R., Gilmore A. B., Branstor J. R., Hitchman S., McNeil A. The impact of tobacco tax increases and industry pricing on smoker behavior and inequality: a study using mixed methods. Southampton (UK): NIHR Magazine Library; April 2020 PMID: 32271515.
15. Brewer N. T., Jong M., Mendel J. R., Hall M. G., etc. Messages on cigarette packs about toxic chemicals: a randomized clinical trial. Tobacco control; 2019; 28(1):74–80. doi: 10.1136/tobaccocontrol-2017-054112.
16. Antinozzi M., Caminada S., Amendola M. et al. Perception of tobacco pricing policy by Sapienza University of Rome students: Can this policy mitigate smoking addiction and its health consequences? Healthcare. 2024, May 4;12(9):944. doi: 10.3390/healthcare 12090944.
17. Festinger L. The theory of cognitive dissonance. – Stanford University Press, 1957. – Vol. 2.
18. Wallace-Williams D. M., Tiu Wright L., Dundis A. O. Social norms, signals and improved communication influencing the behavior of smokers. Journal of Marketing Communications. 2021; 29(4):1–26. doi: 10.1080/13527266.2021.2018621.
19. Kong G. et al. Preference is given to warnings about the dangers of e-cigarettes in the context of benefits or losses. Addictive behavior. 2016; 62:108–13. doi: 10.1016/j.addbeh.2016.06.015.

ES

Fumar cigarrillos electrónicos: Riesgo percibido entre los jóvenes

I. D. Bedina, A. V. Masyakin, I. A. Bedina

Anotación

Introducción. La creciente popularidad de los métodos alternativos de fumar entre los jóvenes exige la identificación de nuevos objetivos para las intervenciones preventivas. **El objetivo del estudio:** Determinar el riesgo potencial percibido del consumo de cigarrillos electrónicos entre los jóvenes. **Materiales y métodos.** El estudio utilizó un diseño cualitativo, con entrevistas en profundidad como método principal. Se realizaron doce entrevistas semiestructuradas en profundidad a encuestados de entre 18 y 35 años. Los datos recopilados durante las encuestas se analizaron mediante tres etapas de codificación (primaria, axial y selectiva), identificando categorías clave, subcategorías y los fragmentos de

FR

Cigarette électronique: perception des risques chez les jeunes consommateurs

I. D. Bedina, A. V. Masyakin, I. A. Bedina

Annotation

Introduction. La popularité croissante des alternatives au tabagisme chez les jeunes rend nécessaire l'identification de nouvelles cibles pour les interventions de prévention. **Objectif de l'étude:** Déterminer la perception des risques potentiels liés à l'utilisation de la cigarette électronique chez les jeunes consommateurs. **Matériel et méthodes.** L'étude repose sur une approche qualitative, avec des entretiens approfondis comme méthode principale. Douze entretiens semi-directifs approfondis ont été menés auprès de répondants âgés de 18 à 35 ans. Les données recueillies ont été analysées en trois étapes de codage (primaire, axial et sélectif), permettant d'identifier les catégories et sous-catégories

texto correspondientes. En la primera etapa, se identificaron las categorías principales y sus subcategorías (códigos). Posteriormente, se realizó un análisis detallado mediante software técnico, asignando las subcategorías correspondientes a cada fragmento de texto. *Resultados.* Los riesgos más significativos del uso de cigarrillos electrónicos identificados por los encuestados incluyen el riesgo de daños a la salud, el aumento de los costos financieros, el desarrollo de conductas adictivas y la pérdida de la sensación de libertad interior. Al mismo tiempo, el estudio identificó riesgos asociados con los métodos alternativos de fumar, incluyendo el desconocimiento de la composición de las sustancias inhaladas y un alto riesgo de adquirir productos falsificados. Es importante destacar que los consumidores reconocen los peligros del uso de cigarrillos electrónicos y están dispuestos a abandonar este comportamiento «poco saludable» (alta participación), lo que confirma la urgente necesidad de implementar medidas de prevención mediante métodos alternativos de fumar. *Conclusión.* Los mensajes dirigidos a fomentar el abandono del hábito de fumar tradicional pueden aumentar la eficacia de las campañas de prevención del uso de cigarrillos electrónicos entre los jóvenes consumidores.

Palabras clave: cigarrillos electrónicos, tabaco, prevención, tabaquismo, daños del tabaco, riesgos para la salud, jóvenes, publicidad de servicio público.

clés, ainsi que les extraits de texte correspondants. Dans un premier temps, les catégories principales et leurs sous-catégories (codes) ont été identifiées. Une analyse détaillée a ensuite été réalisée à l'aide d'un logiciel spécialisé, attribuant les sous-catégories appropriées à chaque extrait de texte. *Résultats.* Les principaux risques liés à l'utilisation de la cigarette électronique, identifiés par les répondants, incluent les risques pour la santé, l'augmentation des coûts financiers, le développement d'une dépendance et la perte du sentiment de liberté. Parallèlement, l'étude a mis en évidence des risques associés aux autres modes de consommation de tabac, notamment le manque d'information sur la composition des substances inhalées et le risque élevé d'acheter des produits contrefaits. Il est important de noter que les consommateurs reconnaissent les dangers de la cigarette électronique et sont disposés à abandonner ce comportement jugé nocif (forte implication), ce qui confirme l'urgence de déployer des actions de prévention utilisant d'autres modes de consommation de tabac. *Conclusion.* Les messages encourageant l'arrêt du tabac traditionnel peuvent renforcer l'efficacité des campagnes de prévention contre la cigarette électronique auprès des jeunes consommateurs.

Mots clés: cigarette électronique, tabac, prévention, tabagisme, méfaits du tabac, risques pour la santé, jeunesse, communication d'intérêt public.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ / ABOUT THE AUTHORS

Бедина Инесса Дмитриевна – специалист по учебно-методической работе, ГБУЗ «Московский научно-практический центр наркологии Департамента здравоохранения города Москвы», г. Москва, Россия.

Inessa D. Bedina – specialist in educational and methodical work, Moscow Research and Practical Centre of narcology of the Department of Public Health, Moscow, Russia.

E-mail: inbed@mail.ru, ORCID: 0000-0002-3782-0710, SPIN-код: 1611-9450

Масякин Антон Валерьевич – доктор медицинских наук, доцент, директор, ГБУЗ «Московский научно-практический центр наркологии Департамента здравоохранения города Москвы», г. Москва, Россия.

Anton V. Masyakin – Grand PhD in Medical sciences, Associate Professor, Director, Moscow Research and Practical Centre of narcology of the Department of Public Health, Moscow, Russia.

E-mail: MasyakinAV@zdrav.mos.ru, ORCID: 0000-0002-9614-7343, SPIN-код: 8427-5025

Бедина Инесса Александровна – кандидат медицинских наук, ученый секретарь, ГБУЗ «Московский научно-практический центр наркологии Департамента здравоохранения города Москвы», г. Москва, Россия.

Inessa A. Bedina – PhD in Medical sciences, scientific Secretary, Moscow Research and Practical Centre of narcology of the Department of Public Health, Moscow, Russia.

E-mail: ibedina@mail.ru, ORCID: 0000-0002-9040-2913, SPIN-код: 8875-1830

ОБЩАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ДЕВУШЕК В ВОЗРАСТЕ 15–17 ЛЕТ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ЗА 2020–2024 ГОДЫ

Ю.И. ОСЬКОВ¹, Е.А. ШЕЛЕПОВА¹, Е.В. ОГРЫЗКО¹

¹ ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва, Россия.

УДК 614.2

DOI: 10.21045/2782-1676-2025-5-4-103-113

Аннотация

Введение. Одним из важнейших параметров, характеризующих состояние здоровья населения, является уровень общей заболеваемости. Здоровье детей, и в особенности подростков, определяет здоровье нации на ближайшую перспективу, поэтому вопросы его сохранения и улучшения нуждаются в самом пристальном внимании. **Цель исследования:** анализ общей заболеваемости девушек в возрасте 15–17 лет в Российской Федерации за 2020–2024 гг. **Материалы и методы.** Использовались данные годовых отчетных форм федерального статистического наблюдения № 12 «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у пациентов, проживающих в районе обслуживания медицинской организации» и № 30 «Сведения о медицинской организации» за 2020–2024 гг. В работе применялись статистический и аналитический методы. **Результаты.** В динамике за последние пять лет общая заболеваемость девушек в возрасте 15–17 лет увеличилась на 15,2%. Рост общей заболеваемости произошел за счет почти всех классов заболеваемости. В структуре общей заболеваемости (2024 г.) первые три места заняли болезни органов дыхания (37,3%); болезни глаза и его придаточного аппарата (11,0%); болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (7,7%). Среди отдельных нозологий отмечается рост общей заболеваемости ожирением на 16,5%; сахарным диабетом первого типа – на 24,2%; сахарным диабетом второго типа – в полтора раза. Расстройства менструаций занимают первое место (71%) в структуре гинекологической заболеваемости. Имеется тенденция снижения числа аборт (на 19,6%). **Заключение.** Реализация задачи сохранения и укрепления здоровья девушек в возрасте 15–17 лет как основы формирования здоровья нации в ближайшем будущем требует разработки необходимых мер по лечению заболеваний, диспансерному наблюдению за девушками с хроническими заболеваниями, а также проведению профилактических мероприятий, включая применение современных клинических рекомендаций, внедрение передового мирового опыта, а также пропаганду здорового образа жизни.

Ключевые слова: общая заболеваемость, девушки, динамика, ожирение, сахарный диабет, гинекология, профилактические осмотры.

Для цитирования: Оськов Ю.И., Шелепова Е.А., Огрызко Е.В. Общая заболеваемость девушек в возрасте 15–17 лет в Российской Федерации за 2020–2024 годы. Общественное здоровье. 2025; 5(4):103–113, DOI: 10.21045/2782-1676-2025-5-4-103-113

Контактная информация: Огрызко Елена Вячеславовна, e-mail: ogrev@mednet.ru

Финансирование: исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Статья поступила в редакцию: 11.08.2025. **Статья принята к печати:** 02.10.2025. **Дата публикации:** 17.12.2025.

UDC 614.2

DOI: 10.21045/2782-1676-2025-5-4-103-113

TOTAL MORBIDITY OF GIRLS AGED 15–17 IN THE RUSSIAN FEDERATION IN 2020–2024

Yu.I. Oskov¹, E.A. Shelepova¹, E.V. Ogryzko¹

¹ Russian Research Institute of Health, Moscow, Russia.

Abstract

Introduction. One of the most important parameters characterizing population health, is the level of disease prevalence. Children's health, and especially adolescents, determines the health of the nation in the short term, therefore, the issues of health preservation and improvement require the utmost attention. **The purpose of the study** is to analyze disease prevalence in girls aged 15–17 in the Russian Federation for the period from 2020 to 2024. **Materials and methods.** The study used data from the annual reporting forms of the federal statistical observation No. 12 "Information on the number of diseases registered in patients residing within the catchment area of a medical organization" and No. 30 "Information on medical organization" for the period from 2020 to 2024. Statistical and analytical methods were employed. **Results.** Over the past five years, the rate of disease prevalence in girls aged 15–17 has increased by 15.2%. This increase was due to a rise in prevalence across almost all classes of diseases. In 2024, the structure of disease prevalence was topped by respiratory diseases (37.3%), diseases of the eye

and adnexa (11.0%), and diseases of the musculoskeletal system and connective tissue (7.7%). Among individual nosologies, obesity prevalence increased by 16.5%, type 1 diabetes prevalence – by 24.2%, and type 2 diabetes – 1.5 times. Menstrual disorders lead the structure of gynecological diseases, accounting for 71%. The number of abortions tends to decrease (a 19.6% reduction). *Conclusion.* To achieve the goal of preserving and improving the health of girls aged 15–17 as the basis for future nation health, it is crucial to develop necessary interventions for disease treatment and follow-up of girls with chronic diseases, as well as to implement preventive measures, including utilizing modern clinical guidelines, adapting global best practices, and fostering a healthy lifestyle within families.

Keywords: disease prevalence, girls, dynamics, obesity, diabetes mellitus, gynecology, preventive examinations.

For citation: Oskov Yu.I., Shelepova E.A., Ogryzko E.V. Total morbidity of girls aged 15–17 in the Russian Federation in 2020–2024. Public health. 2025; 5(4):103–113, DOI: 10.21045/2782-1676-2025-5-4-103-113

For correspondence: Elena V. Ogryzko, e-mail: ogrev@mednet.ru

Funding: the study had no sponsorship.

Conflict of interests: the authors declare that there is no conflict of interests.

Received: 11.08.2025. **Accepted:** 02.10.2025. **Published:** 17.12.2025.

Аннотации на испанском и французском языках приводятся в конце статьи

ВВЕДЕНИЕ

Одним из важнейших параметров, характеризующих состояние здоровья населения, является уровень общей заболеваемости [1–3]. Здоровье детей, и в особенности подростков, определяет здоровье нации на ближайшую перспективу, поэтому вопросы его сохранения и улучшения нуждаются в самом пристальном внимании [4–5].

В 2024 г. в России началась реализация программы по борьбе с ожирением у детей и подростков. Пока в рамках программы по борьбе с ожирением разрабатываются методические рекомендации и материалы, ожирение становится буквально национальной проблемой.

В медицинском сообществе считают, что ожирение (как и сахарный диабет, который входит в число социально-значимых заболеваний) следует признать социально-значимым заболеванием и включить его в Перечень социально-значимых заболеваний, утвержденный постановлением Правительства от 01.12.2004 г. № 715, что позволит распространить на данное заболевание специальные нормы статей 12, 16, 29, 43, 51 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и активизировать деятельность по борьбе с ожирением. Также следует повысить настороженность врачей в отношении лишнего веса и, как следствие, ожирения (по аналогии с онкологической настороженностью).

С целью улучшения диагностики и лечения диабета у граждан всех возрастов, в том числе подростков, в России с 2023 г. реализуется федеральный проект «Борьба с сахарным диабетом», направленный на снижение заболеваемости

сахарным диабетом. Для девушек 15–17 лет участие в этой программе и следование её рекомендациям имеют особое значение – в этот возрастной период формируются привычки, позволяющие избежать заболеваний, сохранить здоровье и предупредить осложнения в будущем.

Благодаря проекту обеспечивается доступ к системам непрерывного мониторинга глюкозы детей и подростков с диагнозом «диабет первого типа», что позволяет своевременно предотвращать осложнения. Эти приборы обеспечивают круглосуточное отслеживание уровня глюкозы и помогают вовремя заметить его снижение или повышение, корректируют дозы вводимого инсулина. В отличие от классических глюкометров с тест-полосками системы непрерывного мониторинга используют подкожные сенсоры, работающие длительное время. Также создаются образовательные программы («школы диабета») для подростков и их родителей – обучение правильному питанию, основам самоконтроля, навыкам ухода за собой при диабете.

В связи с вышесказанным востребованной становится статистика общей заболеваемости девушек в возрастной группе 15–17 лет.

Цель исследования: анализ общей заболеваемости девушек в возрасте 15–17 лет в Российской Федерации за 2020–2024 гг.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Использовались данные годовых отчетных форм федерального статистического наблюдения № 12 «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у пациентов, проживающих в районе обслуживания медицинской организации»

и № 30 «Сведения о медицинской организации» за 2020–2024 гг. В работе применялись статистический и аналитический методы.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В 2024 г. в Российской Федерации показатель общей заболеваемости девушек в возрасте 15–17 лет составил 256 836,8 случаев на 100 000 девушек соответствующего возраста.

В динамике за последние пять лет общая заболеваемость девушек в стране увеличилась на 15,2%. Рост заболеваемости произошёл за счёт следующих классов: симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках – на 43,7%; болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный

механизм – на 32,7%; новообразования – на 30,9%; болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани – на 26,6%; некоторые инфекционные и паразитарные болезни – на 24,8%; болезни глаза и его придаточного аппарата – на 23,6%; болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ – на 23,0%; болезни органов дыхания – на 19,7%; болезни уха и сосцевидного отростка – на 16,1%; болезни кожи и подкожной клетчатки – на 13,3%; психические расстройства и расстройства поведения – на 12,1%; болезни нервной системы – на 10,3%; болезни мочеполовой системы – на 6,1%; врождённые аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения – на 5,6%; травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин – на 4,8%; болезни органов пищеварения – на 0,7%; болезни системы кровообращения – на 0,4% (таблица 1).

Таблица 1

Общая заболеваемость девушек в возрасте 15–17 лет в Российской Федерации за 2020–2024 гг. (на 100 000 девушек соответствующего возраста)

Классы заболеваний по МКБ-10 пересмотра	2020	2021	2022	2023	2024	2020/2024, %, разы
Всего	222 991,2	243 375,9	254 575,2	250 881,8	256 836,8	+15,2
Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	3 668,4	3 809,9	4 086,7	4 378,3	4 578,2	+24,8
Новообразования	1 149,1	1 261,1	1 334,9	1 379,3	1 504,3	+30,9
Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм	2 317,5	2 523,0	2 666,5	2 845,1	3 076,0	+32,7
Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	11 100,6	12 001,0	12 432,4	12 763,2	13 657,1	+23,0
Психические расстройства и расстройства поведения	4 671,9	4 733,3	4 987,2	4 991,1	5 236,7	+12,1
Болезни нервной системы	12 656,6	13 712,3	13 873,3	13 914,1	13 961,6	+10,3
Болезни глаза и его придаточного аппарата	22 951,3	25 123,2	25 798,9	26 560,7	28 370,5	+23,6
Болезни уха и сосцевидного отростка	4 541,6	4 728,8	4 853,1	4 890,8	5 272,8	+16,1
Болезни системы кровообращения	4 054,0	4 096,6	4 256,8	4 067,7	4 069,9	+0,4
Болезни органов дыхания	80 051,0	87 251,5	91 625,2	94 485,7	95 843,2	+19,7
Болезни органов пищеварения	16 682,7	17 482,9	17 167,1	16 789,6	16 799,7	+0,7
Болезни кожи и подкожной клетчатки	9 714,3	10 152,8	10 203,9	10 378,7	11 009,6	+13,3
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	15 582,7	17 302,0	17 985,1	18 904,5	19 725,1	+26,6
Болезни мочеполовой системы	15 705,2	16 670,4	16 398,9	16 305,9	16 661,5	+6,1
Беременность, роды и послеродовой период	572,1	558,7	504,0	450,4	446,2	-22,0
Отдельные состояния, возникающие в перинатальный период	0,1	0,4	0,0	0,4	0,0	0,0
Врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения	2 271,1	2 227,0	2 205,1	2 301,6	2 398,9	+5,6
Симптомы, признаки и отклонения, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях	236,7	283,1	287,3	323,4	339,8	+43,6
Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	12 723,1	13 322,0	14 277,0	13 879,9	13 335,6	+4,8
COVID-19	2 341,1	6 135,7	9 631,8	1 271,4	550,1	-4,3 раза

Источник: составлено авторами по данным годовой отчетной формы федерального статистического наблюдения №12 «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у пациентов, проживающих в районе обслуживания медицинской организации», актуальным на 25.03.25 г.

**Общая заболеваемость девушек в возрасте 15–17 лет
в федеральных округах страны и в целом по Российской Федерации за 2020–2024 гг.
(на 100 000 девушек соответствующего возраста)**

РФ и федеральные округа	2020	2021	2022	2023	2024	2020/2024, %
Российская Федерация	222 991,2	243 375,9	254 575,2	250 881,8	256 836,8	+15,2
Центральный	203 785,9	226 041,3	237 952,8	234 322,0	236 458,2	+16,0
Северо-Западный	267 974,6	305 862,6	333 884,3	324 071,4	350 778,1	+30,9
Южный	213 789,3	226 566,5	234 833,8	228 872,4	234 374,2	+9,6
Северо-Кавказский	169 524,4	167 826,4	169 170,7	169 470,5	168 968,8	-0,3
Приволжский	252 933,3	275 199,3	283 081,5	384 441,6	290 985,5	+15,0
Уральский	233 425,1	260 836,5	277 756,2	260 047,8	272 715,0	+16,8
Сибирский	219 390,4	244 614,3	248 993,3	237 390,5	253 479,6	+15,5
Дальневосточный	225 227,1	236 691,3	260 405,9	261 538,7	256 732,7	+14,0

Источник: составлено авторами по данным годовой отчетной формы федерального статистического наблюдения №12 «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у пациентов, проживающих в районе обслуживания медицинской организации», актуальным на 25.03.25 г.

В 2024 г. показатель общей заболеваемости девушек в возрасте 15–17 лет выше среднероссийского показателя был зарегистрирован в трёх федеральных округах: Северо-Западном (на 36,6%), Приволжском (на 13,3%) и Уральском (на 6,2%). В остальных федеральных округах показатель был ниже среднероссийского: в Дальневосточном – на 0,04%, Сибирском – на 1,3%, Центральном – на 7,9%, Южном – на 8,7% и Северо-Кавказском – в 1,5 раза.

В динамике за 2020–2024 гг. показатель общей заболеваемости почти во всех федеральных округах вырос от 9,6% (Южный федеральный округ) до 30,9% (Северо-Западный федеральный округ). В Северо-Кавказском федеральном округе отмечается тенденция снижения уровня общей заболеваемости (на 0,3%) (таблица 2).

В структуре общей заболеваемости девушек в возрасте 15–17 лет в Российской Федерации (2024 г.) первое место занимают болезни органов дыхания (37,3%), второе – болезни глаза и его придаточного аппарата (11,0%), третье – болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (7,7%), четвёртое – болезни органов пищеварения (6,5%) и болезни мочеполовой системы (6,5%), пятое – болезни нервной системы (5,4%), шестое – болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ (5,3%).

Среди болезней эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ особо значимое место у девушек занимает ожирение. В 2024 г. в этом классе болезней ожирение занимало второе место (27,8%) после болезней щитовидной железы.

Ожирение является актуальной проблемой современного общества, что в первую очередь определяется ростом заболеваемости. Важно, что ожирение в детском и подростковом возрасте оказывает неблагоприятное влияние на физическое и психосоциальное здоровье как в краткосрочной, так и долгосрочной перспективе и является фактором риска развития сердечно-сосудистых заболеваний и метаболических нарушений [6].

Показатель общей заболеваемости ожирением девушек в возрасте 15–17 лет в 2024 г. в Российской Федерации составил 3 797,5 на 100 000 соответствующего населения. В пяти федеральных округах заболеваемость была выше среднероссийского показателя: Приволжском (4 434,8 на 100 000 соответствующего населения, что выше среднероссийского показателя на 16,8%), Северо-Западном (4 333,8 на 100 000 соответствующего населения, что выше среднероссийского показателя на 14,1%), Сибирском (4 169,3 на 100 000 соответствующего населения, что выше среднероссийского показателя на 9,8%), Уральском (4 028,6 на 100 000 соответствующего населения, что выше среднероссийского показателя на 6,1%) и Южном (3 887,7 на 100 000 соответствующего населения, что немного выше среднероссийского показателя на 0,1%) (таблица 3).

Минимальные показатели отмечались в Северо-Кавказском (2 622,2 на 100 000 соответствующего населения, что ниже среднероссийского показателя в 1,4 раза) и Дальневосточном (2 736,2 на 100 000 соответствующего населения, что ниже среднероссийского показателя в 1,4 раза) федеральных округах.

Таблица 3

**Общая заболеваемость ожирением девушек в возрасте 15–17 лет
в федеральных округах страны и в целом по Российской Федерации за 2020–2024 гг.
(на 100 000 девушек соответствующего возраста)**

РФ и федеральные округа	2020	2021	2022	2023	2024	2020/2024, %
Российская Федерация	3 259,9	3 541,7	3 651,6	3 671,6	3 797,5	+16,5
Центральный	2 984,1	3 321,6	3 398,3	3 474,0	3 484,6	+16,8
Северо-Западный	4 022,6	4 345,9	4 382,2	4 309,1	4 333,8	+7,7
Южный	3 959,0	4 206,3	4 179,7	3 991,6	3 887,7	-1,8
Северо-Кавказский	1 873,9	2 059,8	2 440,4	2 390,5	2 622,2	+39,9
Приволжский	3 775,5	3 985,0	4 066,0	4 188,3	4 434,8	+17,5
Уральский	3 034,5	3 534,7	3 716,9	3 812,6	4 028,6	+32,8
Сибирский	3 444,8	3 768,7	3 877,2	3 947,9	4 169,3	+21,0
Дальневосточный	2 393,3	2 436,6	2 610,4	2 486,5	2 736,2	+14,3

Источник: составлено авторами по данным годовой отчетной формы федерального статистического наблюдения №12 «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у пациентов, проживающих в районе обслуживания медицинской организации», актуальным на 25.03.25 г.

В динамике за 2020–2024 гг. общая заболеваемость ожирением девушек в возрасте 15–17 лет в Российской Федерации выросла с 3 259,9 до 3 797,5 на 100 000 соответствующего населения, то есть на 16,5%. Тенденция роста показателя наблюдается почти во всех федеральных округах (исключение составляет Южный федеральный округ, где показатель общей заболеваемости ожирением девушек в возрасте 15–17 лет снизился с 3 959,0 до 3 887,7 на 100 000 соответствующего населения, то есть на 1,8%); в Северо-Кавказском (рост показателя с 1 873,9 до 2 622,2 на 100 000 населения, то есть на 39,9%); Уральском (рост показателя с 3 034,5 до 4 028,6 на 100 000 соответствующего населения, то есть на 32,8%); Сибирском (рост показателя с 3 444,8 до 4 169,3 на 100 000 соответствующего населения, то есть на 21,0%); Приволжском (рост показателя с 3 775,5 до 4 434,8 на 100 000 соответствующего населения в 2024 г., то есть на 17,5%); Центральном (рост показателя с 2 984,1 до 3 484,6 на 100 000 соответствующего населения, то есть на 16,8%); Дальневосточном (рост показателя с 2 393,3 до 2 736,2 на 100 000 соответствующего населения, то есть на 14,3%); Северо-Западном (рост показателя с 4 022,6 до 4 333,8 на 100 000 соответствующего населения, то есть на 7,7%).

Интересно, что ежегодно общая заболеваемость ожирением девушек была выше заболеваемости юношей. Так, в 2020 г. заболеваемость девушек составила 3 259,9 против 2 784,0 юношей, то есть выше на 17%; в 2021 г.: 3 541,7 против 3 115,7, то есть выше на 13,7%; в 2022 г.: 3 651,6 против 3 403,4, то есть выше на 7,3%; в 2023 г.:

3 671,6 против 3 540,0, то есть выше на 3,7%. Ряд исследователей отметили, что показатели общей заболеваемости ожирением девушек были выше, чем юношей, причем эта разница постепенно сокращалась [7–8]. По данным статистики, в 2024 г. общая заболеваемость ожирением девушек (3 797,5 на 100 000 соответствующего населения) стала ниже, чем юношей (3 800,6 на 100 000 соответствующего населения) на 0,1%.

Сравнительный анализ общей заболеваемости ожирением девушек и юношей в возрасте 15–17 лет в Российской Федерации в целом за 2020–2024 гг. показал, что у девушек этот показатель вырос на 16,5% (с 3 259,9 на 100 000 соответствующего населения в 2020 г. до 3 797,5 в 2024 г.), а у юношей – на 36,5% (с 2 784,0 на 100 000 соответствующего населения в 2020 г. до 3 800,6 в 2024 г.).

Повышенный индекс массы тела (ИМТ), особенно в подростковом возрасте, ассоциирован с более высоким риском многих негативных последствий для здоровья, включая метаболические нарушения, такие как повышенный уровень глюкозы натощак, нарушение толерантности к глюкозе, сахарный диабет второго типа [9].

Сахарный диабет является быстрорастущим хроническим заболеванием, которое оказывает значительное негативное влияние на физическое, психологическое, социальное и профессиональное функционирование, качество жизни и увеличивает смертность [10].

В динамике за 2020–2024 гг. общая заболеваемость сахарным диабетом первого типа среди девушек в возрасте 15–17 лет в Российской

Федерации выросла с 308,2 до 382,9 на 100 000 соответствующего населения, то есть на 124,2%. В двух федеральных округах заболеваемость была выше среднероссийского показателя: Северо-Западном (531,3 на 100 000 соответствующего населения, что выше среднероссийского показателя на 38,8%) и Центральном (415,0 на 100 000 соответствующего населения, что выше среднероссийского показателя на 8,4%). Минимальные показатели отмечались в Северо-Кавказском (258,9 на 100 000 соответствующего населения, что ниже среднероссийского показателя на 32,4%) и Дальневосточном (307,5 на 100 000 соответствующего населения, что ниже среднероссийского показателя на 19,7%) федеральных округах. Тенденция роста показателя наблюдается почти во всех федеральных округах (исключение составляет Дальневосточный федеральный округ, где показатель общей заболеваемости сахарным диабетом первого типа среди девушек в возрасте 15–17 лет снизился с 308,6 на 100 000 соответствующего населения в 2020 г. до 307,5 в 2024 г., то есть на 0,4%): Северо-Кавказском (рост показателя с 129,0 до 258,9 на 100 000 соответствующего населения, то есть в 2 раза); Северо-Западном (рост показателя с 401,5 до 531,63 на 100 000 соответствующего населения, то есть на 32,3%); Южном (рост показателя с 294,3 до 381,8 на 100 000 соответствующего населения, то есть на 29,7%); Приволжском (рост показателя с 302,2 до 376,1 на 100 000 соответствующего населения, то есть на 24,5%); Центральном (рост показателя с 334,0 до 415,0

на 100 000 соответствующего населения, то есть на 24,3%); Сибирском (рост показателя с 314,6 до 362,1 на 100 000 соответствующего населения, то есть на 15,1%), Уральском (рост показателя с 350,5 до 381,6 на 100 000 соответствующего населения, то есть на 8,9%) (таблица 4).

Показатель общей заболеваемости сахарным диабетом второго типа среди девушек в возрасте 15–17 лет в 2024 г. в Российской Федерации составил 10,6 на 100 000 соответствующего населения. В пяти федеральных округах заболеваемость была выше среднероссийского показателя: Дальневосточном (23,3 на 100 000 соответствующего населения, что выше среднероссийского показателя в 2,2 раза), Северо-Западном (14,0 на 100 000 соответствующего населения, что выше среднероссийского показателя на 32,1%); Сибирском (13,2 на 100 000 соответствующего населения, что выше среднероссийского показателя на 24,5%); Приволжском (12,3 на 100 000 соответствующего населения, что выше среднероссийского показателя на 16,0%); Уральском (12,2 на 100 000 соответствующего населения, что выше среднероссийского показателя на 15,1%). Минимальные показатели отмечались в Северо-Кавказском (1,8 на 100 000 соответствующего населения, что ниже среднероссийского показателя в 9,4 раза), Южном (7,0 на 100 000 соответствующего населения, что ниже среднероссийского показателя в 1,5 раза); Центральном (8,0 на 100 000 соответствующего населения, что ниже среднероссийского показателя на 24,5%) федеральных округах.

Таблица 4

Общая заболеваемость сахарным диабетом первого типа у девушек в возрасте 15–17 лет в федеральных округах страны и в целом по Российской Федерации за 2020–2024 гг. (на 100 000 девушек соответствующего возраста)

РФ и федеральные округа	2020	2021	2022	2023	2024	2020/2024, %. разы
РФ	308,2	323,6	341,8	358,8	382,9	+24,2
Центральный	334,0	344,3	366,2	385,4	415,0	+24,3
Северо-Западный	401,5	442,2	484,8	516,6	531,3	+32,3
Южный	294,3	329,1	348,7	348,7	381,8	+29,7
Северо-Кавказский	129,0	167,8	180,6	233,4	258,9	+2 раза
Приволжский	302,2	320,7	326,6	350,6	376,1	+24,5
Уральский	350,5	357,0	389,7	371,7	381,6	+8,9
Сибирский	314,6	311,0	334,0	343,9	362,1	+15,1
Дальневосточный	308,6	282,2	270,1	283,3	307,5	-0,4

Источник: составлено авторами по данным годовой отчетной формы федерального статистического наблюдения №12 «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у пациентов, проживающих в районе обслуживания медицинской организации», актуальным на 25.03.25 г.

Таблица 5

Общая заболеваемость сахарным диабетом второго типа девушек в возрасте 15–17 лет в федеральных округах страны и в целом по Российской Федерации за 2020–2024 гг. (на 100 000 девушек соответствующего возраста)

РФ и федеральные округа	2020	2021	2022	2023	2024	2020/2024, %, разы
РФ	7,1	8,4	9,2	10,9	10,6	+1,5 раза
Центральный	7,5	5,6	7,1	10,3	8,0	+6,7
Северо-Западный	14,0	18,0	14,9	15,7	14,0	0
Южный	4,6	7,3	7,1	4,5	7,0	+1,5 раза
Северо-Кавказский	2,5	9,4	8,3	7,5	1,8	-28,0
Приволжский	9,1	6,3	7,9	8,1	12,3	+35,2
Уральский	8,4	8,8	8,6	7,2	12,2	+45,2
Сибирский	3,7	10,8	14,3	15,3	13,2	+3,6 раза
Дальневосточный	5,2	7,4	10,3	30,1	23,3	+4,5 раза

Источник: составлено авторами по данным годовой отчетной формы федерального статистического наблюдения №12 «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у пациентов, проживающих в районе обслуживания медицинской организации», актуальным на 25.03.25 г.

В динамике за 2020–2024 гг. общая заболеваемость сахарным диабетом второго типа среди девушек в возрасте 15–17 лет в Российской Федерации выросла с 7,1 до 10,6 на 100 000 соответствующего населения, то есть в полтора раза. Тенденция роста показателя наблюдается почти во всех федеральных округах (исключение составляет Северо-Кавказский федеральный округ, где показатель общей заболеваемости сахарным диабетом второго типа среди девушек в возрасте 15–17 лет снизился с 2,5 до 1,8 на 100 000 соответствующего населения, то есть на 28,0%): Дальневосточном (рост показателя с 5,2 до 23,3 на 100 000 населения, то есть в 4,5 раза); Сибирском (рост показателя с 3,7 до 13,2 на 100 000 соответствующего населения, то есть в 3,6 раза); Южном (рост показателя с 4,6 до 7,0 на 100 000 соответствующего населения, то есть в полтора раза); Уральском (рост показателя с 8,4 до 12,2 на 100 000 соответствующего населения, то есть на 45,2%); Приволжском (рост показателя с 9,1 до 12,3 на 100 000 соответствующего населения, то есть на 35,2%), Центральном (рост показателя с 7,5 до 8,0 на 100 000 соответствующего населения, то есть на 6,7%). В Северо-Западном федеральном округе показатель – 14,0 на 100 000 соответствующего населения – за исследуемый период не изменился (таблица 5).

Избыточная масса тела может оказывать негативное влияние на репродуктивную систему девушек в возрастной группе 15–17 лет [11]. Одним из основных критериев оценки репродуктивного

здоровья девушек является гинекологическая заболеваемость.

Первое место в структуре гинекологической заболеваемости занимают расстройства менструаций (71%). Высокая соматическая заболеваемость у девушек не может не отразиться на становлении менструальной функции, которая является важнейшим критерием благополучия репродуктивного здоровья [12–16]. За 2020–2024 гг. частота расстройств менструаций у девушек в возрасте 15–17 лет в Российской Федерации увеличилась на 36,9% (2020 г. – 5 135,6 на 100 000 соответствующего населения; 2021 г. – 5 910,5 на 100 000 соответствующего населения; 2022 г. – 6 164,7 на 100 000 соответствующего населения; 2023 г. – 6 536,8 на 100 000 соответствующего населения; 2024 г. – 7 029,6 на 100 000 соответствующего населения).

На втором месте – воспалительные болезни женских тазовых органов (26%). За пять последних лет частота воспалительных болезней женских тазовых органов снизилась на 21,9% (2020 г. – 3 297,1 на 100 000 соответствующего населения; 2021 г. – 3 301,6 на 100 000 соответствующего населения; 2022 г. – 3 115,5 на 100 000 соответствующего населения; 2023 г. – 2 809,9 на 100 000 соответствующего населения; 2024 г. – 2 574,9 на 100 000 соответствующего населения), из них: частота сальпингита и оофорита уменьшилась в 1,7 раз (2020 г. – 472,5 на 100 000 соответствующего населения; 2021 г. – 440,7 на 100 000 соответствующего населения; 2022 г. – 367,9 на 100 000 соответствующего населения;

2023 г. – 318,2 на 100 000 соответствующего населения; 2024 г. – 281,0 на 100 000 соответствующего населения).

Третье место в структуре гинекологической заболеваемости у девушек в возрасте 15–17 лет в Российской Федерации в 2024 г. принадлежит эрозии и эктропиону шейки матки (1,5%), частота которых за 2020–2024 гг. снизилась в 2 раза (2020 г. – 297,2 на 100 000 соответствующего населения; 2021 г. – 278,3 на 100 000 соответствующего населения; 2022 г. – 232,5 на 100 000 соответствующего населения; 2023 г. – 170,4 на 100 000 соответствующего населения; 2024 г. – 144,6 на 100 000 соответствующего населения).

Четвертое место принадлежит доброкачественной дисплазии молочной железы (1,4%). Пятое место занимает эндометриоз, частота которого за пять последних лет снизилась на 29,5% (2020 г. – 21,7 на 100 000 соответствующего населения; 2021 г. – 26,3 на 100 000 соответствующего населения; 2022 г. – 21,7 на 100 000 соответствующего населения; 2023 г. – 16,4 на 100 000 соответствующего населения; 2024 г. – 15,3 на 100 000 соответствующего населения).

ОБСУЖДЕНИЕ

Современная диагностика и лечение гинекологических заболеваний у девушек необходимы для последующей реализации репродуктивного потенциала в условиях демографического кризиса.

В результате проводимых в Российской Федерации мероприятий сохраняется стойкая тенденция к снижению числа аборт. По данным сборника общее число аборт у девушек в возрастной группе 15–17 лет снизилось на 19,6% [17].

Улучшается качество профилактических осмотров девушек возрастной группы 15–17 лет акушером-гинекологом с целью сохранения их репродуктивного здоровья. За исследуемый

период увеличился охват профилактическими осмотрами девушек возрастной группы 15–17 лет с целью оценки их репродуктивного здоровья (с 70,2 до 97,4%) (таблица 6). У 5% девушек были выявлены те или иные отклонения, связанные с нарушением функции репродуктивной системы (5,7% в 2020 г.). Увеличилась доля девушек в возрасте 15–17 лет, направленных на лечение (с 64,3% в 2021 г. до 80,9% в 2024 г.), и доля девушек, пролеченных из направленных (с 93,3% в 2021 г. до 94,1% в 2024 г.).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В динамике за 2020–2024 гг. общая заболеваемость девушек в возрасте 15–17 лет увеличилась с 222 991,2 до 256 836,8 на 100 000 соответствующего населения, то есть на 15,2%. Рост общей заболеваемости произошел за счет почти всех классов заболеваемости. В структуре общей заболеваемости (2024 г.) первые три места заняли болезни органов дыхания (37,3%); болезни глаза и его придаточного аппарата (11,0%); болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (7,7%), четвертое место – болезни органов пищеварения (6,5%) и болезни мочеполовой системы (6,5%), пятое – болезни нервной системы (5,4%), шестое – болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ» (5,3%). Среди отдельных нозологий отмечается рост общей заболеваемости ожирением на 16,5%; сахарным диабетом первого типа – на 24,2%; сахарным диабетом второго типа – в полтора раза. Расстройства менструаций занимают первое место (71%) в структуре гинекологической заболеваемости. Имеется тенденция снижения числа аборт (на 19,6%). Учитывая стратегическую важность изучаемой возрастной группы девушек как основы формирования здоровья нации в ближайшем будущем,

Таблица 6

Профилактические осмотры девушек в возрасте 15–17 лет акушером-гинекологом с целью сохранения их репродуктивного здоровья в Российской Федерации за 2020–2024 гг.

Показатели	2020	2021	2022	2023	2024
Охват проф. осмотрами (в %)	70,2	89,9	93,3	95,6	97,4
Выявленные патологии у осмотренных (в %)	5,7	6,1	5,3	5,7	5,0
% девушек, направленных на лечение	нет данных	64,3	72,6	70,5	80,9
% пролеченных из направленных на лечение	нет данных	93,3	93,0	94,7	94,1

Источник: составлено авторами по данным годовой отчетной формы федерального статистического наблюдения №30 «Сведения о медицинской организации», актуальным на 25.03.25 г.

сохранение и укрепление их здоровья является первостепенной задачей. Ее реализация требует разработки необходимых мер по лечению заболеваний, диспансерному наблюдению за девушками с хроническими заболеваниями,

а также проведению профилактических мероприятий, включая применение современных клинических рекомендаций, внедрение передового мирового опыта, а также пропаганду здорового образа жизни.

ЛИТЕРАТУРА

1. Огрызко Е.В. Анализ заболеваемости детей Российской Федерации в возрасте 15–17 лет. *Здравоохранение Российской Федерации*. 2008; 4: 16–18.
2. Ступак В.С., Соколовская Т.А., Лемешченко О.В., Дорофеев А.Л. Общая заболеваемость подростков 15–17 лет с учетом классов болезней и регионального компонента в 2010–2018 годах на территории Российской Федерации // Научно-практический рецензируемый журнал «Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики». – 2020. – № 4. – URL: <https://healthproblem.ru/magazines?text=552> (Дата обращения: 10.07.2025).
3. Руголь Л.В., Поликарпов А.В., Голубев Н.А., Огрызко Е.В. Анализ общей заболеваемости сельского населения Дальневосточного федерального округа. *Профилактическая медицина*. 2023; 26(9): 39–48. <https://doi.org/10.17116/profmed.20232609139>
4. Бантьева М.Н., Маношкина Е.М., Матвеев Э.Н. Динамика заболеваемости и ее хронизации у девушек в Российской Федерации. *Клиническая медицина и фармакология*. 2020; 5(4): 57–65. <https://doi.org/10.12737/2409-3750-2020-5-4-57-65>
5. Бантьева М.Н., Маношкина Е.М., Матвеев Э.Н. Динамика заболеваемости у девушек 15–17 лет в Российской Федерации. *Российский вестник перинатологии*. 2020; 65(3): 100–108. DOI:10.21508/1027-4065-2020-100-105
6. Огрызко Е.В., Шелепова Е.А., Тюрина Е.М. Статистика ожирения у детей в Российской Федерации за 2014–2018 годы. *Менеджер здравоохранения*. 2020; 4: 37–42.
7. Миргородская О.В., Голубев Н.А., Огрызко Е.В., Шелепова Е.А. Заболеваемость ожирением у детей в возрасте 0–17 лет в Российской Федерации в период с 2018 по 2023 год. *Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики*. 2024; 3: 236–251. DOI 10.24412/2312-2935-2024-3-236-251
8. Панов И.С., Алымов Д.И., Симонова В.Г. Эпидемиологическое исследование общей и первичной заболеваемости ожирением детей в возрасте от 0 до 17 лет в российской Федерации и ее округах в период с 2018 по 2023 год. *Международный студенческий научный вестник*. – 2024. – № 6. – URL: <https://educherald.ru/ru/article/view?id=21653> (Дата обращения: 12.07.2025). DOI: <https://doi.org/10.17513/msns.21653>
9. Ciona M., Patodia Y, Tong L., Clui H.H. et al. The prevalence of obesity among children with type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Netw. Open*. 2022; 5(12): e 2247186. DOI:10.1001/jamanet-workopen.2022.47186
10. Казаковцев Б.А., Сидорюк О.В., Голубев Н.А., Огрызко Е.В. Сахарный диабет и психические расстройства. *Эпидемиология и коморбидность. Психическое здоровье*. 2022; 17(6): 3–11.
11. Веретехина Т.В., Ярмолинская М.Ч. Ожирение у подростков. *Женское здоровье и репродукция*. 2024; 1(62). – URL: <https://journalgynecology.ru/statyi/ozhie-renie-u-podrostkov> (Дата обращения: 29.07.2025). DOI: 10.31550/2172-8598-2024-1-1-ZnZin.
12. Орлова В.С., Калашникова И.В., Моцная О.В. Эпидемиология нарушений менструальной функции девушек-подростков на популяционном уровне на примере Белгородской области. *Журнал акушерства и женских болезней*. 2009. Т. LVIII. № 3. С. 67–74.
13. Тулупова М.С., Хамошина М.Б., Календжян А.С., Чотчаева А.И., Пастаник А.Ю. Гинекологическая заболеваемость и репродуктивные потери в России в первой декаде XXI века. *Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Медицина*. 2011; (S5): 280–283.
14. Паренкова И.А., Короткова С.А., Полякова Е.И., Моксякова Е.Г., Тургунова Г.М., Осипова Г.Т., Сибирская Е.В. Анализ гинекологической заболеваемости детей и подростков в аспекте повышения качества медицинской помощи. *Акушерство и гинекология*. 2020.
15. Сибирская Е.В., Торубаров С.Ф., Бурханская Е.Д., Бдо-як В.В., Волкова Е.А., Папаян Л.Г., Аббасова Г.Н. Репродуктивное здоровье девушек и девочек Московской области. Перспективы развития специализированной помощи. *Проблемы репродукции*. 2024; 30(4): 12–18. DOI: 10.17116/repro202430004P2
16. Сибирская Е.В., Торубаров С.Ф., Бурханская Е.Д., Аббасова Г.Н., Папаян Л.Г. Аналитический обзор состояния здоровья девочек и девушек Московской области. Анализ работы. *Эффективная фармако-терапия*. 2023; 19(7): 40–47. DOI: 10.33978/2307-3586-2023-19-7-40-47
17. Основные показатели здоровья матери и ребенка, деятельность службы охраны детства и родовспоможения в Российской Федерации: статистические материалы / И.А. Деев, О.С. Кобякова, В.И. Стародубов, Г.А. Александрова, Н.А. Голубев, Д.А. Кучерявая, О.В. Миргородская, Е.В. Огрызко, А.В. Поликарпов, В.С. Ступак, Е.А. Шелепова и др. М.: ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России, 2025. 173 с.

REFERENCES

1. Ogrzyzko E.V. Morbidity analysis of children of the Russian Federation aged 15–17 years. *Healthcare of the Russian Federation*. 2008; 4: 16–18.
2. Stupak V.S., Sokolovskaya T.A., Lemeshchenko O.V., Dorofeev A.L. Overall morbidity of adolescents aged 15–17 years, taking into account disease classes and

- the regional component in 2010–2018 in the territory of the Russian Federation//Scientific and practical peer-reviewed journal «Modern problems of healthcare and medical statistics». – 2020. – № 4. – URL: <https://healthproblem.ru/magazines?text=552> (Accessed: 07/10/2025).
3. Rugol L.V., Polikarpov A.V., Golubev N.A., Ogryzko E.V. Analysis of the general morbidity of the rural population of the Far Eastern Federal District. Preventive medicine. 2023; 26(9): 39–48. <https://doi.org/10.17116/profmed.20232609139>
 4. Bantyeva M.N., Manoshkina E.M., Matveev E.N. The dynamics of morbidity and its chronicity in girls in the Russian Federation. Clinical medicine and pharmacology. 2020; 5(4): 57–65. <https://doi.org/10.12737/2409-3750-2020-5-4-57-65>
 5. Bantyeva M.N., Manoshkina E.M., Matveev E.N. The dynamics of morbidity among girls aged 15–17 in the Russian Federation. Russian Bulletin of Perinatology. 2020; 65(3): 100–108. DOI: 10.21508/1027-4065-2020-100-105
 6. Ogryzko E.V., Shelepova E.A., Tyurina E.M. Statistics of childhood obesity in the Russian Federation for 2014–2018. Manager Zdravoohraneniya. 2020; 4: 37–42.
 7. Mirgorodskaya O.V., Golubev N.A., Ogryzko E.V., Shelepova E.A. The incidence of obesity in children aged 0–17 years in the Russian Federation in the period from 2018 to 2023. Modern problems of healthcare and medical statistics. 2024; 3: 236–251. DOI 10.24412/2312-2935-2024-3-236-251
 8. Panov I.S., Alymov D.I., Simonova V.G. Epidemiological study of the general and primary morbidity of obesity in children aged 0 to 17 years in the Russian Federation and its districts in the period from 2018 to 2023. International Student Scientific Bulletin. – 2024. – No. 6. – URL: <https://educherald.ru/ru/article/view?id=21653> (date of request: 07/12/2025). DOI: <https://doi.org/10.17513/msns.21653>
 9. Ciona M., Patodia Y, Tong L., Clui H.H. et al. The prevalence of obesity among children with type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. JAMA Netw.Open. 2022; 5(12): e2247186. DOI:10.1001/jamanetworkopen.2022.47186
 10. Kazakovtsev B.A., Sidoryuk O.V., Golubev N.A., Ogryzko E.V. Diabetes mellitus and mental disorders.

Epidemiology and comorbidity. Mental health. 2022; 17(6): 3–11.

11. Veretekhina T.V., Yarmolinskaya M.H. Obesity in adolescents. Women's health and reproduction. 2024; 1(62). – URL: <https://journalgynecology.ru/statyi/ozhichenie-u-podrostkov> (Accessed: 07/29/2025). DOI: 10.31550/2172-8598-2024-1-1-ZnZin.
12. Orlova V.S., Kalashnikova I.V., Motsnaya O.V. Epidemiology of menstrual disorders in adolescent girls at the population level on the example of the Belgorod region. Journal of Obstetrics and Women's Diseases. 2009. Vol. LVIII. No. 3. P. 67–74.
13. Tulupova M.S., Khamoshina M.B., Kalendzhyan A.S., Chotchaeva A.I., Pastanik A.Yu. Gynecological morbidity and reproductive losses in Russia in the first decade of the XXI century. Bulletin of the Peoples' Friendship University of Russia. Series: Medicine. 2011; (S5): 280–283.
14. Parenkova I.A., Korotkova S.A., Polyakova E.I., Moksyakova E.G., Turgunova G.M., Osipova G.T., Sibirskaia E.V. Analysis of gynecological morbidity in children and adolescents in terms of improving the quality of medical care. Obstetrics and gynecology. 2020.
15. Sibirskaia E.V., Torubarov S.F., Burkhanskaya E.D., Bdoyak V.V., Volkova E.A., Papayan L.G., Abbasova G.N. Reproductive health of girls and girls of the Moscow region. Prospects for the development of specialized care. Problems of reproduction. 2024; 30(4): 12–18. DOI: 10.17116/repro202430004P2
16. Sibirskaia E.V., Torubarov S.F., Burkhanskaya E.D., Abbasova G.N., Papayan L.G. An analytical review of the health status of girls and girls in the Moscow region. Job analysis. Effective pharmacotherapy. 2023; 19(7): 40–47. DOI: 10.33978/2307-3586-2023-19-7-40-47
17. The main indicators of maternal and child health, the activities of the child protection and maternity services in the Russian Federation: statistical materials / I.A. Deev, O.S. Kobayakova, V.I. Starodubov, G.A. Alexandrova, N.A. Golubev, D.A. Kucheryavaya, O.V. Mirgorodskaya, E.V. Ogryzko, A.V. Polikarpov, V.S. Stupak, E.A. Shelepova et al. Moscow: FSBI «TSNIIOIZ» Ministry of Health of Russia, 2025. 173 p.

ES

Tasa de morbilidad general en niñas de 15 a 17 años en la Federación de Rusia, 2020–2024

Yu.I. Oskov, E.A. Shelepova, E.V. Ogryzko

Anotación

Introducción. Uno de los parámetros más importantes que caracterizan la salud de la población es la tasa de morbilidad general. La salud de los niños, y especialmente de los adolescentes, determina la salud de la nación en el futuro próximo, por lo que su preservación y mejora requieren la máxima atención. **El objetivo del estudio:** Analizar la tasa de morbilidad general en niñas de 15 a 17 años en la Federación de Rusia durante el período 2020–2024. **Materiales y métodos.** Se utilizaron datos de los formularios de informe anual de la observación estadística federal n.º 12 «Información sobre el número de enfermedades registradas en pacientes que residen en el área de servicio de una organización médica» y n.º 30 «Información sobre una organización médica» para el período 2020–2024. Se emplearon métodos estadísticos y analíticos. **Resultados.** En la dinámica de los últimos cinco años, la morbilidad general entre las niñas de 15 a 17 años ha aumentado un 15,2%. El aumento de la morbilidad general se debió a casi todas las clases de morbilidad. En la estructura de la morbilidad general (2024),

FR

Taux de morbidité global chez les filles de 15 à 17 ans en Fédération de Russie, 2020–2024

Yu.I. Oskov, E.A. Shelepova, E.V. Ogryzko

Annotation

Introduction. Le taux de morbidité global est un paramètre essentiel de l'état de santé d'une population. La santé des enfants, et plus particulièrement des adolescents, conditionne la santé de la nation à court terme; sa préservation et son amélioration requièrent donc une attention toute particulière. **Objectif de l'étude:** Analyser le taux de morbidité global chez les filles de 15 à 17 ans en Fédération de Russie pour la période 2020–2024. **Matériel et méthodes.** Les données proviennent des formulaires de déclaration annuels des observations statistiques fédérales n° 12 «Informations sur le nombre de maladies enregistrées chez les patients résidant dans la zone de desserte d'un établissement de santé» et n° 30 «Informations sur un établissement de santé» pour la période 2020–2024. Des méthodes statistiques et analytiques ont été utilisées. **Résultats.** Au cours des cinq dernières années, la morbidité globale chez les filles de 15 à 17 ans a augmenté de 15,2%. Cette hausse est imputable à la quasi-totalité des catégories de morbidité. En 2024, les trois premières causes de morbidité

los tres primeros lugares fueron ocupados por enfermedades del sistema respiratorio (37,3%); enfermedades del ojo y sus anexos (11,0%); enfermedades del sistema musculoesquelético y del tejido conectivo (7,7%). Entre las nosologías individuales, se observa un aumento en la incidencia general de la obesidad en un 16,5%; diabetes mellitus tipo 1, en un 24,2%; diabetes mellitus tipo 2, en una vez y media. Los trastornos menstruales ocupan el primer lugar (71%) en la estructura de la morbilidad ginecológica. Hay una tendencia a disminuir el número de abortos (en un 19,6%). *Conclusión.* Mantener y mejorar la salud de las niñas de 15 a 17 años, como base de la salud nacional en el futuro próximo, requiere el desarrollo de las medidas necesarias para el tratamiento de enfermedades, el seguimiento clínico de las niñas con enfermedades crónicas y medidas preventivas, incluyendo la aplicación de guías clínicas modernas, la implementación de las mejores prácticas internacionales y la promoción de un estilo de vida saludable.

Palabras clave: morbilidad general, niñas, dinámica, obesidad, diabetes, ginecología, exámenes preventivos.

étaient les maladies de l'appareil respiratoire (37,3%), les maladies de l'œil et de ses annexes (11,0%) et les maladies de l'appareil locomoteur et du tissu conjonctif (7,7%). Parmi les pathologies individuelles, on observe une augmentation de l'incidence globale de l'obésité de 16,5%, du diabète de type 1 de 24,2% et du diabète de type 2 d'une fois et demie. Les troubles menstruels représentent la principale cause de morbidité gynécologique (71%). On constate une tendance à la baisse du nombre d'avortements (de 19,6%). *Conclusion.* Maintenir et améliorer la santé des jeunes filles de 15 à 17 ans, fondement de la santé nationale à court terme, exige la mise en place de mesures adaptées au traitement des maladies, au suivi clinique des jeunes filles atteintes de maladies chroniques et à la prévention. Ces mesures incluent l'application des recommandations cliniques modernes, la mise en œuvre des meilleures pratiques internationales et la promotion d'un mode de vie sain.

Mots clés: morbidité générale, jeunes filles, dynamique, obésité, diabète, gynécologie, examens préventifs.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ / ABOUT THE AUTHORS

Оськов Юрий Иванович – главный специалист управления статистики, ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва, Россия.

Yuri I. Oskov – Chief Specialist, Department of Statistics, Russian Research Institute of Health, Moscow, Russia.

E-mail: oskovyji@mail.ru, ORCID: 0000-0002-3659-2699, SPIN-код: 3844-5047

Шелепова Екатерина Александровна – заместитель начальника управления статистики, ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва, Россия.

Ekaterina A. Shelepova – Deputy Head, Department of Statistics, Russian Research Institute of Health, Moscow, Russia.

E-mail: shelepova@mednet.ru, ORCID: 0000-0002-6272-3963, SPIN-код: 8718-5352

Огрызко Елена Вячеславовна – доктор медицинских наук, главный специалист управления статистики, ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва, Россия.

Elena V. Ogryzko – Grand PhD in Medical sciences, Chief Specialist, Department of Statistics, Russian Research Institute of Health, Moscow, Russia.

E-mail: ogrev@mednet.ru, ORCID: 0000-0002-7653-3191, SPIN-код: 2007-7857

НОВОСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

РОССИЯ ДЕМОНИСТРИРУЕТ УСТОЙЧИВЫЙ ПРОГРЕСС В БОРЬБЕ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

Как отметил глава Минздрава России Михаил Альбертович Мурашко: «Выстроенная система мер по борьбе с распространением ВИЧ-инфекции демонстрирует свою эффективность и стратегическую обоснованность. Достойное качество жизни пациентов с ВИЧ – безусловный приоритет государства».

В России ведется непрерывная работа по совершенствованию возможностей оказания высокотехнологичной специализированной помощи, а также по расширению мер медико-социальной поддержки пациентов. Министр указал на положительные тенденции в борьбе с ВИЧ-инфекцией: «Сохраняется ежегодный тренд снижения числа новых случаев заболевания: в 2024 г. оно составило чуть менее 48,5 тыс. без учета новых регионов, что на 11% меньше аналогичного показателя годом ранее. Охват населения страны тестированием на ВИЧ в 2024 г. увеличился до 37%». Также он сообщил, что особого внимания заслуживает работа по обеспечению лечения и контролю качества: «Лечение организуется в необходимом объеме и на персонализированной основе. Расширяется охват антиретровирусной терапией: на конец 2024 г. он составил почти 90,5%».

М.А. Мурашко подчеркнул, что важным шагом стало усиление роли Росздравнадзора в контроле организации медицинской помощи по профилю «ВИЧ-инфекция», а также запуск совместной программы Минздрава России и Российского Красного Креста.

Ключевые задачи на ближайшую перспективу:

- дальнейшее снижение заболеваемости ВИЧ-инфекцией, сокращение ее региональной дифференциации;
- активная разработка новых диагностических систем и лекарственных препаратов для терапии ВИЧ-инфекции в контексте программ импортозамещения;
- расширение цифровизации и внедрение национальных просветительских проектов.

Глава Минздрава России подчеркнул, что реализация этих задач укрепит лидерские позиции России в данной сфере и будет способствовать технологическому суверенитету государства.

Источник: Официальный telegram-канал Минздрава России.

АНАЛИЗ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ, ИНДЕКСА МАССЫ ТЕЛА И УРОВНЯ СТРЕССА У СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ

Д.П. СОЛОДУХИНА¹, В.С. КУЗЬМИНОВ¹

¹ ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Курск, Россия.

УДК 159.942:616-056.5-057.875

DOI: 10.21045/2782-1676-2025-5-4-114-121

Аннотация

Введение. На сегодняшний день избыточная масса тела является важной проблемой не только для здравоохранения, но и для общества в целом. В развитии ожирения принимают участие множество факторов, в том числе и стресс, возникающий как ответная реакция на внешние и внутренние воздействия. В работе стресс рассматривается как один из механизмов изменения пищевого поведения и массы тела. Исследование включало студентов-медиков, которые испытывают большие эмоциональные нагрузки, связанные с напряженным графиком учебы и большим объемом осваиваемого материала. **Цель исследования:** изучение особенностей пищевого поведения и эмоционально-психологического состояния студентов-медиков, а также выявление возможной взаимосвязи между уровнем стресса и индексом массы тела студентов. **Материалы и методы.** Были изучены показатели роста и массы тела участников, проведено анкетирование 322 студентов медицинского вуза с помощью опросника Reeder'a, направленного на определение уровня психологического стресса и дополненного Голландским опросным листом пищевого поведения (DEBQ). Обработка данных осуществлялась с использованием программного обеспечения Microsoft Excel 2019 и PASW Statistics 22. **Результаты.** Девушки-студентки чаще имели недостаток массы тела, тогда как студенты мужского пола больше страдали от избыточного веса. При этом среди учащихся женского пола выявлен выше и уровень стресса. Учеба является основным стрессовым фактором у студентов-медиков и может приводить к пищевым расстройствам, в частности, к снижению желания есть при раздражении, при этом тревожность, озабоченность и напряженность значительного влияния на отношение человека к приему пищи не оказывают. Коэффициент корреляции, рассчитанный методом рангов, показал отсутствие связи между уровнем стресса и ИМТ у студентов ($r=0,013$). **Заключение.** Было установлено статистически значимое различие между уровнем ИМТ и частотой возникновения желания есть при раздражении. Тем не менее, статистически значимой разницы в эмоциональном статусе респондентов с низким, нормальным и высоким ИМТ не выявлено.

Ключевые слова: стресс, тревожность, возбуждение, пищевое поведение, ожирение, индекс массы тела, студенты-медики.

Для цитирования: Солодухина Д.П., Кузьминов В.С. Анализ пищевого поведения, индекса массы тела и уровня стресса у студентов-медиков. Общественное здоровье. 2025; 5(4):114-121, DOI: 10.21045/2782-1676-2025-5-4-114-121

Контактная информация: Солодухина Дина Павловна, e-mail: solodin_kursk@mail.ru

Финансирование: исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Статья поступила в редакцию: 27.01.2025. **Статья принята к печати:** 15.08.2025. **Дата публикации:** 17.12.2025.

UDC 159.942:616-056.5-057.875

DOI: 10.21045/2782-1676-2025-5-4-114-121

ANALYSIS OF EATING BEHAVIOUR, BODY MASS INDEX AND LEVEL OF STRESS IN MEDICAL STUDENTS

D.P. Solodukhina¹, V.S. Kuzminov¹

¹ Kursk State Medical University, Kursk, Russia.

Abstract

Introduction. Today, overweight is an important problem not only for healthcare, but also for the whole society. Many factors are involved in the development of obesity, including stress, which occurs as a response to external and internal influences. In this paper, stress is considered as one of the mechanisms for changing eating behavior and body weight. The study included medical students who experience high emotional stress associated with a busy study schedule and a large amount of studied material. **The purpose of the study** is to study the peculiarities of eating behavior and the emotional and psychological state of medical students, as well as to identify a possible relationship between stress levels and body mass index of students. **Materials and methods.** The participants' height and body weight indicators were analyzed; 322 medical university students participated in the survey conducted with the use of the Reeder questionnaire, aimed at determining the level of psychological stress, and the Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ). The data was processed using Microsoft Excel 2019 and PASW Statistics 22 software. **Results.** Female students were more likely to have low body weight, while males were more likely to be overweight. At the same time, stress levels were found to be higher among females. Studying is the main stress factor for

medical students and can lead to eating disorders, in particular, to a decrease in the desire to eat when irritated, while anxiety, concern and tension do not have a significant impact on a person's attitude to food intake. Rank correlation coefficient showed no association between stress levels and BMI among students ($p=0,013$). *Conclusion.* A statistically significant difference was found between the level of BMI and the frequency of desire to eat when irritated. However, there was no statistically significant difference in the emotional status of respondents with low, normal and high BMI.

Keywords: stress, anxiety, arousal, eating behavior, obesity, body mass index, medical students.

For citation: Solodukhina D.P., Kuzminov V.S. Analysis of eating behavior, body mass index and level of stress in medical students. Public health. 2025; 5(4):114-121, DOI: 10.21045/2782-1676-2025-5-4-114-121

For correspondence: Dina P. Solodukhina, e-mail: solodin_kursk@mail.ru

Funding: the study had no sponsorship.

Conflict of interests: the authors declare that there is no conflict of interests.

Received: 27.01.2025. **Accepted:** 15.08.2025. **Published:** 17.12.2025.

Аннотации на испанском и французском языках приводятся в конце статьи

ВВЕДЕНИЕ

В настоящее время ожирение является важной медико-социальной проблемой. В Российской Федерации распространенность ожирения среди взрослого населения составляет 27,5% среди мужчин и 31,4% среди женщин [1]. К предрасполагающим факторам набора лишнего веса относятся малоподвижный образ жизни, курение, злоупотребление алкоголем. Одна из ключевых ролей в развитии ожирения принадлежит социально-психологическим факторам, в том числе стрессу, который может приводить к расстройству пищевого поведения [2]. Роль стресса в развитии нарушений пищевого поведения остается не до конца изученной, преимущественно ее связывают с нейроэндокринными изменениями, которые им вызываются.

Основным патогенетическим звеном стресса является выброс кортизола, вырабатываемого в пучковой зоне надпочечников. Действие кортизола сказывается на всех видах обмена веществ – углеводном, жировом и белковом [3]. Данный гормон стимулирует глюконеогенез и гликогеногенез в печени, в основном посредством высвобождения аминокислот из мышечной ткани, тормозит потребление глюкозы периферическими тканями, влияет на распределение висцерального жира через два противоположных процесса – липолиз и липогенез, а также увеличивает синтез белков в печени, и катаболизм белков в мышечной, костной и некоторых других тканях [4].

У человека введение глюкокортикостероидов и искусственно вызванный стресс приводят к повышению калорийности пищи, потребляемой по собственному усмотрению, по желанию.

В большинстве случаев человек, когда подвергается стрессу, действительно ест больше, однако в состоянии острой стрессовой ситуации наблюдается уменьшение количества потребляемой пищи [5]. Исследования с использованием функциональной магнитно-резонансной томографии подтверждают, что стресс способствует снижению чувствительности центральной системы вознаграждения и повышает влечение к «комфортной пище» [6].

Исследование, проводимое Т.П. Бондарь, Л.И. Губаревой и др., показало, что у молодых людей между уровнем стресса и концентрацией триглицеридов (ТГ) имеется умеренная обратная связь, иными словами, с повышением концентрации ТГ наблюдается тенденция к понижению уровня стресса. Помимо этого, было установлено, что с повышением индекса атерогенности, концентраций общего холестерина (ОХ) и липопротеинов низкой плотности (ЛПНП) наблюдается снижение стрессоустойчивости (умеренная обратная зависимость), а с повышением индекса массы тела (ИМТ) – ее повышение (умеренная прямая зависимость) [7].

Важную роль может играть поведение человека, направленное на преодоление стресса, так называемое копинг-поведение [8]. Большое количество разнообразной пищи, негативные эмоции и страх заставляют человека находиться в постоянном нервном напряжении и напрямую благоприятствуют ожирению. В сочетании с низкой физической активностью, стресс становится фактором развития различных форм ожирения [9]. При этом описывались случаи нервной анорексии, одним из факторов риска которой является дисфункция нейротрансмиттеров (серотонин, дофамин), участвующих в регуляции пищевого поведения [10].

Цель исследования: изучение особенностей пищевого поведения и эмоционально-психологического состояния студентов-медиков, а также выявление возможной взаимосвязи между уровнем стресса и индексом массы тела студентов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Материалом исследования послужили данные социологического опроса 322 респондентов, проведенного с помощью опросника Reeder'a, направленного на определение уровня психологического стресса и дополненного Голландским опросным листом пищевого поведения (DEBQ). Средний возраст анкетированных составил 20 ± 4 лет, 235 (73%) респондентов – женщины, 87 (27%) – мужчины.

Настоящее исследование включало комплекс методов: библиографический, аналитический, математико-статистический, социологический, метод группировки и сравнительный анализ. Сбор, систематизация и обработка исходной информации осуществлялись в приложении Microsoft Excel 2019. Статистический анализ проводился с использованием программного обеспечения PASW Statistics 22. В обработке и представлении данных использованы экстенсивные показатели, сравниваемые с оценкой значимости различий по t-критерию Стьюдента. Оценка рассчитанных величин t-критерия Стьюдента осуществлялась путем сравнения с табличными данными, при этом различия показателей считались статистически достоверными при уровне значимости $p < 0,05$. Доверительный интервал для средних величин высчитывался с уровнем достоверности не менее 0,95.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Среди опрошенных наиболее часто встречающийся рост попадал в диапазоны 1,61–1,7 м (43,17%) и 1,71–1,8 м (31,05%), менее

часто – в интервалы 1,5–1,6 м (14,28%), 1,81–1,9 м (9%) и 1,91–2,1 м (2,48%). По весовой категории наибольшая доля студентов принадлежала к группе лиц, имеющих диапазон веса 51–60 кг (38,82%), далее следовали интервалы 61–70 кг (22,36%), 40–50 кг (15,21%), 71–80 кг (13,97%), на остальные категории приходилось менее 10%.

Основываясь на данных значений массы тела и роста, авторами был рассчитан индекс массы тела (ИМТ), который в соответствии с рекомендациями Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) интерпретировался следующим образом: выраженный дефицит массы тела (≤ 16 кг/м²), недостаточная масса тела (16–18,5 кг/м²), норма (18,5–25 кг/м²), избыточная масса тела (предожирение) (25–30 кг/м²), ожирение 1,2 и 3 степени (30–35 кг/м², 35–40 кг/м², ≥ 40 кг/м²).

Было установлено, что у основной доли опрошенных ИМТ находился в пределах нормы (67,08%), избыточную (предожирение) и недостаточную массу тела (дефицит) имели 12,42% и 15,52% респондентов соответственно. Среднее значение ИМТ составило $21,8 \pm 3,7$. Ожирение 1 и 2 степени определено у менее 5% респондентов. Стоит отметить, что выявлено статистически значимое различие в ИМТ, находящемся ниже нормы ($p=0,0005$) и выше нормы ($p=0,0001$), среди половых групп. Согласно данным таблицы 1, у студентов-медиков женского пола чаще, чем у студентов-медиков мужского пола, вес тела был ниже нормы (20,9% против 4,6%). У студентов мужского пола, напротив, чаще встречался вес выше нормы (33,3% против 10,2%) ($p<0,05$).

При анализе распределения респондентов по ИМТ и возрасту было выявлено статистически значимое различие между нормальным ($p=0,0009$) и высоким ($p=0,0292$) уровнем ИМТ и возрастом до 21 года и старше 22 лет (таблица 2). Согласно данным таблицы 2, в старшей возрастной группе доля лиц с ИМТ выше нормы увеличивалась.

Далее был изучен уровень стресса среди опрошенных студентов. Для этого использовалась

Таблица 1

Распределение респондентов по уровню ИМТ и полу

ИМТ	Женщины (n=235)		Мужчины (n=87)		p
	Абс.	%	Абс.	%	
Ниже нормы	49	20,9	4	4,6	0,0005
Норма	162	68,9	54	62,1	0,2497
Выше нормы	24	10,2	29	33,3	0,0001

Источник: составлено авторами по данным социологического опроса студентов в ФГБОУ ВО «КГМУ» Минздрава России, актуальным на 2023–2024 учебный год.

Таблица 2

Распределение респондентов по уровню ИМТ и возрасту

ИМТ	До 21 года (n=267)		22 года и старше (n=55)		p
	Абс.	%	Абс.	%	
Ниже нормы	44	16,5	8	14,5	0,7141
Норма	186	69,7	30	54,5	0,0292
Выше нормы	37	13,8	17	31,0	0,0009

Источник: составлено авторами по данным социологического опроса студентов в ФГБОУ ВО «КГМУ» Минздрава России, актуальным на 2023–2024 учебный год.

шкала психологического стресса Reeder'a, дополненная Голландским опросником пищевого поведения (DEBQ). Респондентам представили ряд утверждений, с каждым из которых им надо было согласиться или не согласиться (таблица 3).

За согласие или несогласие с приведенными утверждениями опрошенным присваивалось определенное количество баллов. Уровень стресса определялся по табличным данным в соответствии с суммарным количеством баллов за ответы и полом, деленных на количество утверждений. Результаты исследования распределения респондентов по уровню стресса среди студентов-юношей и студенток-девушек представлены в таблице 4.

Среднее количество баллов, отражающих уровень стресса, у женщин составило $2,29 \pm 0,61$, у мужчин – $2,64 \pm 0,71$, различие являлось статистически значимым ($p=0,0001$). Это означает, что в целом студенты-девушки более подвержены стрессу, чем студенты-юноши. Согласно

таблице 4, среди студентов-медиков женского пола доля лиц с высоким уровнем стресса выше, чем среди студентов-медиков мужского пола (36,6% против 24,1%), различие статистически достоверно ($p=0,034$). В категории студентов мужского пола более трети (34,5%) имели низкий уровень стресса, тогда как среди девушек-студенток таких было только 11,9%.

В таблице 5 приведены результаты анализа ИМТ у лиц с разным эмоциональным статусом и разным отношением к учебе. На утверждение «пожалуй, я человек нервный» ответы распределились следующим образом: согласны и скорее согласны – 34,8% и 35,1%, не согласны и скорее не согласны – 6,5% и 23,6% соответственно. Это демонстрирует достаточно высокий уровень нервозности студентов-медиков. Что касается отношения к учебе, большая часть студентов отметили ощущение высокой ответственности за академическую успеваемость и отсутствие пропусков. В совокупности респонденты, которые

Таблица 3

Распределение ответов респондентов по шкале психологического стресса Reeder'a

Вопрос	Ответ	Количество респондентов (доля, %)			
		Да, согласен	Скорее согласен	Скорее не согласен	Нет, не согласен
Пожалуй, я человек нервный		112 (34,8%)	113 (35,1%)	76 (23,6%)	21 (6,5%)
Я очень беспокоюсь о своей работе / учебе		99 (30,7%)	141 (43,8%)	68 (21,1%)	14 (4,3%)
Я часто ощущаю нервное напряжение		112 (34,8%)	119 (37%)	69 (21,4%)	22 (6,8%)
Моя повседневная деятельность вызывает большое напряжение		73 (22,7%)	109 (33,9%)	100 (31,1%)	40 (12,4%)
Общаясь с людьми, я часто ощущаю нервное напряжение		35 (10,9%)	66 (20,5%)	128 (39,8%)	93 (28,9%)
К концу дня я совершенно истощен физически и психически		64 (19,9%)	111 (34,5%)	92 (28,6%)	55 (17,1%)
В моей семье часто возникают напряженные отношения		35 (10,9%)	45 (14%)	102 (31,7%)	140 (43,5%)

Источник: составлено авторами по данным социологического опроса студентов в ФГБОУ ВО «КГМУ» Минздрава России, актуальным на 2023–2024 учебный год.

Таблица 4

Распределение респондентов по уровню стресса и полу

Уровень стресса	Мужчины (n=87)			Женщины (n=235)		
	Количество баллов	Абс.	%	Количество баллов	Абс.	%
Низкий	3,01–4,00	30	34,5	2,83–4,00	28	11,9
Средний	2,01–3,00	36	41,4	1,83–2,82	121	51,5
Высокий	1,00–2,00	21	24,1	1,00–1,82	86	36,6

Источник: составлено авторами по данным социологического опроса студентов в ФГБОУ ВО «КГМУ» Минздрава России, актуальным на 2023–2024 учебный год.

согласны и скорее согласны с утверждением «я беспокоюсь о своей учебе» (30,7% и 43,8% опрошенных соответственно), составили 74,5%. Не согласны и скорее не согласны с этим утверждением 4,3% и 21,1% респондентов соответственно, то есть около четверти выборки.

Авторами настоящего исследования не было выявлено статистически значимых различий в уровне ИМТ у людей с разным эмоциональным статусом: среди тех, кто относит или не относит себя к категории нервных людей ($p>0,05$). Аналогично не отличалась доля студентов с повышенным ИМТ среди респондентов, обеспокоенных и не обеспокоенных своей учебой ($p>0,05$) (таблица 5).

На утверждение о частоте ощущения нервного напряжения ответы респондентов распределились следующим образом: согласны и скорее согласны – 34,8% и 37%, не согласны и скорее не согласны – 6,8% и 21,4% соответственно. Стоит отметить, что у значительной части опрошенных (22,7% и 33,9%) повседневная деятельность вызывает большое напряжение, при этом 39,8% и 28,9% респондентов скорее не согласны или совсем не согласны с тем, что они, общаясь с людьми, часто ощущают нервное напряжение, однако

физическое и психическое истощение к концу дня ощущают 19,9% и 34,5% учащихся. Статистически значимых различий между уровнем ИМТ и ощущением эмоционального и физического истощения к концу дня не выявлено ($p>0,05$). Абсолютное большинство респондентов (43,5%) не согласны и скорее не согласны (31,7%) с утверждением, что в их семьях часто возникают напряженные отношения.

В таблице 6 представлены результаты анализа структуры пищевого поведения студентов. Респондентам было задано несколько вопросов о пищевом поведении: «Возникает ли у вас желание есть, когда вы раздражены?», «Возникает ли у вас желание есть, когда вы встревожены, озабочены или напряжены?». На первый вопрос ответы опрошенных распределились следующим образом: очень часто – 7,5%, часто – 13,4%, иногда – 31,7%, редко – 26,1%, никогда – 21,4%. На второй вопрос: очень часто – 9%, часто – 12,4%, иногда – 28%, редко – 24,2%, никогда – 26,4% (таблица 6).

При анализе пищевого поведения опрошенных во время стресса было выявлено статистически значимое различие ($p<0,001$) между уровнем ИМТ и частотой возникновения желания есть при раздражении (часто или очень часто/иногда/редко

Таблица 5

Распределение респондентов по ИМТ, эмоциональному статусу, отношению к учебе

Утверждение	Ответ		Да, согласен и скорее согласен	Нет, не согласен и скорее не согласен	p
	ИМТ				
«Я человек нервный»	Ниже нормы	42	11	0,1010	
	Норма	148	68	0,4519	
	Выше нормы	35	18	0,4917	
«Я беспокоюсь о своей учебе»	Ниже нормы	41	10	0,2532	
	Норма	162	54	0,5246	
	Выше нормы	35	20	0,0571	

Источник: составлено авторами по данным социологического опроса студентов в ФГБОУ ВО «КГМУ» Минздрава России, актуальным на 2023–2024 учебный год.

Таблица 6

Структура пищевого поведения

Вопрос	Ответ	Количество респондентов (доля, %)				
		Очень часто	Часто	Иногда	Редко	Никогда
Возникает ли у вас желание есть, когда вы раздражены?		24 (7,5%)	43 (13,4%)	102 (31,7%)	84 (26,1%)	69 (21,4%)
Возникает ли у вас желание есть, когда вы встревожены, озабочены или напряжены?		29 (9%)	40 (12,4%)	90 (28%)	78 (24,2%)	85 (26,4%)

Источник: составлено авторами по данным социологического опроса студентов в ФГБОУ ВО «КГМУ» Минздрава России, актуальным на 2023–2024 учебный год.

или никогда). Статистически значимых различий в отношении уровня ИМТ и желания есть при напряжении не выявлено ($p > 0,05$).

Для установления взаимосвязи между уровнем стресса и ИМТ использовался коэффициент корреляции, определяемый по методу рангов, который показал отсутствие связи ($p = 0,013$). Для более точного анализа взаимосвязи коэффициент корреляции рассчитывался отдельно по высокому, среднему и низкому уровню стресса. При высоком уровне стресса он составил 0,146 ($p > 0,05$), при среднем – 0,165 ($p < 0,05$), при низком – 0,083 ($p > 0,05$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В результате анализа полученных данных установлено, что прямой связи между уровнем стресса и ИМТ у студентов-медиков нет. Несмотря на то, что большая часть респондентов в настоящем исследовании отнесли себя к нервным людям, достоверных различий между уровнем ИМТ и эмоциональным статусом опрошенных не выявлено. Также эмоциональное и физическое перенапряжение, возникающие в течение дня, на ИМТ особого влияния не оказывает. Это может свидетельствовать о том, что стрессовые реакции у студентов не всегда приводят к быстрым изменениям в массе тела, что, возможно, связано с индивидуальными особенностями восприятия стресса в молодом возрасте и его отсроченным влиянием на организм.

Девушки-студентки чаще имеют недостаток массы тела, тогда как студенты мужского пола больше страдают от избыточного веса. Это может быть обусловлено различиями в подходах

к питанию и физической активности между полами. При этом у девушек-студенток в целом выше уровень острого стресса, который скорее ведет к снижению аппетита и уменьшению массы тела. В то же время у студентов мужского пола стресс может проявляться в виде эмоционального переедания, что объясняет их предрасположенность к избыточному весу.

Фактор учебы оказывает существенное влияние на уровень стресса у студентов-медиков и может приводить к пищевым расстройствам. Учащиеся часто сталкиваются с большими нагрузками и высокими требованиями к успеваемости, что может вызывать хронический стресс и, как следствие, негативно сказываться на их пищевом поведении.

Таким образом, стресс у студентов-медиков напрямую не влияет на массу тела, но оказывает определенное воздействие на пищевое поведение, а именно на снижение желания есть при раздражении. При длительном воздействии стрессовых факторов с увеличением возраста возможно изменение пищевых привычек и увеличение веса. Манера бесконтрольно принимать пищу из-за стрессовых или нервных ситуаций в молодом возрасте не изменяет существенно ИМТ, но может вести к неконтролируемому набору веса в другие периоды жизни. Это подчеркивает важность разработки программ первичной профилактики, направленных на управление стрессом и формирование здоровых привычек питания среди учащейся молодежи. Также учитывая индивидуальные различия студентов в восприятии стресса и дифференцированное влияние психологических и эмоциональных факторов на пищевое поведение, необходимо использовать персонализированный подход в решении данной проблемы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Чернышова Т.Е., Реверчук И.В., Меликян И.А. Роль хронического стресса в патогенезе ожирения // Здоровье, демография, экология финно-угорских народов. – 2016. – № 3. – С. 106–108. – EDN WMQSHJ.
2. Андреева Н.С., Чуйкова В.С. Эмоционально-регуляторные нарушения у людей с ожирением, обусловленным избыточным поступлением энергетических ресурсов // Коллекция гуманитарных исследований. – 2018. – № 2(11). – С. 66–71. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/emotsionalno-regulyatornye-narusheniya-u-lyudey-s-ozhireniem-obuslovlennym-izbytochnym-postupleniem-energeticheskikh-resursov> (Дата обращения: 05.01.2025).
3. Саидова Л.Б., Шодиева Н.У. Частота факторов риска с избыточной массой тела и ожирением у лиц молодого возраста-обзорная лекция // Биология и интегративная медицина. – 2021. – № 1 (48). – С. 194–206. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/chastota-faktorov-riska-s-izbytochnoy-massoy-tela-i-ozhireniem-u-lits-molodogo-vozrasta-obzornaya-lektsiya> (Дата обращения: 03.01.2025).
4. Роль стресса в развитии избыточной массы тела и ожирения / Т.А. Прокопенко, А.С. Щеголькова, М.М. Гасанов, А.А. Кутузова // Высокие технологии, наука и образование: актуальные вопросы, достижения и инновации: сборник статей XI Всероссийской научно-практической конференции, Пенза, 12 июня 2021 года. – Пенза: Наука и Просвещение, 2021. – С. 142–145. – EDN QCLWPU.
5. Torres S.J., Nowson C.A. Relationship between stress, eating behavior, and obesity // Nutrition. – 2007. – Т. 23. – № 11–12. – С. 887–894. DOI: 10.1016/j.nut.2007.08.008. PMID: 17869482.
6. Born J.M. et al. Acute stress and food-related reward activation in the brain during food choice during eating in the absence of hunger // International journal of obesity. – 2010. – Т. 34. – № 1. – С. 172–181. DOI: 10.1038/ijo.2009.221. PMID: 19844211.
7. Бондарь Т.П., Губарева Л.И., Ермолова Л.С. Корреляционный анализ показателей липидного обмена, индекса массы тела, склонности к риску и стрессоустойчивости у студентов // Вестник Северо-Кавказского федерального университета. – 2014. – № 1(40). – С. 71–74. – EDN SBNLAB.
8. Исаева Е.Р., Гуреева И.Л. Синдром эмоционального выгорания и его влияние на копинг-поведение у медицинских работников // Ученые записки университета им. П.Ф. Лесгафта. – 2010. – № 6 (64). – С. 26–30. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/sindrom-emotsionalnogo-vygoraniya-i-ego-vliyanie-na-koping-povedenie-u-meditsinskih-rabotnikov> (Дата обращения: 05.01.2025).
9. Ожирение и стресс: эндокринные и социальные аспекты проблемы в современном российском обществе / Н.В. Мазурина, И.В. Лескова, Е.А. Трошина [и др.] // Ожирение и метаболизм. – 2019. – Т. 16, № 4. – С. 18–24. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/ozhirenie-i-stress-endokrinnye-i-sotsialnye-aspekty-problemy-v-sovremennom-rossiyskom-obschestve> (Дата обращения: 03.01.2025).
10. Винникова Л.А., Левченко Е.В. Нервная анорексия на примере клинического случая // Innova. – 2021. – № 2(23). – С. 58–60. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/nervnaya-anoreksiya-na-primere-klinicheskogo-sluchaya> (Дата обращения: 03.01.2025).

REFERENCES

1. Chernishova T.E., Reverchuk I.V., Melikyan I.A. The role of chronic stress in pathogenesis of obesity // Health, demography, ecology of Finno-Ugric peoples. – 2016. – № 3. – P. 106–108. – EDN WMQSHJ.
2. Andreeva N.S., Chuikova V.S. Emotional-regulatory disorders in people with obesity caused by excessive intake of energy resources // Collection of humanitarian studies. – 2018. – № 2(11). – P. 66–71. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/emotsionalno-regulyatornye-narusheniya-u-lyudey-s-ozhireniem-obuslovlennym-izbytochnym-postupleniem-energeticheskikh-resursov> (Date of access: 05.01.2025).
3. Saidova L.B., Shodieva N.U. The frequency of overweight and obese risk factors in young people – an overview lecture // Biology and integrative medicine. – 2021. – № 1 (48). – P. 194–206. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/chastota-faktorov-riska-s-izbytochnoy-massoy-tela-i-ozhireniem-u-lits-molodogo-vozrasta-obzornaya-lektsiya> (Date of access: 03.01.2025).
4. The role of stress in the development of overweight and obesity / T.A. Prokopenko, A.S. Shegolkova. M.M. Gasanov, A.A. Kutuzova // High technologies, science and education: current issues, achievements and innovations: collection of articles of the XI All-Russian Scientific and Practical Conference, Penza, June 12, 2021. – Penza: Science and Education, 2021. – P. 142–145. – EDN QCLWPU.
5. Torres S.J., Nowson C.A. Relationship between stress, eating behavior, and obesity // Nutrition. – 2007. – Т. 23. – № 11–12. – P. 887–894. DOI: 10.1016/j.nut.2007.08.008. PMID: 17869482.
6. Born J. M. et al. Acute stress and food-related reward activation in the brain during food choice during eating in the absence of hunger // International journal of obesity. – 2010. – Т. 34. – № 1. – P. 172–181. DOI: 10.1038/ijo.2009.221. PMID: 19844211.
7. Bondar T.P., Gubareva L.I., Ermolova L.S. Correlation analysis of lipid metabolism, body mass index, risk tolerance and stress tolerance in students // Bulletin of the North Caucasus Federal University. – 2014. – № 1(40). – P. 71–74. – EDN SBNLAB.
8. Isaeva E.R., Gureeva I.L. Burnout syndrome and its effect on coping behavior in medical professionals // Scientific Notes of P.F. Lesgaft University. – 2010. – № 6 (64). – P. 26–30. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/sindrom-emotsionalnogo-vygoraniya-i-ego-vliyanie-na-koping-povedenie-u-meditsinskih-rabotnikov> (Date of access: 05.01.2025).
9. Obesity and stress: endocrine and social aspects of the problem in contemporary Russian society / N. V. Mazurina, I. V. Leskova, E. A. Troshina [etc.] / / Obesity and metabolism. – 2019. – Т. 16, № 4. – P. 18–24. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/ozhirenie-i-stress-endokrinnye-i-sotsialnye-aspekty-problemy-v-sovremennom-rossiyskom-obschestve> (Date of access: 03.01.2025).
10. Vinnikova L.A., Levchenko E.V. Anorexia nervosa on the example of a clinical case // Innova. – 2021. – № 2(23). – P. 58–60. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/nervnaya-anoreksiya-na-primere-klinicheskogo-sluchaya> (Date of access: 03.01.2025).

ES

Анализис de la Conducta Alimentaria, el Índice de Masa Corporal y los Niveles de Estrés en Estudiantes de Medicina**D.P. Solodukhina, V.S. Kuzminov****Anotación**

Introducción. El sobrepeso es actualmente un problema importante no solo para la atención médica, sino también para la sociedad en su conjunto. Numerosos factores contribuyen al desarrollo de la obesidad, incluido el estrés, que se produce como respuesta a factores externos e internos. Este estudio examina el estrés como uno de los mecanismos que influyen en los cambios en la conducta alimentaria y el peso corporal. El estudio incluyó a estudiantes de medicina que experimentaban un estrés emocional significativo asociado con una agenda de estudio apretada y un gran volumen de material. *El objetivo del estudio* fue examinar la conducta alimentaria y el estado emocional y psicológico de los estudiantes de medicina, así como identificar una posible relación entre los niveles de estrés y el índice de masa corporal de los estudiantes. *Materiales y métodos.* Se midió la altura y el peso de los participantes, y se encuestó a 322 estudiantes de medicina mediante el cuestionario Reeder, diseñado para determinar el nivel de estrés psicológico y complementado con el Cuestionario Holandés de Conducta Alimentaria (DEBQ). El procesamiento de datos se realizó con Microsoft Excel 2019 y PASW Statistics 22. *Resultados.* Las estudiantes tenían mayor probabilidad de presentar bajo peso, mientras que los estudiantes tenían mayor probabilidad de presentar sobrepeso. Además, se encontraron niveles más altos de estrés entre las estudiantes. Estudiar es el principal factor estresante para los estudiantes de medicina y puede conducir a trastornos alimentarios, en particular, una disminución del deseo de comer cuando están irritados, mientras que la ansiedad, la preocupación y la tensión no afectan significativamente la actitud de una persona hacia la ingesta de alimentos. El coeficiente de correlación calculado mediante el método de rangos no mostró relación entre el nivel de estrés y el IMC en los estudiantes ($p = 0,013$). *Conclusión.* Se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre el nivel de IMC y la frecuencia del deseo de comer cuando están irritados. Sin embargo, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el estado emocional de los encuestados con IMC bajo, normal y alto.

Palabras clave: estrés, ansiedad, agitación, comportamiento alimentario, obesidad, índice de masa corporal, estudiantes de medicina.

FR

Analyse des comportements alimentaires, de l'indice de masse corporelle et du niveau de stress chez les étudiants en médecine**D.P. Solodukhina, V.S. Kuzminov****Annotation**

Introduction. Le surpoids représente aujourd'hui un problème majeur, non seulement pour la santé publique, mais aussi pour la société dans son ensemble. De nombreux facteurs contribuent au développement de l'obésité, notamment le stress, qui survient en réponse à des facteurs externes et internes. Cette étude examine le stress comme l'un des mécanismes influençant les changements de comportements alimentaires et de poids. L'étude a porté sur des étudiants en médecine confrontés à un stress émotionnel important lié à une charge de travail et à un volume de cours conséquents. *Objectif de l'étude:* les comportements alimentaires et l'état émotionnel et psychologique de ces étudiants, ainsi que d'identifier une éventuelle relation entre leur niveau de stress et leur indice de masse corporelle. *Matériel et méthodes.* La taille et le poids des participants ont été mesurés, et 322 étudiants en médecine ont été interrogés à l'aide du questionnaire de Reeder, conçu pour évaluer le niveau de stress psychologique et complété par le Questionnaire néerlandais sur les comportements alimentaires (DEBQ). Le traitement des données a été effectué à l'aide de Microsoft Excel 2019 et de PASW Statistics 22. *Résultats.* Les étudiantes étaient plus susceptibles d'être en sous-poids, tandis que les étudiants étaient plus susceptibles d'être en surpoids. De plus, des niveaux de stress plus élevés ont été observés chez les étudiantes. Les études constituent la principale source de stress pour les étudiants en médecine et peuvent entraîner des troubles du comportement alimentaire, notamment une diminution de l'envie de manger en cas d'irritation. En revanche, l'anxiété, les soucis et la tension n'ont pas d'incidence significative sur le rapport à l'alimentation. Le coefficient de corrélation calculé par la méthode des rangs n'a révélé aucune relation entre le niveau de stress et l'IMC chez les étudiants ($p = 0,013$). *Conclusion.* Une différence statistiquement significative a été observée entre l'IMC et la fréquence de l'envie de manger en cas d'irritation. Cependant, aucune différence statistiquement significative n'a été constatée concernant l'état émotionnel des répondants présentant un IMC faible, normal ou élevé.

Mots clés: stress, anxiété, agitation, comportement alimentaire, obésité, indice de masse corporelle, étudiants en médecine.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ / ABOUT THE AUTORS

Солодухина Дина Павловна – доктор социологических наук, доцент, магистр общественного здоровья, доцент кафедры общественного здоровья, организации и экономики здравоохранения Института Непрерывного Образования, ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Курск, Россия.

Dina P. Solodukhina – Grand PhD in Sociological sciences, associate professor, Master of Public Health, associate professor of Department of Public Health, Health Care Organization and Health Economics of the Institute of Continuing Education, Kursk State Medical University, Kursk, Russia.

E-mail: solodin_kursk@mail.ru, ORCID: 0000-0002-8385-7872, SPIN-код: 6885-9912

Кузьминов Владислав Сергеевич – студент 6 курса лечебного факультета, ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Курск, Россия.

Vladislav S. Kuzminov – 6th year student of medical faculty, Kursk State Medical University, Kursk, Russia.

E-mail: kuzminov.2001@bk.ru, ORCID: 0009-0007-6900-6944, SPIN-код: 4060-7770

СОЗДАНИЕ РЕГИСТРА ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ, В АМУРСКОЙ ОБЛАСТИ – РЕГИОНЕ С НИЗКОЙ ПЛОТНОСТЬЮ НАСЕЛЕНИЯ. ПЕРВЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

Е.С. ТАРАСЮК¹, М.А. МУРАШКО², О.В. ЕРМАКОВСКАЯ³, Н.А. ПОГОРЕЛОВА³

¹ ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр имени академика Е.Н. Мешалкина»

Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Новосибирск, Россия;

² Министерство здравоохранения Российской Федерации, г. Москва, Россия;

³ ГАУЗ АО «Амурская областная клиническая больница», г. Благовещенск, Россия.

УДК 614.2–616.12–009.72

DOI: 10.21045/2782-1676-2025-5-4-122-133

Аннотация

Введение. Проблема регионов с низкой плотностью населения в аспекте оказания медицинской помощи больным с ишемической болезнью сердца является крайне актуальной из-за не достаточно решенных проблем: (1) длительная транспортировка (эвакуация) пациента с острыми формами заболевания; (2) сложность в диспансерном наблюдении за больными с высоким риском фатальных кардиоваскулярных событий; (3) отсутствие актуальной информации о соматическом статусе данной когорты пациентов. Перечисленное создает трудности в принятии управленческих решений, направленных на «бережливое» использование ресурсов при организации медицинской помощи. Создание программы «Мониторинг состояния пациентов, перенесших острый коронарный синдром» (далее – программа, регистр) в условиях Амурской области, характеризующейся низкой плотностью населения, обусловлено необходимостью достижения эффективной профилактики повторных сосудистых событий. Регулярный мониторинг способствует раннему выявлению признаков рецидива коронарных осложнений, своевременной коррекции терапии и снижению риска ре-госпитализаций вследствие жизнеугрожающих состояний. Ведение регистра рассматривается как оптимальный инструмент динамической оценки состояния пациентов с ишемической болезнью сердца и повышения качества оказываемой медицинской помощи данной категории лиц. По мнению исследователей, реализация данной программы позволяет обеспечить персонализированный подход к ведению пациентов и повысить эффективность использования ресурсов здравоохранения региона. **Цель исследования:** оценить эффективность организационных аспектов оказания медицинской помощи пациентам, перенесших острый коронарный синдром, на амбулаторном этапе в Амурской области – регионе с низкой плотностью населения. **Задачи исследования:** (1) исследовать возможности введения специализированной программы (регистра) мониторинга пациентов, перенесших ОКС, для ранней диагностики симптомов осложнений, своевременной коррекции лечебных мероприятий, снижения риска повторных госпитализаций; (2) изучить влияние внедрения регистра на регулярность контроля артериального давления и числа сердечных сокращений, вовлечённость пациентов в процесс лечения, частоту достижения целевых показателей лечения, своевременность выявления пациентов из группы риска для организации дальнейших медицинских вмешательств; (3) проанализировать систематизацию и структурирование данных о пациентах с помощью регистра для повышения эффективности управленческих решений по профилактике рецидивов коронарных осложнений и рационального использования ресурсов в здравоохранении региона. **Материалы и методы.** Наблюдение базируется на данных пациентов, перенесших острый коронарный синдром, выгруженных из регистра. По состоянию на июль 2025 г. в регистр были внесены 520 пациентов, из них в исследование были включены 386, наблюдаемых на амбулаторном этапе не менее 4 мес. Оператор посредством аудиозвонка производил сбор информации, задавая вопросы пациенту в соответствии со скриптом. Программой регистра на основании ответов пациента автоматически формировался алгоритм действий для оператора. Необходимые данные о пациентах отображались в табличном варианте для удобства и оперативности работы с ними. Результатом работы стало представление данных статистики о состоянии пациентов, выписанных из стационара после острого коронарного события, находящихся под дистанционным патронажем, и организации им медицинской помощи в амбулаторных условиях. **Результаты.** В «группе регистра» состояние пациентов было более стабильным. Среди них доля заполняющих дневник измерения уровня артериального давления и числа сердечных сокращений была выше. Достижение целевых значений артериального давления также в группе было более успешным, так как программа позволяла выявлять у пациентов риски и вовремя вызывать на прием к врачу для коррекции терапии. Регулярность диспансерного наблюдения чаще соблюдалась в «группе регистра» как для пациентов с осложненным, так и с неосложненным течением заболевания. Пациенты этой группы отличались большей вовлеченностью в лечебный процесс. **Заключение.** Введение регистра позволило оптимизировать контроль над состоянием здоровья, осуществлять мониторинг состояния пациента, систематизировать данные о течении заболевания, более прецизионно выявлять пациентов, требующих очного посещения врача для назначения дообследования, коррекции терапии или направления на хирургическое лечение, а также оценивать полноту, своевременность и качество амбулаторных мероприятий.

© Е.С. Тарасюк., М.А. Мурашко, О.В. Ермаковская, Н.А. Погорелова, 2025 г.

Ключевые слова: регистр, острый коронарный синдром, телефонный контакт, наблюдение, организация медицинской помощи.

Для цитирования: Тарасюк Е.С., Мурашко М.А., Ермаковская О.В., Погорелова Н.А. Создание регистра пациентов, перенесших острый коронарный синдром, в Амурской области – регионе с низкой плотностью населения. Первые результаты. Общественное здоровье. 2025; 5(4):122–133, DOI: 10.21045/2782-1676-2025-5-4-122-133

Контактная информация: Тарасюк Евгений Сергеевич, e-mail: evgen.doc1708@mail.ru

Финансирование: исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Статья поступила в редакцию: 17.10.2025. **Статья принята к печати:** 05.12.2025. **Дата публикации:** 17.12.2025.

UDC 614.2–616.12–009.72

DOI: 10.21045/2782-1676-2025-5-4-122-133

CREATION OF A REGISTER OF PATIENTS WITH ACUTE CORONARY SYNDROME IN THE AMUR REGION, A REGION WITH A LOW POPULATION DENSITY. FIRST RESULTS

E.S. Tarasyuk¹, M.A. Murashko², O.V. Ermakovskaya³, N.A. Pogorelova³

¹ National Medical Research Center named after Academician E.N. Meshalkin, Novosibirsk, Russia;

² Ministry of health of the Russian Federation, Moscow, Russia;

³ Amur Regional Clinical Hospital, Blagoveshchensk, Russia.

Abstract

Introduction. The problem of regions with low population density in the aspect of providing medical care to patients with coronary heart disease is extremely relevant due to the insufficiently solved problems: (1) long-term transportation (evacuation) of a patient with acute forms of the disease; (2) difficulty in dispensary supervision of patients with a high risk of fatal cardiovascular events; (3) lack of up-to-date information on the somatic status of this cohort of patients. The above creates difficulties in making managerial decisions aimed at the «frugal» use of resources in the organization of medical care. The creation of the program «Monitoring the condition of patients who have had acute coronary syndrome» (hereinafter referred to as the program, the register) in the conditions of the Amur Region, characterized by a low population density, is due to the need to achieve effective prevention of repeated vascular events. Regular monitoring contributes to the early detection of signs of recurrence of coronary complications, timely correction of therapy, and reduction of the risk of re-hospitalizations due to life-threatening conditions. The maintenance of the register is regarded as an optimal tool for the dynamic assessment of the condition of patients with coronary heart disease and improving the quality of medical care provided to this category of patients. According to the researchers, the implementation of this program allows for a personalized approach to patient management and improves the efficiency of healthcare resources in the region. *The purpose of the study:* to evaluate the effectiveness of the organizational aspects of providing medical care to patients who have had acute coronary syndrome at the outpatient stage in the Amur Region, a region with a low population density. Research objectives: (1) to explore the possibilities of introducing a specialized program (register) for monitoring patients who have had acute coronary syndrome, in order to: early diagnosis of symptoms of complications, timely correction of therapeutic measures, and reducing the risk of repeated hospitalizations; (2) to study the impact of the register implementation on: the regularity of blood pressure and heart rate monitoring, patient involvement in the treatment process, the frequency of achieving treatment targets, and the timely identification of patients at risk for further medical interventions; (3) to analyze the systematization and structuring of patient data using a register to improve the effectiveness of management decisions on the prevention of coronary complications and the rational use of healthcare resources in the region. *Materials and methods.* The observation is based on data from patients who had an acute coronary syndrome and were discharged from the register. As of July 2025, 520 patients had been added to the register, and 386 of them were included in the study, with at least 4 months of follow-up at the outpatient stage. The operator collected information through an audio call, asking the patient questions according to a script. Based on the patient's responses, the register program automatically generated an algorithm of actions for the operator. The necessary patient data was displayed in a tabular format for ease of use and efficiency. The result of this work was the presentation of statistical data on the condition of patients who were discharged from the hospital after an acute coronary event and were under remote monitoring, as well as the organization of their medical care in outpatient settings. *Results.* In the «register group,» the patients' conditions were more stable. The proportion of patients who filled out a diary of their blood pressure and heart rate measurements was higher in this group. The achievement of blood pressure targets was also more successful in this group, as the program allowed for the identification of patient risks and the timely referral to a doctor for treatment adjustments. The «register group» was more likely to adhere to regular follow-up appointments, both for patients with complicated and uncomplicated disease courses. These patients were more engaged in the treatment process. *Conclusion.* The introduction of the register has made it possible to optimize health monitoring, monitor the patient's condition, systematize data on the course of the disease, more precisely identify patients who require an in-person visit to a doctor for additional examination, therapy adjustment, or referral for surgical treatment, and assess the completeness, timeliness, and quality of outpatient care.

Keywords: register, acute coronary syndrome, telephone contact, monitoring, and medical assistance organization.

For citation: Tarasyuk E.S., Murashko M.A., Ermakovskaya O.V., Pogorelova N.A. Creation of a register of patients with acute coronary syndrome in the Amur Region, a region with a low population density. First results. Public health. 2025; 5(4):122–133, DOI: 10.21045/2782-1676-2025-5-4-122-133

For correspondence: Evgeny S. Tarasyuk, e-mail: evgen.doc1708@mail.ru

Funding: the study had no sponsorship.

Conflict of interests: the authors declare that there is no conflict of interests.

Received: 17.10.2025. **Accepted:** 05.12.2025. **Published:** 17.12.2025.

Аннотации на испанском и французском языках приводятся в конце статьи

ВВЕДЕНИЕ

Блезни системы кровообращения являются наиболее распространенной причиной смертности населения. Потери валового внутреннего продукта (ВВП) из-за преждевременной смертности от острого коронарного синдрома (ОКС) трудоспособных мужчин в 2009 г. в России превысили 49,3 млрд. руб., что было в 2,5 раза больше расходов на медицинскую помощь при ОКС (20,9 млрд. руб.). Общий экономический ущерб составил 74 млрд. руб., или 0,2% ВВП, а это эквивалентно ежегодному труду 130 тыс. человек [1]. Экономический ущерб в стране от сердечно-сосудистых заболеваний в 2016 г. составил 2,7 трлн. руб. или 3,2% ВВП, а в структуре ущерба по заболеваниям лидирующие позиции занимала ишемическая болезнь сердца (ИБС) – 1 трлн. руб. или 1,3% ВВП [2]. В периоде с 2013 г. по 2021 г. динамика коэффициента смертности от ишемической болезни сердца (ИБС) в регионах страны отразила только его рост [3]. Несмотря на то, что в стране на протяжении последних 10 лет активно внедрялись меры по улучшению ситуации с выявляемостью и лечением ИБС (увеличение количества операций с искусственным кровообращением, создание и организация региональных сосудистых центров) [4], внедрялись технологии телемедицины [5]), показатели смертности и инвалидизации очевидно остаются нестабильными, а проблема эффективности профилактических мероприятий ИБС по-прежнему далека от решения. Значительный социально-экономический ущерб, сопряженный с ОКС, определяет целесообразность вложения сил и средств в поиск инструментов, направленных на его профилактику и рецидивов коронарных осложнений. В целях оптимизации результатов лечения пациентов с ИБС и минимизации экономических затрат на профилактику и лечение осложнений организаторы здравоохранения ищут пути решения поставленных задач.

Региональный регистр пациентов, перенесших острый коронарный синдром (ОКС) с объемом программы для ЭВМ 2,91 МБ, разработанный штатными специалистами государственного автономного учреждения здравоохранения Амурской области «Амурская областная клиническая больница» г. Благовещенска с получением патента на изобретение, внедрен в практическую работу с декабря 2024 г. в Региональном сосудистом центре (РСЦ) учреждения.

На начальном этапе для обеспечения исполнения требуемых рабочих процессов, поддержа-

ния надлежащего качества данных, вносимых в регистр, задействованный персонал, имея высокую цифровую грамотность, обучен алгоритмам сбора и обработки материала; назначен ответственным за регулярность и достоверность внесения информации.

Сведения о выписанных пациентах передаются в день выписки каждого в медицинские организации области (в рамках соблюдения принципа преемственности их ведения). Телефон оператора РСЦ для связи с пациентом отражается в выписном эпикризе и с согласия пациента вносится в его телефон. Работа специалиста РСЦ с регистром включает последовательную регистрацию персональных данных о лицах, перенесших ОКС (Ф.И.О., дата рождения, место жительства, номер телефона, диагноз основной/сопутствующий, даты лечения в стационаре, клинические и функциональные показатели здоровья, лекарственные препараты, постановка на диспансерный учет, т.д.). После внесения в программу первичных данных о пациенте автоматически рассчитываются даты контрольных точек взаимодействия специалиста с пациентом (на 4-й день, через 1-3-6-12 мес.). Регистр включает набор параметров, являющихся отражением реальной клинической практики, и позволяет рассчитывать на получение достоверной информации о наблюдаемых пациентах и факторах, определяющих прогноз заболевания и эффективность врачебного вмешательства, включая лекарственную терапию. Таким образом, регистр – это ключевой элемент в системе организации дополнительного амбулаторного сопровождения пациентов, перенесших ОКС. Его использование позволяет систематизировать данные о течении заболевания, осуществлять мониторинг динамики состояния пациента, оценивать полноту, своевременность и качество амбулаторных мероприятий.

Цель исследования: оценить эффективность организационных аспектов оказания медицинской помощи пациентам, перенесших острый коронарный синдром, на амбулаторном этапе в Амурской области – регионе с низкой плотностью населения.

Задачи исследования: (1) исследовать возможности введения специализированной программы (регистра) мониторинга пациентов, перенесших ОКС, для: ранней диагностики симптомов осложнений, своевременной коррекции лечебных мероприятий, снижения риска повторных госпитализаций; (2) изучить влияние внедрения регистра на вовлеченность пациентов

в процесс лечения, регулярность контроля артериального давления и числа сердечных сокращений, частоту достижения целевых показателей лечения, своевременность выявления пациентов из группы риска для организации дальнейших медицинских вмешательств; (3) проанализировать систематизацию и структурирование данных о пациентах с помощью регистра для повышения эффективности управленческих решений по профилактике рецидивов коронарных осложнений и рационального использования ресурсов в здравоохранении региона.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Данное исследование является сравнительным, в нем авторами исследованы показатели здоровья, а также уровень диспансерного контроля за пациентами, перенесшими острое нарушение коронарного кровотока и выписанными из стационара. Кроме того, оценено изменение состояния здоровья пациентов после выписки из стационара. **Предмет исследования:** программа мониторинга (регистр), отражающая объективную информацию о динамике состояния здоровья пациента на амбулаторном этапе и организации оказания ему комплекса восстановительных мероприятий. **Объект исследования:** когорта мужчин и женщин разных возрастов, на разных временных периодах восстановления после перенесенного ОКС, нуждающиеся в постстационарном амбулаторном наблюдении для предотвращения повторных сердечно-сосудистых событий и снижения

риска осложнений (далее – группа исследования). Период включения и наблюдения: первый пациент включён в регистр 19.12.2024 г., последний – 15.05.2025 г. Группа исследования включала 386 пациентов из регистра. Критерии включения в группу: перенесенный ОКС, выписка из стационара, сохранная фракция выброса и функциональный класс сердечной недостаточности не выше 2. Критерии исключения из группы: госпитальная летальность от всех событий, летальность пациентов после госпитализации от кардиальных и прочих причин, отказ пациента от участия в исследовании. В группу контроля вошли 423 пациента, отобранных методом псевдорандомизации по тем же критериям, из числа пролеченных в первичных сосудистых отделениях в этот же период времени. Обе группы сопоставимы по полу, возрасту, классу сердечной недостаточности и проведенным вмешательствам. Более подробно дизайн исследования отражен на рисунке 1.

Устройство регистра. Метод сбора информации у пациентов из группы исследования – телефонный контакт с оператором. Работа с регистром выполнялась посредством личного кабинета оператора, в котором имеющаяся актуальная информация о пациентах отражалась в форме символов, каждый из которых показывал текущий статус, основанный на состоянии пациента (таблица 1).

В ходе телемедицинского мониторинга при успешном соединении с пациентом перед оператором в регистре открывается 10 вкладок для внесения информации о пациенте, позволяющих оценить его состояние, риски осложнений

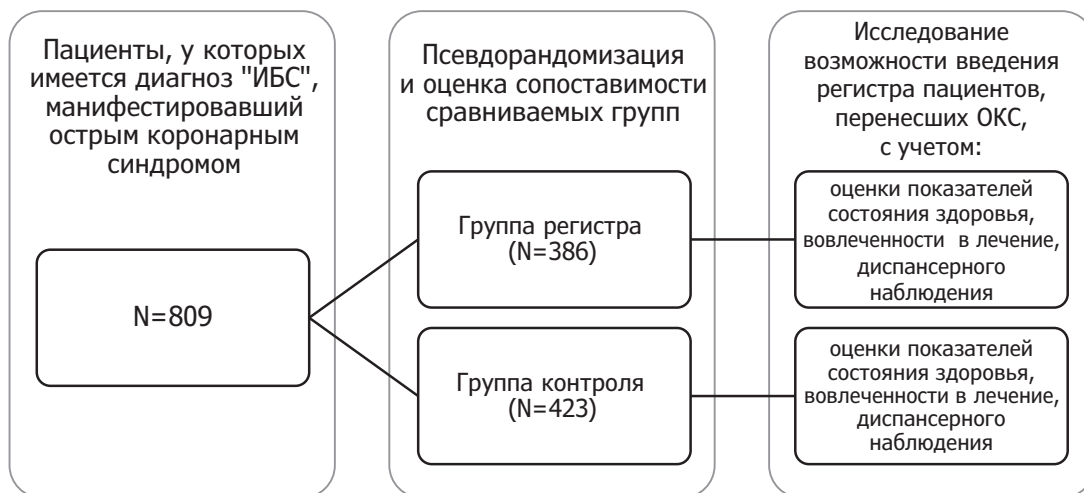


Рис. 1. Дизайн исследования

Источник: составлено авторами.

Таблица 1

Пример представления статуса пациента в регистре

Наименование поля	Вид
Успешность разговора с пациентом	
Успешный	<input type="checkbox"/>
Пациент не взял трубку	<input type="checkbox"/>
Пациент отказывается от разговора и предоставления данных	<input type="checkbox"/>
Раздел о необходимых действиях специалиста, осуществляющего опрос пациента	
Норма	<input type="checkbox"/>
Требуется консультация	<input type="checkbox"/>
Вызов СМП	<input type="checkbox"/>

Источник: составлено авторами на основе регистра.

и эффективность терапии. Оператор обеспечивает структурированный сбор ключевых параметров, выбирая вариант ответа из выпадающего списка: жалобы на боль, одышку, отеки, сердцебиение, диапазон АД/ЧСС, контакт с врачом в первые 3 дня после выписки из стационара, срок и факт выдачи лекарственных препаратов, знание пациентом даты следующего визита в медицинскую организацию и т.д. Если информация о пациенте важна, но ее в выпадающих ответах нет, то она вносится вручную. Ключевым фактором объективизации состояния выступает применение алгоритмов, комплексных скриптов и инструментов (валидированных шкал, чек-листов, опросников), позволяющих устанавливать «тревожные» отклонения.

Методы статистики. Использовались методы описательной статистики, для этого количественные параметры оценивали на соответствие

критерию нормальности распределения. Для этого применен критерий Шапиро-Уилка. Во всех случаях выборки не соответствовали критерию нормальности распределения, поэтому в дальнейшем количественные данные представлены в виде медианы с указанием интерквартильного интервала (Me[Q1; Q3]). Категориальные показатели указаны в абсолютных числах и долях их встречаемости в процентах (абс., %). Оценка статистически значимых отличий проводилась методами, предназначенными для несвязанных совокупностей. Для категориальных показателей это критерий Хи-квадрат, а для количественных – критерий Манна-Уитни. Уровень значимости для статистических расчетов был $<0,05$. Применены методы: сплошного наблюдения, описательной статистики, сравнительного анализа динамических рядов. Статистическая обработка материала

Таблица 2

Клинико-демографическая характеристика пациентов в группах регистра и контроля

Название показателя	Группы		Р
	Регистра, n=386	Контроля, n=423	
Средний возраст, годы (мин-макс) (лет)	58 [37–79]	60 [39–80]	> 0,05
Пол: мужчины	75%	74%	> 0,05
женщины	25%	26%	
Диагнозы по выписке:			
Инфаркт миокарда	45%	46%	> 0,05
Нестабильная стенокардия	55%	54%	> 0,05
Выполненное вмешательство:			
ЧКВ/КШ	78%	76%	> 0,05
Пациенты с артериальной гипертензией			
Наличие АГ	75%	77%	> 0,05

Источник: составлено авторами на основе данных регистра, актуальным на 15.05.2025 г.

проведена с применением программы Microsoft Excel 2010.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Оценка показателей пациентов в начале исследования (после выписки из стационара).

Показатели в начале наблюдения (по выписке из стационара для группы контроля и при включении пациентов в регистр для группы исследования), представленные в таблице 2, говорят о том, что благодаря методу псевдорандомизации удалось собрать достаточно сопоставимые группы пациентов. Анализ пациентов созданного регистра показал, что на 3/4 он состоит из мужчин, при этом они преобладают как в подгруппе

трудоспособного, так и в подгруппе нетрудоспособного возраста.

Далее были оценены показатели, представленные в таблице 3, позволяющие судить об эффективности организаторских решений в аспекте оптимизации помощи пациентам и повышения ее доступности. Они отражают различные аспекты состояния пациентов с выставленным ранее диагнозом «ишемическая болезнь сердца» (для обеих групп период наблюдения был одинаков и составлял до 5 месяцев).

Среднее количество вызовов скорой медицинской помощи на одного человека по причинам, связанным с сердечной недостаточностью, было рассчитано как отношение суммы всех событий к числу членов группы. Оно выше в группе контроля (рисунок 2, таблица 3).

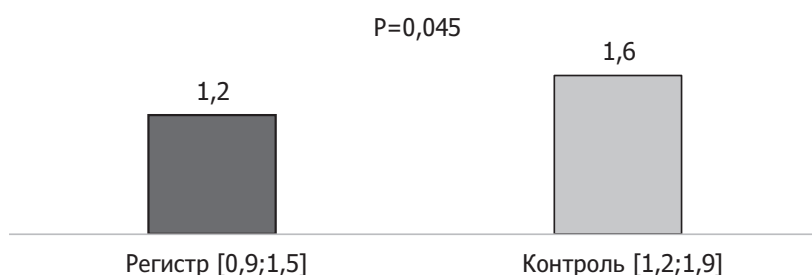


Рис. 2. Среднее количество вызовов скорой медицинской помощи в группе за отчетный период

Источник: составлено авторами на основе данных исследования.

Таблица 3

Сравнение результатов наблюдения пациентов на постгоспитальном этапе

Название показателя	Группы		P
	Регистра, n=386	Контроля, n=423	
Число повторных госпитализаций	1,8 [1,5;2,1]	2,5 [2,2;2,8]	> 0,05
Среднее количество вызовов скорой медицинской помощи	1,2 [0,9;1,5]	1,6 [1,2;1,9]	0,045
Охват диспансерным наблюдением, %			
Осложнённое течение ИБС (min 4 раза/год)	85%	75%	0,03
Неосложнённое течение ИБС (min 2раза/год)	65%	55%	0,01
Наличие у пациентов жалоб, %			
Боль в грудной клетке	48%	75%	0,03
Одышка	45%	45%	> 0,05
Отеки	32%	20%	> 0,05
Сердцебиение	18%	15%	> 0,05
Мониторинг уровня артериального давления и частоты сердечных сокращений, %			
Ведение дневника контроля АД/ЧСС	95%	60%	0,01
Достигнувшие целевых значений АД	55%	45%	0,02
Принимавшие лекарственные препараты	95%	90%	> 0,05
Визиты к лечащему врачу	98%	95%	> 0,05

Источник: составлено авторами на основе данных регистра, актуальным на 15.05.2025 г.

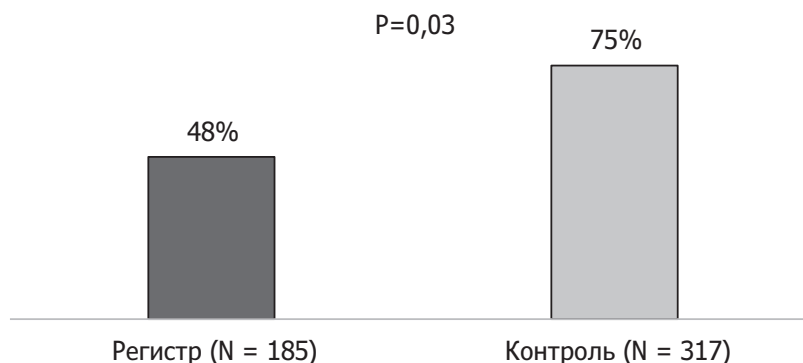


Рис. 3. Доля пациентов, предъявляющих жалобы на боль в грудной клетке

Источник: составлено авторами на основе данных исследования.

Жалобы в группах были схожи и отражали течение хронической сердечной недостаточности. Однако, в группе регистра больше пациентов жаловалось на боль в грудной клетке (рисунок 3, таблица 3), в остальном симптомы были схожи.

В группе регистра ведение дневника контроля АД и ЧСС было более распространено, что связано с большей вовлеченностью пациентов в лечебный процесс. В группе контроля пациенты достаточно часто были вне контроля медицинской службы и нерегулярно контролировали показатели АД и ЧСС (рисунок 4, таблица 3).

Достижение целевых значений АД также более успешно было у пациентов из группы регистра, так как автоматизированная программа позволяла выявлять пациентов из группы риска и вовремя направлять на прием для контроля и коррекции терапии (рисунок 4).

Регулярность посещения врача для диспансерного наблюдения значительно выше была

в группе регистра (рисунок 5, таблица 3) для пациентов с осложненным, так и с неосложненным течением ИБС.

Проведенный анализ успешности телефонного контакта с пациентом показал, что если в расчетах отталкиваться от общего числа участников (386 чел.), то доля «успешного созвона» составляет через 4 дня – 74,9%, 1 мес. – 63,5%, 3 мес. – 54,4%, 5 мес. – 48,2%. Если же рассчитывать показатель на число подлежащих дозвону в рассчитанный программой срок, то значение меняется: через 1 мес. – 82,1% (из 302 подлежащих вышли на контакт 248 чел.), 3 мес. – 77,2% (из 145 подлежащих состоялся контакт с 112 чел.), 5 мес. – 82,1% (из 140 подлежащих контактировали 115 чел.). В расчет также были включены 13 отказавшихся от телефонного контакта (3,4%), 6 умерших пациентов (1,6%), 1 выехавший за пределы области (0,3%), а также учтены случаи отсутствия у пациента технической возможности

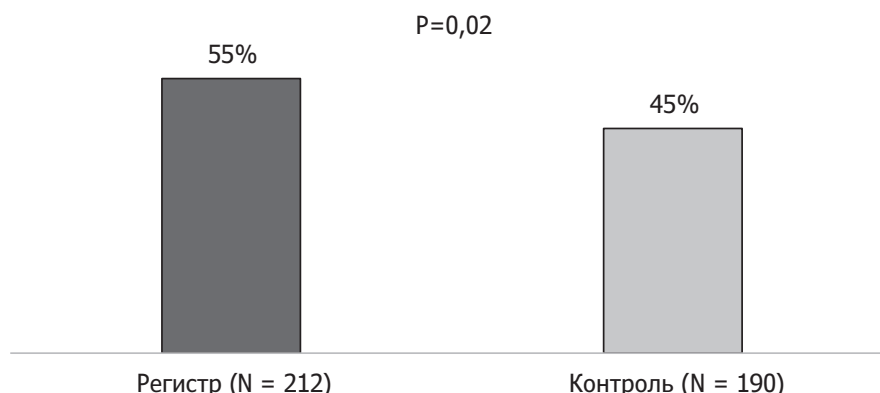


Рис. 4. Доля пациентов, достигших целевых значений артериального давления и числа сердечных сокращений

Источник: составлено авторами на основе данных исследования.

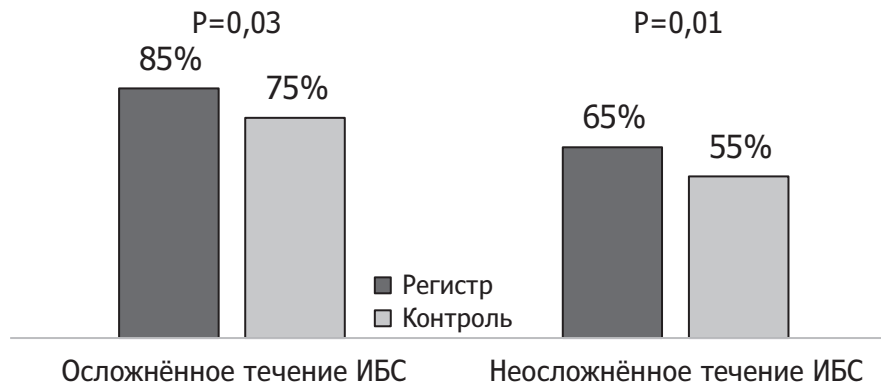


Рис. 5. Охват диспансерным наблюдением

Источник: составлено авторами на основе данных исследования.

выхода на связь, что объективно снижало показатель успешности дозвона.

Сбор данных посредством телефонного взаимодействия позволил увеличить уровень скрининга предикторов неблагоприятных исходов и охват диспансерным наблюдением, в сравнении с группой контроля, в которой оно отсутствовало. Наглядно это представлено в таблице 4.

Регистр позволил не только контролировать основные этапы оказания медицинской помощи пациентам на амбулаторном уровне, но и осуществлять сбор и систематизацию данных анамнеза, на основании которых стало возможным очертить группу риска и рекомендовать очное посещение для дообследования или коррекции лечебной тактики. За период наблюдения было организовано 11 вызовов скорой медицинской помощи (СМП) (2,8%): через 4 дня после выписки из стационара СМП вызвана к семи (1,8%), через 1 мес. – к трем (0,8%), а через 3 мес. – к одному пациенту (0,3%).

По состоянию на конец периода наблюдения зарегистрировано 6 случаев смерти (1,6%), одна из которых у пациента, отказавшегося от взаимодействия с оператором РСЦ.

ОБСУЖДЕНИЕ

Создание регистра ИБС не является ноу-хау. Подобные регистры успешно внедрены и используются в стране и по всему миру. Именно поэтому внедрение этой системы является необходимостью для улучшения результатов лечения пациентов с ОКС и предотвращения повторных коронарных событий. Регистр является эффективным инструментом систематизации информации и повышения охвата диспансерным наблюдением.

Проведённое авторами сравнительное исследование показывает, что группа регистра имеет статистически значимые преимущества. Это выражается в лучших показателях качества

Таблица 4

Сравнительные результаты внедрения регистра

Название показателя	Группы		P
	Регистра, n=386	Контроля, n=423	
Своевременное получение лекарств	97,1%	95,4%	0,01
Постановка на диспансерный учет	82,9%	79,2%	0,01
Самочувствие, оцененное как «удовлетворительное»			
через 4 дня	15,0%	-	-
через 1 мес.	16,1%	15,0%	0,04
через 3 мес.	15,3%	13,6%	0,03
Выбывание по причине смерти	1,6%	2,4%	0,045

Источник: составлено авторами на основе данных регистра, актуальным на 15.05.2025 г.

оказания медицинской помощи по следующим аспектам: своевременном обеспечении лекарственными препаратами и постановке на диспансерный учёт; меньшем показателе смертности в краткосрочном периоде наблюдения; лучшем субъективном самочувствии на первом и третьем месяцах после выписки из стационара.

Особое значение имеет систематизация данных о сроке первой выдачи лекарственных препаратов, а также отслеживании их непрерывного обеспечения. При телефонных контактах с пациентами оператор уточняет остаток медикаментов, что позволяет своевременно организовать пополнение и избежать перерывов в терапии. Выполнявшийся в ходе мониторинга контроль над обеспечением пациентов лекарственными препаратами позволил установить факты задержки в выдаче необходимых медикаментов. Большинство пациентов в течение первого месяца наблюдения получали необходимые лекарственные средства согласно рекомендациям врачей стационара (97,1%). Однако были выявлены случаи отсутствия должного медикаментозного обеспечения. Так, в 2,8% случаев пациенты не были обеспечены необходимыми медикаментами сразу по выписке из стационара. Среди них 8 имели диагноз нестабильной стенокардии, а еще у 3 пациентов подтвердился диагноз острый инфаркт миокарда.

Ведение регистра является нетривиальной задачей. Поддержание контакта с пациентом – крайне важный предиктор профилактики ухудшения состояния пациента, так как позволяет [5]: (1) вовремя вызвать пациента на плановое дообследование; (2) миновать этап первичного сбора информации и наладить взаимодействие пациента с непосредственно лечащим его врачом; (3) иметь в базе данных краткую сводку о проведенных пациенту вмешательствах, контакт лечащего врача, время последнего визита; (4) повысить уровень медицинской грамотности пациента и отследить его приверженность к лечению. Важной проблемой подобных регистров обозначается сложность и трудоемкость работы. Так, Л.Г. Ратова с соавт. сообщили, что столкнулись с проблемами инфраструктуры регистра – при обработке анкет выявили критическое несоответствие данных, полученных от разных опросников. Если регистр применялся сразу для нескольких учреждений, то очень часто общая база включала разрозненные данные, не пригодные для построения прогностических моделей и отражения реальной картины. Другой проблемой исследователи считают

недостаточное вовлечение пациентов в процесс сбора информации из-за неудобного формата общения – посредством электронной почты [6].

Регистр, внедренный в Амурской области, упорядочил временной процесс взаимосвязи, структурировал процедуру общения с пациентами, применил самый лояльный способ коммуникации – телефонный контакт, что максимально облегчило работу оператора и обеспечило незамедлительное получение информации непосредственно из уст пациента. Важным аспектом взаимодействия с пациентами в рамках ведения регистра также является их осознанное и активное участие в достижении целей терапии. Согласно данным Т.Н. Зверевой с соавторами, отмечается достаточно низкая (46%) лояльность пациентов к телемедицинским технологиям [7]. Поддержание в установленные сроки онлайн-контакта пациента с медицинской службой РСЦ в лице оператора позволяет повысить степень его вовлеченности в лечебный процесс, что отражается на регулярности контроля пациентом уровня АД/ЧСС и достижении их целевых значений, приеме лекарственных препаратов, регулярности визитов к лечащему врачу.

Показатель успешности контакта с пациентом изменялся неравномерно: от 77,5% в начале до 82,1% в конце исследуемого периода под влиянием комплекса факторов. Показатель на 4-й день после выписки (77,5%) объясняется недавним общением с врачом стационара и началом контактов с врачами амбулаторного звена (терапевт, кардиолог, реабилитолог). Рост доли успешных созвонов через 1 мес. до 82,1% подтверждает сохранение у пациентов мотивации к поддержанию контакта для получения новой информации. Снижение уровня взаимодействия через 3 мес. (77,2%) представляется временным уменьшением актуальности общения из-за разрешения ряда медицинских вопросов, а также частичной усталости пациентов от коммуникаций. Рост поддержания контакта в дальнейшем (82,1%) можно связать с усовершенствованием организационных процессов (выверенная база контактов, отработанные навыки общения, внедрение дополнительных скриптов) и ростом доверия пациентов. Включение данных по пациентам, отказавшимся от общения, умершим и выехавшим из региона, делает оценку более объективной и показывает реальную сложность получения обратной связи с целевой группой, что важно для корректного ресурсного планирования в РСЦ и анализа истинной эффективности системы коммуникации.

По истечении года работы в регистре авторским коллективом настоящей статьи планируется провести расчёты по определению влияния регистра как на клинические исходы, так и расходы при использовании ресурсов здравоохранения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

По результатам исследования, уже на 3 месяца дистанционного наблюдения за пациентами с перенесенным ОКС (из группы регистра) отмечались статистически значимые улучшения в состоянии их здоровья, что выражалось в более высоком показателе достижения целевых цифр артериального давления, функциональном статусе, в большей приверженности к посещению лечащего врача, а это особенно значимо для группы с осложненным течением заболевания. Ведение регистра дало возможность оптимизировать

контроль за состоянием здоровья и более прецизионно выявлять пациентов, требующих очного посещения врача для назначения дообследования, коррекции лечения. В краткосрочном периоде исследованием продемонстрирован факт того, что регистр является эффективной организаторской стратегией, направленной на профилактику повторных коронарных событий. Целевой группой регистра являются мужчины трудоспособного и нетрудоспособного возраста, и в ней удастся улучшить показатели выживаемости, общего самочувствия, обеспечения медикаментами, постановки на диспансерное наблюдение. Использование регистра позволяет преодолеть географические и организационные барьеры в оказании помощи, повысить степень контроля и качество мониторинга состояния пациентов, а также обеспечить своевременное принятие медицинских и управленческих решений для оптимизации амбулаторной помощи больным с ИБС.

ЛИТЕРАТУРА

1. Концевая А.В., Калинина А.М., Колтунов И.Е., Оганов Р.Г. Социально-экономический ущерб от острого коронарного синдрома в Российской Федерации. *Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии*. 2011;7(2):158–166. <https://doi.org/10.20996/1819-6446-2011-7-2-158-166>
2. Концевая А.В., Муканеева Д.К., Игнатьева В.И., Анциферова А.А., Драпкина О.М. Экономика профилактики сердечно-сосудистых заболеваний в Российской Федерации // *Российский кардиологический журнал*. 2023;28(9):5521. <https://doi.org/10.15829/1560-4071-2023-5521> EDN: KNLBZO
3. Самородская И.В., Ключников И.В. Динамика показателей смертности от хронических и острых форм ишемической болезни сердца в регионах Российской Федерации в 2013–2021 годах. *Клиническая медицина*. 2023;101(7–8): 395–403. <https://doi.org/10.30629/0023-2149-2023-101-7-8-395-403>
4. Бойцов С.А., Демкина А.Е., Ощепкова Е.В., Долгушева Ю.А. Достижения и проблемы практической кардиологии в России на современном этапе. *Кардиология*. 2019;59(3): 53–59. <https://cardio.elpub.ru/jour/article/viewFile/568/387>
5. Стародубцева И.А., Шарапова Ю.А. Дистанционный мониторинг артериального давления как инструмент повышения качества диспансерного наблюдения пациентов с артериальной гипертензией. *Архив внутренней медицины*. 2021;11(4):255–263. DOI: 10.20514/2226-6704-2021-11-4-255-263
6. Дьякова А.О., Бессонов И.С. Телемедицинские технологии у пациентов, подвергшихся чрескожным коронарным вмешательствам по поводу острого инфаркта миокарда: обзор современных направлений. *Сибирский журнал клинической и экспериментальной медицины*. 2023;39(3):37–48. <https://doi.org/10.29001/2073-8552-2023-39-3-37-48>
7. Ратова Л.Г., Парижская Е.Н., Ковалева К.А., Звартау Н.Э., Ионов М.В., Семенов А.П., Федоренко А.А., Недошин А.О., Немятых О.Д., Конради А.О. Оценка исходов лечения пациентами со стабильной стенокардией после планового чрескожного коронарного вмешательства (пилотные результаты). *Российский кардиологический журнал*. 2017; (12): 8–13. <https://doi.org/10.15829/1560-4071-2017-12-8-13>
8. Зверева Т.Н., Пронина А.А., Бабичук А.В., Помешкина С.А., Барбараш О.Л. Факторы, определяющие готовность пациента с ишемической болезнью сердца использовать телемедицинские технологии для реабилитации: проспективное когортное исследование. *CardioСоматика* 2023; 14(4): 223–232. DOI: 10.17816/CS326139

REFERENCES

1. Kontsevaya A.V., Kalinina A.M., Koltunov I.E., Oganov R.G. Socio-economic damage from acute coronary syndrome in the Russian Federation. *Rational Pharmacotherapy in Cardiology*. 2011;7(2):158–166. <https://doi.org/10.20996/1819-6446-2011-7-2-158-166> (In Russian).
2. Kontsevaya A.V., Mukaneeva D.K., Ignatieva V.I., Antsiferova A.A., Drapkina O.M. Economics of prevention of cardiovascular diseases in the Russian Federation // *Russian Journal of Cardiology*. 2023;28(9):5521. <https://doi.org/10.15829/1560-4071-2023-5521> EDN: KNLBZO (In Russian).

3. Samorodskaya I.V., Klyuchnikov I.V. Dynamics of mortality rates from chronic and acute forms of coronary heart disease in the regions of the Russian Federation in 2013–2021. *Clinical medicine*. 2023; 101(7–8): 395–403. <https://doi.org/10.30629/0023-2149-2023-101-7-8-395-403> (In Russian).
4. Boytsov S.A., Demkina A.E., Oshchepkova E.V., Dolgu-sheva Yu.A. Achievements and problems of practical cardiology in Russia at the present stage. *Cardiology*. 2019;59(3): 53–59. <https://cardio.elpub.ru/jour/article/viewFile/568/387> (In Russian).
5. Starodubtseva I.A., Sharapova Yu.A. Remote blood pressure monitoring as a tool to improve the quality of out-patient follow-up of patients with hypertension. *Archive of Internal Medicine*. 2021;11(4):255–263. DOI: 10.20514/2226-6704-2021-11-4-255-263 (In Russian).
6. Dyakova A.O., Bessonov I.S. Telemedicine technologies in patients undergoing percutaneous coronary interventions

for acute myocardial infarction: a review of current trends. *Siberian Journal of Clinical and Experimental Medicine*. 2023; 39(3): 37–48. <https://doi.org/10.29001/2073-8552-2023-39-3-37-48> (In Russian).

7. Ratova L.G., Parisskaya E.N., Kovaleva K.A., Zvar-tau N.E., Ionov M.V., Semenov A.P., Fedorenko A.A., Nedoshivin A.O., Nemyatikh O.D., Konradi A.O. Assessment of treatment outcomes in patients with stable angina after elective percutaneous coronary intervention (pilot results). *Russian Journal of Cardiology*. 2017; (12): 8–13. <https://doi.org/10.15829/1560-4071-2017-12-8-13> (In Russian).
8. Zvereva T.N., Pronina A.A., Babichuk A.V., Poeshkina S.A., Barbarash O.L. Factors determining the willingness of a patient with coronary heart disease to use telemedicine technologies for rehabilitation: a prospective cohort study. *CardioSomatics* 2023; 14(4): 223–232. DOI: 10.17816/CS326139 (In Russian).

ES

Creación de un registro de pacientes que han sufrido síndrome coronario agudo en la región de Amur, un territorio con baja densidad de población. Primeros resultados

E.S. Tarasiuk, M.A. Murashko, O.V. Ermakovskaya, N.A. Pogorelova

Anotación

Introducción. La problemática de las regiones con baja densidad de población en el aspecto de la prestación de atención médica a pacientes con cardiopatía isquémica es extremadamente relevante debido a problemas insuficientemente resueltos: (1) prolongado transporte (evacuación) del paciente con formas agudas de la enfermedad; (2) dificultad en la observación clínica de pacientes con alto riesgo de eventos cardiovasculares fatales; (3) ausencia de información actualizada sobre el estado somático de esta cohorte de pacientes. Lo enumerado crea dificultades en la toma de decisiones de gestión dirigidas al uso «ahorrativo» de recursos en la organización de la asistencia médica. La creación del programa «Monitoreo del estado de pacientes que han sufrido síndrome coronario agudo» (en adelante – programa, registro) en las condiciones de la región de Amur, caracterizada por baja densidad de población, se debe a la necesidad de lograr una prevención eficaz de eventos vasculares recurrentes. El monitoreo regular contribuye a la detección temprana de signos de recurrencia de complicaciones coronarias, la corrección oportuna de la terapia y la reducción del riesgo de rehospitalizaciones debido a estados que amenazan la vida. El mantenimiento del registro se considera una herramienta óptima para la evaluación dinámica del estado de pacientes con cardiopatía isquémica y para mejorar la calidad de la atención médica brindada a esta categoría de personas. Según los investigadores, la implementación de este programa permite garantizar un enfoque personalizado en el manejo de los pacientes y aumentar la eficiencia en el uso de los recursos sanitarios de la región. *El objetivo del estudio:* evaluar la eficacia de los aspectos organizativos de la atención médica a pacientes que han sufrido síndrome coronario agudo, en la etapa ambulatoria en la región de Amur – un territorio con baja densidad de población. *Tareas del estudio:* (1) Investigar las posibilidades de introducir un programa especializado (registro) de monitoreo de pacientes post-SCA para: diagnóstico precoz de síntomas de complicaciones, corrección oportuna de medidas terapéuticas, reducción del riesgo de rehospitalizaciones. (2) Estudiar la influencia de la implementación del registro en: la regularidad del control de la presión arterial y la frecuencia cardíaca, la participación de los pacientes en el proceso de tratamiento, la frecuencia de logro de los indicadores objetivo del tratamiento, la detección oportuna de pacientes del grupo de

FR

Création d'un registre de patients atteints de syndrome coronarien aigu dans l'Oblast d'Amur, une région de faible densité de population. Premiers résultats

E.S. Tarasyuk, M.A. Murashko, O.V. Ermakovskaya, N.A. Pogorelova

Annotation

Introduction. Le problème des régions de faible densité de population en matière de soins médicaux pour les patients atteints de maladies coronariennes est extrêmement urgent en raison des problèmes suivants qui n'ont pas été suffisamment résolus: (1) le long transport (évacuation) des patients atteints de formes aiguës de la maladie; (2) la difficulté du suivi en dispensaire des patients présentant un risque élevé d'événements cardiovasculaires mortels; (3) le manque d'informations à jour sur l'état somatique de cette cohorte de patients. Ce qui précède crée des difficultés dans la prise de décisions de gestion visant à une utilisation «allégée» des ressources dans l'organisation des soins médicaux. La création du programme «Surveillance des patients souffrant d'un syndrome coronarien aigu» (ci-après dénommé le programme, le registre) dans l'oblast d'Amur, caractérisé par une faible densité de population, est conditionnée par la nécessité de parvenir à une prévention efficace des événements vasculaires récurrents. Un suivi régulier contribue à la détection précoce des signes de récurrence des complications coronariennes, à la correction opportune de la thérapie et à la réduction du risque de ré-hospitalisation pour cause de conditions potentiellement mortelles. Le registre est considéré comme un outil optimal pour l'évaluation dynamique des patients atteints de maladies coronariennes et l'amélioration de la qualité des soins médicaux fournis à cette catégorie de personnes. Selon les chercheurs, la mise en œuvre de ce programme permet de fournir une approche personnalisée de la gestion des patients et d'accroître l'efficacité des ressources de santé dans la région. *Objectif de l'étude:* évaluer l'efficacité des aspects organisationnels des soins médicaux pour les patients atteints du syndrome coronarien aigu au stade ambulatoire dans la région d'Amur, une région de faible densité de population. *Objectifs de l'étude:* (1) étudier les possibilités d'introduction d'un programme spécialisé (registre) pour le suivi des patients atteints de SCA en vue d'un diagnostic précoce des symptômes de complications, d'une correction opportune des mesures de traitement et d'une réduction du risque d'hospitalisations répétées. (2) Étudier l'impact de la mise en œuvre du registre sur: la régularité du contrôle de la tension artérielle et de la fréquence cardiaque, l'implication des patients dans le processus de traitement, la fréquence de réalisation des objectifs de traitement, la rapidité d'identification des patients appartenant au groupe à risque afin d'organiser des interventions

riesgo para organizar futuras intervenciones médicas. (3) Analizar la sistematización y estructuración de datos sobre pacientes mediante el registro para aumentar la eficacia de las decisiones de gestión en la prevención de recaídas de complicaciones coronarias y el uso racional de recursos en el sistema de salud de la región. *Materiales y métodos.* La observación se basa en datos de pacientes que han sufrido síndrome coronario agudo, extraídos del registro. Hasta julio de 2025, se incluyeron 520 pacientes en el registro, de los cuales se incorporaron 386 al estudio, observados en la etapa ambulatoria durante al menos 4 meses. Un operador recopilaba la información mediante llamada de audio, haciendo preguntas al paciente de acuerdo con un guion. El programa del registro, en base a las respuestas del paciente, generaba automáticamente un algoritmo de acciones para el operador. Los datos necesarios sobre los pacientes se mostraban en formato tabular para facilitar y agilizar el trabajo con ellos. El resultado del trabajo fue la presentación de datos estadísticos sobre el estado de pacientes dados de alta del hospital después de un evento coronario agudo, bajo patrocinio remoto, y sobre la organización de su atención médica en condiciones ambulatorias. *Resultados.* En el «grupo del registro» el estado de los pacientes fue más estable. Entre ellos, la proporción de quienes completaban el diario de medición de la presión arterial y la frecuencia cardíaca fue mayor. El logro de los valores objetivo de presión arterial también fue más exitoso en este grupo, ya que el programa permitía identificar riesgos en los pacientes y convocarlos a tiempo a consulta médica para ajustar la terapia. La regularidad de la observación clínica se cumplió con más frecuencia en el «grupo del registro», tanto para pacientes con evolución complicada como no complicada de la enfermedad. Los pacientes de este grupo se distinguieron por una mayor participación en el proceso terapéutico. *Conclusión.* La introducción del registro permitió optimizar el control del estado de salud, realizar un monitoreo del estado del paciente, sistematizar datos sobre la evolución de la enfermedad, identificar con mayor precisión a los pacientes que requieren una visita presencial al médico para la indicación de exámenes adicionales, corrección de la terapia o derivación a tratamiento quirúrgico, así como evaluar la integridad, oportunidad y calidad de las actividades ambulatorias.

Palabras clave: registro, síndrome coronario agudo, contacto telefónico, observación, organización de la atención médica.

médicales supplémentaires. (3) Analyser la systématisation et la structuration des données des patients à l'aide du registre pour améliorer l'efficacité des décisions de gestion sur la prévention des complications coronariennes récurrentes et l'utilisation rationnelle des ressources dans le système de santé de la région. *Matériel et méthodes.* L'étude observationnelle est basée sur les données des patients atteints de syndrome coronarien aigu téléchargées du registre. En juillet 2025, 520 patients ont été enregistrés dans le registre, dont 386 patients observés au moins 4 mois en phase ambulatoire ont été inclus dans l'étude. L'opérateur a recueilli des informations par appel audio, en posant des questions au patient conformément au script. Le programme du registre a généré automatiquement un algorithme d'actions pour l'opérateur en fonction des réponses du patient. Les données nécessaires sur les patients ont été présentées sous forme de tableau pour des raisons de commodité et d'opérabilité. Le résultat de ce travail est la présentation de données statistiques sur l'état des patients sortis de l'hôpital après un événement coronarien aigu, pris en charge à distance, et sur l'organisation de la prise en charge médicale en ambulatoire. *Résultats.* Dans le «groupe registre», l'état des patients était plus stable. Parmi eux, la proportion de ceux qui ont rempli le journal des mesures de la pression artérielle et de la fréquence cardiaque était plus élevée. L'atteinte des valeurs cibles de la pression artérielle a également été plus réussie dans le groupe, car le programme a permis d'identifier les risques chez les patients et d'appeler à temps le rendez-vous chez le médecin pour corriger la thérapie. La régularité de l'observation au dispensaire a été plus souvent observée dans le «groupe registre», tant pour les patients dont l'évolution de la maladie était compliquée que pour ceux dont l'évolution n'était pas compliquée. Les patients de ce groupe se caractérisent par une plus grande implication dans le processus thérapeutique. *Conclusion.* L'introduction du registre a permis d'optimiser le contrôle de l'état de santé, de surveiller l'état du patient, de systématiser les données sur l'évolution de la maladie, d'identifier plus précisément les patients nécessitant une visite en personne chez un médecin pour un examen complémentaire, une correction de la thérapie ou une orientation vers un traitement chirurgical, ainsi que d'évaluer l'exhaustivité, la rapidité et la qualité des mesures ambulatoires.

Mots clés: registre, syndrome coronarien aigu, contact téléphonique, suivi, organisation des soins médicaux.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ / ABOUT THE AUTHORS

Тарасюк Евгений Сергеевич – кандидат медицинских наук, генеральный директор, ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр имени академика Е.Н. Мешалкина» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Новосибирск, Россия.

Evgeny S. Tarasyuk – PhD in Medical sciences, general manager, National Medical Research Center named after Academician E.N. Meshalkin, Novosibirsk, Russia.

E-mail: evgen.doc1708@mail.ru, ORCID: 0000-0003-3629-0292, AuthorID: 951745

Мурашко Михаил Альбертович – доктор медицинских наук, профессор, министр, Министерство здравоохранения Российской Федерации, г. Москва, Россия.

Mikhail A. Murashko – Grand PhD in Medical sciences, Professor, Minister, Ministry of health of the Russian Federation, Moscow, Russia.

E-mail: info@minzdrav.gov.ru, ORCID: 0000-0002-4426-0088, SPIN-код: 6666-1129

Ермаковская Ольга Викторовна – кандидат медицинских наук, заместитель главного врача, ГАУЗ АО «Амурская областная клиническая больница», г. Благовещенск, Россия.

Olga V. Ermakovskaya – PhD in Medical sciences, Deputy Chief Physician, Amur Regional Clinical Hospital, Blagoveshchensk, Russia.

E-mail: oerm@inbox.ru, ORCID: 0009-0001-7233-6828, SPIN-код: 2222-4365

Погорелова Наталья Анатольевна – заведующая отделением для больных острым инфарктом миокарда, Региональный сосудистый центр, ГАУЗ АО «Амурская областная клиническая больница», г. Благовещенск, Россия.

Natalya A. Pogorelova – Head of the Department for Patients with Acute Myocardial Infarction, Regional Vascular Center, Amur Regional Clinical Hospital, Blagoveshchensk, Russia.

E-mail: na27011969ta@icloud.com, ORCID: 0009-0004-8923-3085

АКАДЕМИКУ ГЕННАДИЮ ГРИГОРЬЕВИЧУ ОНИЩЕНКО — 75 ЛЕТ



П о з д р а в л я е м с 75-летием академика РАН, доктора медицинских наук, профессора, заслуженного врача Российской Федерации и Киргизской Республики, заместителя президента Российской академии образования.

Геннадий Григорьевич О니щенко родился 20 ноября 1950 г. в поселке Чаргын-Таш Сузакского района Ошской области Киргизской ССР. В 1973 г. окончил с отличием Санитарно-гигиенический факультет

Донецкого медицинского института имени А. М. Горького по специальности «Санитарный врач». В 1995 г. стал кандидатом медицинских наук, а его докторская диссертация основывалась на вопросах профилактики карантинных инфекций, в том числе на анализе массивной вспышки холеры. В 1998 г. присвоено звание профессора.

В 1973–1976 гг. работал врачом-эпидемиологом, в 1976–1987 гг. занимал руководящие должности в санитарно-эпидемиологических службах: был главным врачом станции Красноармейска (1976–1982 гг.), Московского метрополитена (1982–1983 гг.) и Центральной станции МПС СССР (1983–1987 гг.). В 1987–1988 гг. — референт отдела здравоохранения и социального обеспечения Совета Министров РСФСР. В 1988–1991 гг. — заместитель начальника Главного управления карантинных инфекций Минздрава СССР. В 1991–1996 гг. — заместитель председателя Госкомитета санитарно-эпидемиологического надзора при Президенте Российской Федерации. В 1996–2004 гг. занимал должность первого заместителя Министра здравоохранения, Главный государственный санитарный врач Российской Федерации. В 2004–2013 гг. (с момента ее создания) — руководитель Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (Роспотребнадзор). В 2013–2016 гг. — помощник Председателя Правительства Российской Федерации. В 2016–2021 гг. — депутат Государственной Думы Федерального собрания Российской Федерации VII созыва, первый заместитель председателя Комитета по образованию и науке.

С 2005 г. по наст. время — заведующий кафедрой экологии человека и гигиены окружающей среды Института общественного здоровья имени Ф. Ф. Эрисмана медико-профилактического факультета Сеченовского университета. С 2021 г. по наст. время — заместитель президента Российской академии образования. Действительный государственный советник РФ I класса.

Член-корреспондент РАМН с 1999 г., академик РАМН с 2002 г., академик РАН с 2013 г. — Отделение медицинских наук.

Г. Г. Онищенко является членом Президиума РАН, членом Президиума РАО, членом Бюро Отделения медицинских наук, членом научного совета РАН по биотехнологии, членом Комиссии РАН по генно-инженерной деятельности, заместителем сопредседателя Координационного совета РАН и РАО «Здоровье и образование детей, подростков и молодежи», членом Научно-издательского

совета РАН, членом Научного совета РАН «Науки о жизни», членом Правительственной комиссии по окружающей среде и природопользованию, членом Научного совета при Совете безопасности Российской Федерации, президентом «Медицинской лиги России», членом президиума Общероссийской общественной организации «Лига здоровья нации» и др.

Г. Г. Онищенко — главный редактор журналов «Здравоохранение Российской Федерации» и «Оценка рисков»; член редакционных коллегий и советов научных журналов «Эпидемиология и инфекционные болезни», «Гигиена и санитария», «Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунологии», «Вестник восстановительной медицины» и др.

Г. Г. Онищенко — ученый с мировым именем, российский государственный деятель, один из ведущих эпидемиологов России и организаторов здравоохранения, специалист в области эпидемиологии особо опасных и эмергентных инфекций, эпидемиологии инфекционных болезней, радиационной гигиены, гигиены и санитарии. Его деятельность связана с обеспечением биологической и химической безопасности страны, разработкой регулирующих её нормативных актов и стандартов, созданием эффективных механизмов предотвращения и контроля инфекционных заболеваний.

Г. Г. Онищенко внес существенный вклад в изучение эпидемиологии и организации борьбы с особо опасными (холера, сибирская язва, чума) и эмергентными (вирусные гепатиты В, С и Е, Крым — Конго геморрагическая лихорадка и лихорадка Западного Нила) инфекциями, ВИЧ-инфекцией, сыпным тифом и другими заболеваниями. Принимал активное участие в развитии международно-правовых аспектов охраны здоровья: был координатором программы СНГ по противодействию эпидемии с ВИЧ/СПИД (2002 г.) и неоднократно участвовал в самитах G8, способствовал принятию международной Декларации по борьбе с инфекционными заболеваниями (Санкт-Петербург, 2006 г.). Являлся непосредственным участником и организатором противоэпидемического обеспечения при технологических и природных катастрофах, включая события на Чернобыльской АЭС в 1986 г., в Нагорном Карабахе и Спитаке (Армения) в 1988 г., в Чечне в 1995 и 2000 гг., в Южной Осетии в 2008 г.

Под руководством Г. Г. Онищенко, санитарно-эпидемиологическая служба России (в наст. время — Роспотребнадзор) была модернизирована и сохранена после распада СССР, продолжены традиции отечественной профилактической медицины. Его законодательная деятельность привела к принятию ряда фундаментальных актов, включая федеральные законы «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения», «О качестве и безопасности пищевых продуктов», «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней», и норм радиационной безопасности и т. п.

Г. Г. Онищенко — автор более 1100 опубликованных научных работ, в том числе монографий, учебных пособий и т. п. Под руководством и при его непосредственной консультативной помощи выполнены и защищены 30 докторских и 20 кандидатских диссертаций.

Г. Г. Онищенко имеет государственные награды, является лауреатом национальных премий, многократно награжден медалями, почетными грамотами, дипломами и др.

Сердечно поздравляем Геннадия Григорьевича с 75-летием и желаем крепкого здоровья, долгих лет жизни, благополучия и творческого вдохновения!

АКАДЕМИКУ ЮРИЮ ВЛАДИМИРОВИЧУ ЛОБЗИНУ — 75 ЛЕТ



П о з д р а в л я е м с 75-летием академика РАН, доктора медицинских наук, профессора, заслуженного деятеля науки Российской Федерации, генерал-майора медицинской службы запаса, президента ФНКЦ инфекционных болезней ФМБА России.

Юрий Владимирович Лобзин родился 22 ноября 1950 г. в китайском городе Порт-Артур, где его отец служил врачом советской бригады торпедных катеров. В 1974 г. окончил с отличием Военно-медицинскую академию имени С.М. Кирова (ВМедА), в 1980 г. стал кандидатом медицинских наук, а в 1988 г. защитил докторскую диссертацию, в которой были отражены основные принципы реабилитации инфекционных больных в военно-медицинских учреждениях. В 1991 г. присвоено звание профессора.

В 1974–1977 гг. проходил службу на Северном Флоте в должности врача части, затем старшего врача-специалиста корабельной группы специализированной медицинской помощи. В 1977–1980 гг. — в адъюнктуре при Кафедре инфекционных болезней ВМедА имени С.М. Кирова, далее — старший преподаватель, с 1985 г. — главный инфекционист Военно-морского флота, с 1994 г. — начальник Кафедры инфекционных болезней ВМедА, главный инфекционист Министерства Обороны Российской Федерации (1994–2000 гг.), с 2001 г. — заместитель начальника ВМедА по научной работе. С 2008 г. — директор ФГБУ «Научно-исследовательский институт детских инфекций Федерального медико-биологического агентства» (с 2017 г. — ФГБУ «Детский научно-клинический центр инфекционных болезней» ФМБА России, ДНКЦИБ ФМБА России), главный специалист Минздрава России по инфекционным болезням у детей, с 2020 г. по наст. время — президент ДНКЦИБ ФМБА России.

С 2001 г. — заведующий кафедрой инфекционных болезней с курсом лабораторной диагностики СПИД Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования (в дальнейшем — СЗГМУ имени И.И. Мечникова). С 2009 г. по наст. время — главный внештатный специалист Минздрава России и ФМБА России по инфекционным болезням у детей. Генерал-майор медицинской службы запаса.

Член-корреспондент РАМН с 2000 г., академик РАМН с 2007 г., академик РАН с 2013 г. — Отделение медицинских наук.

Ю.В. Лобзин является членом Санкт-Петербургского Отделения РАН, членом Научного совета РАН «Демографическое развитие и демографическая политика Российской Федерации», председателем диссертационного Совета по защите докторских диссертаций Д.215.002.01 при ВМедА, членом диссертационного совета в Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования, членом Ученого совета Главного военно-медицинского управления и ВМедА,

членом рабочей группы НТС Военно-промышленной комиссии при Правительстве Российской Федерации по медико-биологическим проблемам, членом экспертного совета ВАК, членом экспертного совета Комитета Госдумы по обороне, членом Координационного совета по инфекционным заболеваниям Минздрава России, председателем Проблемной комиссии № 4 НТС ФМБА России «Проблемы биобезопасности и инфекционные болезни: эпидемиология, профилактика и лечение», заместителем председателя Национального научного общества инфекционистов, председателем подсекции инфекционистов УМС Главного военно-медицинского управления Минобороны России, членом правления Санкт-Петербургского научного общества инфекционистов, президентом ассоциации врачей-инфекционистов Санкт-Петербурга и Ленинградской области, куратором по Северо-Западному федеральному округу от Всероссийского научно-практического общества эпидемиологов, микробиологов и паразитологов и др.

Ю.В. Лобзин — главный редактор издания «Журнал инфектологии», член редакционных коллегий и советов журналов «Вестник Российской Военно-медицинской академии», «Инфекционные болезни», «Эпидемиология и инфекционные болезни», «Медицинский академический журнал», «Вестник инфектологии и паразитологии» и др.

Ю.В. Лобзин — выдающийся ученый-инфекционист России, крупный организатор здравоохранения, основатель нового научного направления «Реабилитация инфекционных больных». Внес вклад в формирование современной научной концепции «инфектология», имеет профессиональный опыт более чем по 150 инфекционным заболеваниям. Им сформулированы положения национальной целевой программы помощи детям с инфекционными болезнями, направленной на предотвращение инвалидизации и детской смертности; разработаны ключевые нормативные документы для Минобороны и Минздрава России, регламентирующие принципы, объем и качество оказания медицинской помощи инфекционным больным, а также требования к организации и оснащению профильных медицинских учреждений. Сфера научных интересов Ю.В. Лобзина: разработка теоретических основ военной эпидемиологии как самостоятельного научного направления в современной профилактической медицине; совершенствование системы профилактики инфекционных заболеваний и оказания медицинской помощи инфекционным больным; разработка и внедрение научно-обоснованных инновационных методов диагностики, лечения, реабилитации и профилактики острых, хронических и персистирующих инфекций, в том числе в условиях локальных военных конфликтов и катастроф и др.

Ю.В. Лобзин — автор более 1 300 опубликованных научных работ, в том числе учебных пособий, монографий, справочников, методических рекомендаций для врачей и т.п. Под руководством и при его непосредственной консультативной помощи выполнены и защищены 27 докторских и 50 кандидатских диссертаций.

Ю.В. Лобзин имеет государственные награды, является лауреатом национальных премий, многократно награжден медалями, почетными грамотами, дипломами и др.

Редакция журнала сердечно желает Юрию Владимировичу крепкого здоровья, долгих лет жизни, благополучия и дальнейшей реализации намеченных планов!

АКАДЕМИКУ НИКОЛАЮ ФЕДОРОВИЧУ ГЕРАСИМЕНКО — 75 ЛЕТ



П о з д р а в л я е м с 75-летием академика РАН, доктора медицинских наук, профессора, заслуженного врача Российской Федерации, майора медицинской службы запаса.

Николай Федорович Герасименко родился 1 декабря 1950 г. в селе Верх-Суетка Благовещенского (в наст. время — Суетского) района Алтайского края. В 1973 г. окончил лечебный факультет Алтайского государственного медицинского института (в наст. время — Университета, АГМУ, г. Барнаул) по специальности «Лечебное дело» (квалификация — хирург). В 1986 г. стал кандидатом медицинских наук, а в 1989 г. защитил докторскую диссертацию на тему «Неотложная хирургическая помощь сельским жителям при острых заболеваниях органов брюшной полости в регионах с обширной территорией и малой плотностью населения». В 1990 г. присвоено звание профессора.

В 1973–1978 гг. — хирург, затем заведующий хирургическим отделением Благовещенской районной больницы. В 1978–1980 г. — главный врач центральной районной больницы в Благовещенском районе. В 1980–1983 гг. возглавлял отделение санитарной авиации Алтайской краевой клинической больницы, в 1983–1985 гг. — заместитель главного врача АККБ по хирургии. В 1985–1990 гг. — главный хирург Алтайского края. В 1990–1995 гг. — руководитель Комитета по здравоохранению администрации Алтайского края. Далее — депутат Государственной Думы II, III, IV, V, VI, VII созывов; в 1996–2004 гг. — председатель Комитета по охране здоровья (был первым заместителем председателя Комитета ГД по охране здоровья). В 1973–1995 гг. — профессор кафедры факультетской хирургии АГМУ. Заведующий кафедрой основ законодательства в здравоохранении Первого МГМУ имени И.М. Сеченова (Сеченовский университет). Один из организаторов Факультета усовершенствования врачей в Алтайском государственном медицинском университете, где по сей день является профессором кафедры общественного здравоохранения. Читает лекции для организаторов здравоохранения в Академии постдипломного образования врачей. Майор медицинской службы запаса.

Член-корреспондент РАМН с 1997 г., академик РАМН с 2002 г. (являлся первым и единственным академиком РАМН в Алтайском крае), академик РАН с 2013 г. — Отделение медицинских наук.

Н.Ф. Герасименко является академиком Международной академии информатизации, членом Бюро Отделения медицинских наук РАН, членом Ученого и диссертационного Советов Первого МГМУ имени И.М. Сеченова, членом экспертного Совета Правительства Российской Федерации по здравоохранению, членом координационного совета при Министерстве

здравоохранения Российской Федерации по борьбе против табакокурения, членом коллегии и Этического комитета Минздрава России, членом Союзного Парламента Россия-Белоруссия, членом президиума Общероссийской общественной организации «Лига здоровья нации» и др.

Н.Ф. Герасименко — член редакционных коллегий и советов журналов «Российский журнал экологической и восстановительной медицины», «Здравоохранение Российской Федерации», «Управление здравоохранением», «Вестник Дагестанской государственной медицинской академии», председатель общественного совета журналов «Культура здоровой жизни» и «Здоровая жизнь» и др.

Н.Ф. Герасименко — известный политический и общественный деятель, хирург, организатор здравоохранения в России. Как депутат Государственной Думы, председатель и заместитель Комитета ГД по охране здоровья занимался законодательными и правовыми аспектами реформирования здравоохранения на федеральном уровне, проблемой формирования здорового образа жизни, исследованием здоровья населения и его влияния на демографическую ситуацию в России. Сфера его профессиональных интересов — разработка методики, методологии и организации законодательного процесса в здравоохранении на федеральном уровне и в субъектах Федерации. Ему принадлежит приоритет в разработке стандартов объема и качества хирургической помощи, составляющих основу создания стандартов медицинской помощи по другим медицинским специальностям, утвержденных Минздравом России. Помимо Алтайского края он представлял в Госдуме интересы Республики Алтай, Томской и Кемеровской областей. Включался в состав Коллегии Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Н.Ф. Герасименко сделал значительный вклад в модернизацию здравоохранения Алтайского края, создав там специализированные центры, оснастив клиники новым оборудованием и разработав новые стандарты оказания медицинской помощи. Затем, будучи депутатом Государственной думы, инициировал множество законопроектов, среди которых регулирование оборота лекарственных средств, защита пациентов и улучшение пенсионного обеспечения медицинских работников. Активно продвигал законопроекты, касающиеся ограничений на потребление табака, наркотиков и алкоголя, а также вопросы доступности качественной медицинской помощи и др.

Н.Ф. Герасименко — автор более 350 опубликованных научных работ, в том числе книг, монографий, учебных пособий, методических рекомендаций, авторских свидетельств и т.п., автор и соавтор более 100 законов. Под руководством и при его непосредственной консультативной помощи выполнены и защищены 9 докторских и 5 кандидатских диссертаций.

Н.Ф. Герасименко имеет многочисленные государственные награды, многократно награжден медалями, почетными грамотами, дипломами и др.

Редакция журнала поздравляет Николая Федоровича с юбилеем и желает крепкого здоровья, благополучия, счастья и дальнейших творческих и профессиональных успехов!

