

РЕМЕДИУМ

18+

4
2025
Том 29

Национальный НИИ
общественного здоровья
имени Н. А. Семашко

Журнал основан в 1997 г.
www.remedium-journal.ru

Почтовый адрес: 105064, Москва, ул. Воронцово Поле, д. 12

Журнал зарегистрирован в Федеральной службе по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций (Роскомнадзор).
Свидетельство:
ПИ № ФС 77-82251 от 02.11.2021

Все права защищены.
Ни одна часть этого издания не может быть занесена в память компьютера либо воспроизведена любым способом без предварительного письменного разрешения издателя.

Цена свободная.

Подписка через Интернет:
www.pochta.ru

на электронную версию:
elibrary.ru

ISSN 1561-5936. Ремедиум. 2025.
Т. 29. № 4. 337—434.

Издатель:
Акционерное
общество «Шико»

ОГРН 1027739732822

Корректор О. В. Устинкова

Сдано в набор 04.12.2025.

Подписано в печать 15.12.2025.

Формат 60 × 88½. Печать офсетная. Печ. л. 12,25. Усл. печ. л. 11,98. Уч.-изд. л. 15,57.

Отпечатано в ПАО «Т8 Издательские Технологии», 109316, Москва, Волгоградский просп., д. 42, кор. 5.

Главный редактор

ХАБРИЕВ Рамил Усманович, академик РАН, д. ф. н., д. м. н., профессор, Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья им. Н. А. Семашко

Ответственный секретарь

ШЕРСТНЕВА Елена Владимировна, к. и. н., д. м. н., Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья им. Н. А. Семашко

Редакционная коллегия

ЗУДИН Александр Борисович, д. м. н., Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья им. Н. А. Семашко

ИШМУХАМЕТОВ Айдар Айратович, чл.-корр. РАН, д. м. н., профессор, Федеральный научный центр исследований и разработки иммунобиологических препаратов им. М. П. Чумакова

КРАШЕНИННИКОВ Анатолий Евгеньевич, д. ф. н., Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова

КУЛИКОВ Андрей Юрьевич, д. э. н., Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья им. Н. А. Семашко

ШЕСТАКОВ Владислав Николаевич, Государственный институт лекарственных средств и надлежащих практик

Редакционный совет

АЛЕКСАНДРОВА Ольга Аркадьевна, д. э. н., Институт социально-экономических проблем народонаселения ФНИЦ РАН

АМОНОВА Дилябар Субхоновна, д. э. н., профессор, Российско-Таджикский (Славянский) университет

БЕРЕГОВЫХ Валерий Васильевич, академик РАН, д. т. н., профессор, Первый Московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова

БОБКОВА Елена Михайловна, д. с. н., профессор, Тиаспольский государственный университет им. Т. Шевченко

ВИНТЕР Десмонд, доктор медицины, профессор, Университетская больница св. Винсента

ГУСЬКОВА Ирина Владимировна, д. э. н., профессор, Национальный исследовательский Нижегородский государственный университет им. Н. И. Лобачевского

ДОЛЖЕНКОВА Юлия Вениаминовна, д. э. н., Финансовый университет при Правительстве РФ

ДРЫНОВ Георгий Игоревич, д. м. н., профессор, Болонский университет

ЗИГАНШИНА Лилия Евгеньевна, д. м. н., профессор, Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования

ЗУРДИНОВА Аида Аширалиевна, д. м. н., профессор, Кыргызско-Российский Славянский университет им. Б. Н. Ельцина

ИФАНТОПУЛОС Джон, доктор философии, профессор, Афинский национальный университет им. Каподистрии

КАМИЛОВА Роза Толановна, д. м. н., профессор, Национальный исследовательский институт санита-

рии, гигиены и профессиональных заболеваний Министерства здравоохранения Республики Узбекистан

КОПЫТОВ Александр Александрович, к. с. н., д. м. н., Национальный исследовательский Белгородский государственный университет

КУДАЙБЕРГЕНОВА Индира Орозобаевна, д. м. н., профессор, Киргизская государственная медицинская академия им. И. К. Ахунбаева

МИНГАЗОВА Эльмира Нурисламовна, д. м. н., профессор, Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья им. Н. А. Семашко

ОМЕЛЬЯНОВСКИЙ Виталий Владимирович, д. м. н., профессор, Центр экспертизы и контроля качества медицинской помощи

МОРОЗ Ирина Николаевна, д. м. н., профессор, Белорусский государственный медицинский университет

ПЯТИГОРСКАЯ Наталья Валерьевна, д. ф. н., профессор, Первый Московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова

РЕШЕТИКОВ Владимир Анатольевич, д. м. н., профессор, Первый Московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова

ЧЖАН Фэнминь, МД, профессор, Харбинский медицинский университет

ТАНГ Минке, доктор философии, профессор, Пекинский университет китайской медицины

ЯГУДИНА Роза Исмаиловна, д. ф. н., профессор, Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья им. Н. А. Семашко

РАТМАНОВ Павел Эдуардович, д. м. н., доцент, Дальневосточный государственный медицинский университет

REMEDIUM

18+

4
2025
Vol. 29

N. A. Semashko National Research Institute of Public Health

Founded in 1997.

www.remedium-journal.ru

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

The journal is registered with The Federal Service for Supervision of Communications, Information Technology, and Mass Media (Roskomnadzor).

Certificate:

ПИ № ФС 77-82251
dated 11/02/2021

Subscription via the Internet:
www.pochta.ru

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

Editor-in-chief
KHABRIEV Ramil Usmanovich, academician of the Russian Academy of Sciences, Doctor of Pharmacy, Doctor of Medicine, Semashko National Research Institute of Public Health

Executive editor
SHERSTNEVA Elena Vladimirovna, Candidate of History, Doctor of Medicine, Semashko National Research Institute of Public Health

Editorial board

ZUDIN Aleksandr Borisovich, Doctor of Medicine, Semashko National Research Institute of Public Health

ISHMUKHAMEDOV Aydar Ajratovich, corresponding member of the Russian Academy of Sciences, Doctor of Medicine, professor, Chumakov Federal Research Center for Research and Development of Immunobiological Preparations

KRASHENINNIKOV Anatoly Evgen'evich, Doctor of Pharmacy, Pirogov Russian National Research Medical University

KULIKOV Andrey Jur'evich, Doctor of Economics, Semashko National Research Institute of Public Health

SHESTAKOV Vladislav Nikolaevich, State Institute of Drugs and Good Practices

Editorial Council

ALEKSANDROVA Olga Arkadyevna, Doctor of Economics, The Federal State Budgetary Scientific Institution Institute of Socio-Economic Studies of Population of the Russian Academy of Sciences (ISESP RAS)

AMONOVA Dilbar Subhonanova, Doctor of Economics, professor, Russian-Tajik (Slavic) University

BEREGOVYKH Valery Vasil'evich, academician of the Russian Academy of Sciences, Doctor of Technology, professor, Sechenov First Moscow State Medical University

BOBKOVKA Elena Mikhaylovna, Doctor of Sociology, Taras Shevchenko State University of Tiraspol

WINTER Desmond, Doctor of Medicine, professor, St. Vincent's University Hospital

GUSKOVA Irina Vladimirovna, Doctor of Economics, professor, Lobachevsky National Research Nizhny Novgorod State University

DOLZHENKOVA Yuliya Veniaminovna, Doctor of Economics, Financial University under the Government of the Russian Federation

DRYNOV Georgij, Doctor of Medicine, professor, University of Bologna

ZIGANSHINA Liliya Evgen'evna, Doctor of Medicine, professor, Russian Medical Academy of Continuous Professional Education

ZURDINOVA Aida Ashiraliyevna, Doctor of Medicine, professor, Yeltsin Kyrgyz-Russian Slavic University

YFANTOPOULOS John, Doctor of Philosophy, professor, National and Kapodistrian University of Athens

KAMILOVA Roza Tolanovna, Doctor of Medicine, professor, National Research Institute of Sanitation, Hy-

giene and Occupational Diseases of the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan

KOPYTOV Aleksandr Aleksandrovich, Candidate of Sociology, Doctor of Medicine, National Research Belgorod State University

KUDAJBERGENOVA Indira Orozbaeva, Doctor of Medicine, professor, Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy

MINGAZOVA Elmira Nurislamovna, Doctor of Medicine, professor, Semashko National Research Institute of Public Health

OMEL'JANOVSKIJ Vitalij Vladimirovich, Doctor of Medicine, professor, Center for Expertise and Quality Control of Medical Care

MOROZ Irina Nikolaevna, Doctor of Medicine, professor, Belarusian State Medical University

PYATIGORSKAYA Nathalia Valer'evna, Doctor of Pharmacy, professor, Sechenov First Moscow State Medical University

RESHETNIKOV Vladimir Anatol'evich, Doctor of Medicine, professor, Sechenov First Moscow State Medical University

ZHANG Fengmin, MD, professor, Harbin Medical University

TANG Minke, Doctor of Philosophy, professor, Beijing University of Chinese Medicine

YAGUDINA Roza Ismailovna, Doctor of Pharmacy, professor, Semashko National Research Institute of Public Health

RATMANOV Pavel Eduardovich, MD, associate professor, Far Eastern State Medical University

СОДЕРЖАНИЕ

Лекарственные средства и медицинские технологии

Бельшева О. А. Необходимость организационного проекта нутритивной поддержки пациентов кардиохирургического профиля в стационаре	340
Абрамов Н. В., Петров А. Г., Андрианова Г. Н. Социально-ориентированные технологии, применяемые в лекарственном обеспечении инвалидов	344
Киоев А. К., Бурковская Ю. В. Телемедицинские технологии как инструмент оптимизации помощи пожилым пациентам	350
Арифуни Е. В., Садыкова Р. Н., Мингазова Э. Н. Пациентоцентричный подход в косметической дерматологии для этнических групп пациентов в различных странах, в том числе с применением искусственного интеллекта	355

Здравоохранение и фармацевтическая деятельность

Денисова М. Н., Пасько Д. Н., Синицына А. А., Нанешивили Э. Г. Текущее состояние сегмента производственных аптек с правом изготовления асептических лекарственных препаратов в Центральном федеральном округе России	361
Штерцер А. А. Интеграция здравоохранения новых субъектов в систему Российской Федерации	365
Булычева Е. В., Тупикова Н. Н. Субъективная оценка здоровья девушек в контексте поведенческих факторов образа жизни	368
Чупандина Е. Е., Журавлева Т. И., Чалая О. В., Алешина В. С. СТМ-имитаторы в ассортименте аптечной организации	374
Леонов Л. Г. Влияние дентофобии на качество жизни и обращаемость за стоматологической помощью	379
Гоголева С. Н., Синицына А. А. Современное состояние и перспективы развития российского рынка гомеопатических лекарственных препаратов	384

Вопросы управления, экономики, цифровизации

Кошечкин К. А., Спичак И. В., Калашников Р. В., Жиркова И. В. Разработка ИИ-системы для аудита документов систем менеджмента качества в фармацевтической отрасли	389
Давронов И. В., Суслонова Н. В., Гаранина И. А. Опыт цифровизации первичной медико-санитарной помощи «Дашборд по доступности»	397
Старжинская О. Б., Шишиов М. А. О понятийном аппарате государственного контроля (надзора) в сфере охраны здоровья	402

Медицинские и фармацевтические кадры: проблемы и пути решения

Гажева А. В., Сархадов Н. Ш. Роль квалификации медицинских работников в обеспечении эффективного функционирования системы здравоохранения	407
Егiazаров Ю. Г. Организационно-управленческие условия разработки и внедрения корпоративных программ оздоровления сотрудников	413

История медицины и фармации

Поверин А. В., Поверина Р. Я. История становления и развития системы медицинской реабилитации в России и за рубежом: обзор литературы	418
Махуль М. И., Максимов С. Л., Пашков К. А. Работа кафедры инфекционных болезней и эпидемиологии Российской университета медицины во время подъёма заболеваемости дифтерией в Российской Федерации в конце XX века	425
Лукманов А. Х. Историческая демография и социальная память: от переписей населения к современным исследованиям	431

CONTENTS

Medicines and medical technologies

Belysheva O. A. The need for an organizational project of nutritional support for cardiac surgery patients in the hospital	340
Abramov N. V., Petrov A. G., Andrianova G. N. Socially oriented technologies used in the provision of medical care for disabled people	344
Ktsoyev A. K., Burkovskaya Yu. V. Telemedicine technologies as a tool for optimizing care for elderly patients	350
Artsrouni E. V., Sadykova R. N., Mingazova E. N. Patient-centered approach in cosmetic dermatology for ethnic groups of patients in different countries, including using artificial intelligence	355

Healthcare and pharmaceutical activities

Denisova M. N., Pasko D. N., Sinitsyna A. A., Naneishvili E. G. The current state of the segment of industrial pharmacies with the right to manufacture aseptic drugs in the Central Federal District of Russia	361
Shterzter A. A. Integration of healthcare of the new subjects into the system of the Russian Federation	365
Bulycheva E. V., Tipikova N. N. Subjective assessment of girls' health in the context of behavioral lifestyle factors	368
Chupandina E. E., Zhuravleva T. I., Chalaya O. V., Aleshina V. S. PL-imitators in the assortment of pharmacy	374
Leonov L. G. The impact of dentophobia on the quality of life and access to dental care	379
Gogoleva S. N., Sinitsyna A. A. Current state and prospects for development of the russian market of homeopathic medicines	384

Issues of management, economics, digitalization

Koshechkin K. A., Spichak I. V., Kalashnikov R. V., Zhirova I. V. Development of an AI system for auditing documents of quality management systems in the pharmaceutical industry	389
Davronov I. V., Sushlanova N. V., Garanina I. A. Experience in the digitalization of primary health care «Dashboard on Accessibility»	397
Starzhinskaya O. B., Shishov M. A. On the conceptual apparatus of state control (supervision) in the field of health protection	402

Medical and pharmaceutical personnel: problems and solutions

Gazheva A. V., Sarkhadov N. S. The role of qualifications of medical workers in ensuring the effective functioning of the healthcare system	407
Egiazarov Yu. G. Organizational and managerial conditions for the development and implementation of corporate employee wellness programs	413

History of Medicine and Pharmacy

Poverin A. V., Poverina R. Ya. The history of the formation and development of the medical rehabilitation system in Russia and abroad: a literature review	418
Makhul M. I., Maximov S. L., Pashkov K. A. The work of the department of infectious diseases and epidemiology of the Russian University of Medicine during the rise of diphtheria cases in the Russian Federation at the end of the 20th century	425
Lukmanov A. Kh. Historical demography and social memory: from population censuses to modern research	431

Лекарственные средства и медицинские технологии

Научная статья

УДК 614.12

doi:10.32687/1561-5936-2025-29-4-340-343

Необходимость организационного проекта нутритивной поддержки пациентов кардиохирургического профиля в стационаре

Ольга Александровна Бельшева[✉]

Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы, Москва, Россия

alta90@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0002-4835-0304>

Аннотация. В статье обосновывается необходимость системного подхода к организации нутритивной поддержки у пациентов кардиохирургического профиля. Отмечается высокая распространённость белково-энергетической недостаточности среди данного контингента пациентов, обозначено влияние на исходы лечения и реабилитацию после операций на сердце. Рассматриваются причины недооценки нутритивной терапии и описываются организационные меры, направленные на стандартизацию процесса оценки, назначения и контроля питания. Разработка проекта представляется важным этапом оптимизации качества медицинской помощи и рационального использования ресурсов стационара.

Ключевые слова: питание; нутритивная поддержка; организационный проект; кардиохирургия; белково-энергетическая недостаточность; гиперкатаболизм; качество медицинской помощи

Для цитирования: Бельшева О. А. Необходимость организационного проекта нутритивной поддержки пациентов кардиохирургического профиля в стационаре // Ремедиум. 2025. Т. 29, № 4. С. 340—343. doi:10.32687/1561-5936-2025-29-4-340-343

Medicines and medical technologies

Original article

The need for an organizational project of nutritional support for cardiac surgery patients in the hospital

Olga A. Belysheva[✉]

Scientific Research Institute of Healthcare Organization and Medical Management of the Moscow Department of Healthcare", Moscow, Russia

alta90@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0002-4835-0304>

Abstract. The article substantiates the need for a systematic approach to organizing nutritional support for cardiac surgery patients. The high prevalence of protein—energy deficiency among this patient population is noted, as well as its impact on treatment outcomes and postoperative rehabilitation. The reasons for the underestimation of nutritional therapy in clinical practice are analyzed, and organizational measures aimed at standardizing the processes of assessment, prescription, and monitoring of nutrition are described. The development of such a project is considered an important step toward optimizing the quality of medical care and ensuring the rational use of hospital resources.

Keywords: nutrition; nutritional support; organizational model; cardiac surgery; protein—energy deficiency; hypercatabolism; quality of medical care

For citation: Belysheva O. A. The need for an organizational project of nutritional support for cardiac surgery patients in the hospital. *Remedium*. 2025;29(4):340—343. (In Russ.). doi:10.32687/1561-5936-2025-29-4-340-343

Введение

В последние десятилетия нутритивная поддержка прочно вошла в стандарты интенсивной терапии, однако в отечественных клинических практиках её реализация часто остаётся фрагментарной и недостаточно регламентированной. Особенно остро эта проблема проявляется у пациентов кардиохирургического профиля: выраженный операционный

стресс, коморбидность и возрастная структура контингента обусловливают высокий риск развития белково-энергетической недостаточности (БЭН), усиление катаболизма, ухудшение reparативных процессов, снижение доли мышечной массы, что приводит к быстрому истощению белково-энергетических резервов организма, ухудшает и пролонгирует послеоперационное восстановление и увеличива-

ет частоту осложнений [1, 2]. Несмотря на наличие международных клинических рекомендаций *European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN)*¹ и локальных нормативных документов российских медицинских организаций, регламентирующих нутритивную поддержку, на практике отсутствует унифицированная, встроенная в организационные регламенты модель нутритивной поддержки, которая бы обеспечивала системность, преемственность и контроль нутритивной поддержки. Отсутствие обозначенной организационной модели приводит к вариативности рекомендаций, недостаточному документированию и, как следствие, неравномерности качества оказываемой медицинской помощи. Данная работа нацелена на научное обоснование необходимости организационного проекта, который систематизирует скрининг, назначение, мониторинг и междисциплинарное взаимодействие, интегрируя нутритивную поддержку в цифровые и управляемые контуры медицинской организации.

Стоит отметить, что современные рекомендации профессиональных сообществ подчёркивают приоритет раннего начала энтерального питания, индивидуализации энергетических и белковых потребностей и обязательного мониторинга переносимости и эффективности нутритивной поддержки [3—5].

Организационные же аспекты определяют не менее значимую долю вариативности исходов, чем сугубо клинические факторы. Ключевыми барьерами являются: отсутствие единых регламентов форм фиксации степени БЭН и проводимой нутритивной поддержки, недостаточный уровень подготовки медицинского персонала, дефицит преемственности между отделениями медицинской организации, ограниченный ассортимент специализированных смесей. В совокупности эти факторы формируют «разрыв внедрения», преодоление которого возможно через проектный подход.

Проблема БЭН у кардиохирургических пациентов имеет двойную природу: клинико-биологическую и организационную. С одной стороны, у данной группы изначально высока вероятность саркопении, сниженного белкового синтеза и гиперкатаболизма вследствие системной воспалительной реакции на хирургическую агрессию. С другой — отсутствие стандартизированного скрининга и регламентов приводит к тому, что решения о нутритивной терапии принимаются ситуативно, в зависимости от личного опыта отдельных специалистов и, как правило, в уже тяжёлых, запущенных клинических ситуациях. Недостаточная осведомлённость и разобщённость процессов между отделением реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ), хирургическими и реабилитационными подразделениями усиливают вариативность практик. Следовательно, требуются организационные изменения, которые обеспечивают воспроизводимость, управляемость и прослеживаемость нутритивной поддержки.

Цель проекта — сформировать устойчивую организационную модель нутритивной поддержки пациентов кардиохирургического профиля, встроенную в клинические, цифровые и управляемые процессы стационара. Для достижения цели определены следующие задачи:

- 1) внедрение стандартизированного скрининга риска БЭН при поступлении и в ключевые переходные точки траектории пациента;
- 2) разработка и апробация алгоритмов назначения и коррекции нутритивной терапии с учётом клинических сценариев;
- 3) интеграция показателей нутритивного статуса и назначений в электронную медицинскую карту;
- 4) создание системы обучения и аттестации медицинского персонала;
- 5) построение мониторинга качества с набором ключевых индикаторов и регулярной обратной связью командам (дебрифинг).

Материалы и методы

Проект был реализован в формате организационного эксперимента с элементами до/после анализа. Исходными материалами служили регистровые данные стационара, сформированные на основании ежегодных отчётов стационара за 2021—2023 гг., локальные клинические протоколы, электронные медицинские записи и результаты лабораторно-инструментальных исследований. Методы исследования включали: описательный и аналитический анализ данных для оценки исходного состояния процессов нутритивной поддержки, методы сравнительного анализа показателей (распространённости риска развития и степени выраженности БЭН в постоперационном периоде среди пациентов кардиохирургического профиля, частота развития постоперационных осложнений, включая общую длительность госпитализации, количество проведённых гемотрансфузий, а также экономические расходы на нутритивную поддержку) до и после внедрения организационного проекта, статистическую обработку данных.

Результаты

Описательный анализ исходного состояния процессов нутритивной поддержки показал, что до внедрения организационного проекта системный подход к оценке нутритивного статуса в стационаре отсутствовал. Скрининг нутритивного риска при поступлении проводился нерегулярно. Фиксация данных о массе тела и индексе массы тела осуществлялась эпизодически и только в рамках предоперационного осмотра, без динамического контроля. Оценка эффективности и контроль за проводимой нутритивной поддержкой возлагалась на дежурных анестезиологов-реаниматологов и ограничивалась уровнем квалификации каждого врача, а также границами ОРИТ. В связи с этим нутритивная поддержка начиналась либо позднее 48 ч от поступления в ОРИТ и не продолжалась в отделении кардиохирургии, где пациенты получали стандартные виды диет. Внедрение скрининга в ведение электрон-

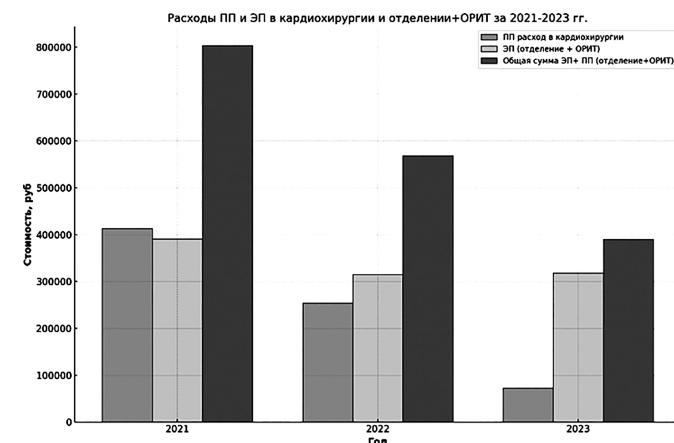
¹ ESPEN Guidelines & Consensus Papers. URL: <https://www.espen.org/guidelines-home/espen-guidelines> (дата обращения: 17.06.2025).

Таблица 1
Динамика степени БЭН, %

Год	Без БЭН	Лёгкая степень	Средняя степень	Тяжёлая степень
2021	38,3	56,8	4,7	0
2022	65,3	32,8	1,8	0
2023	77,5	22,5	0	0

ной медицинской карты позволило выявить высокую распространённость нутритивной недостаточности среди пациентов кардиохирургического профиля на разных этапах стационарного лечения, а также провести коррекцию нутритивного статуса в менее уязвимый, дооперационный период, что предотвратило утяжеление степени нутритивной недостаточности (табл. 1) и, как следствие, привело к снижению длительности госпитализации пациентов, риску развития инфекционных осложнений, пролежней и других серьёзных осложнений послеоперационного периода (табл. 2).

В результате исследования проведён анализ двух групп пролеченных пациентов: за 2021 г. — до организационного эксперимента и за 2022 и 2023 гг. — после внедрения организационного эксперимента (табл. 2). Обнаружено, что пациенты, госпитализированные в 2022 и 2023 гг., по сравнению с пациентами, госпитализированными в 2021 г., в 2,84 раза чаще имели делирий в послеоперационном периоде (95% ДИ 1,14—7,07; $p = 0,026$); в 1,29 раза реже требовали гемотрансфузий в послеоперационном периоде (95% ДИ 1,09—1,53; $p = 0,003$), имели статистически значимо большую длительность операции — медиана составила 230 мин против 170 мин у пациентов 2021 г. ($p < 0,001$), длительность искусств-



Динамика расходов на искусственное питание, потребовавшееся для нутритивной поддержки кардиохирургических пациентов за период с 2021 по 2023 г.

венного кровообращения была значимо выше — медиана составила 112 мин против 74 мин у пациентов 2021 г. ($p < 0,001$). Длительность искусственной вентиляции лёгких была статистически значимо меньше — медиана составила 4 ч против 4—6 ч у пациентов 2021 г. ($p = 0,011$). Длительность госпитализации в стационаре была статистически значимо меньше — медиана составила 12 дней против 18 дней у пациентов 2021 г. ($p < 0,001$). Длительность пребывания в ОРИТ была статистически значимо больше — медиана составила 3,8 дня против 3,0 дней у пациентов 2021 г. ($p = 0,002$). При этом частота госпитальной летальности была выше в 2022—2023 гг. (21,7%) по сравнению с 2021 г. (13,8%), однако различия не достигли статистической значимости ($p = 0,063$).

Сравнение исходов госпитализации

Параметр	Пациенты за 2021 ($n = 271$)	Пациенты за 2022 и 2023 гг. ($n = 554$)	p	Отношение рисков (95% ДИ)
Возникновение острого нарушения мозгового кровообращения в период госпитализации, n (%)	7 (2,6%)	7 (1,3%)	0,249	0,092
Делирий в послеоперационный период, n (%)	11 (4,1%)	39 (7,0%)		
Гемотрансфузия в послеоперационный период, n (%)	92 (33,9%)	137 (24,7%)	0,005*	1,37 [1,10; 1,71]
Наличие БЭН в послеоперационный период, n (%)	167 (61,6%)	157 (28,3%)	< 0,001*	2,17 [1,85; 2,56]
Степень БЭН в послеоперационный период, n (%)			0,326	
лёгкая	154 (92,2%)	149 (94,9%)		
средняя	13 (7,8%)	8 (5,1%)		
Острое повреждение почек в послеоперационный период, n (%)	26 (9,6%)	33 (6,0%)	0,057	
Сепсис в послеоперационный период, n (%)	14 (5,2%)	18 (3,2%)	0,180	
Пневмония в послеоперационный период, n (%)	21 (7,7%)	26 (4,7%)	0,075	
Обострение хронической обструктивной болезни лёгких в послеоперационный период, n (%)	39 (14,4%)	43 (7,8%)	0,003*	1,85 [1,23; 2,79]
Инфекция в области хирургической раны в послеоперационный период, n (%)	4 (1,5%)	4 (0,7%)	0,450	
Пролежни в послеоперационный период, n (%)	17 (6,3%)	11 (2,0%)	0,001*	3,16 [1,50; 6,65]
Длительность операции, мин	Ме = 170,0 [130,0; 208,0], 183,7 ± 74,0	Ме = 180,0 [134,0; 210,0], 188,1 ± 72,9	0,227	
Длительность искусственного кровообращения, мин	Ме = 73,0 [46,0; 104,0], 73,0 ± 56,5	Ме = 76,0 [56,0; 105,0], 80,1 ± 50,0	0,075	
Длительность искусственной вентиляции лёгких, ч	Ме = 4,0 [3,0; 5,0], 12,0 ± 48,8	Ме = 4,0 [3,0; 5,0], 8,1 ± 28,9	< 0,001*	
Длительность госпитализации в стационаре, дни	Ме = 14,0 [12,0; 18,0], 15,6 ± 4,2	Ме = 8,0 [7,0; 8,0], 9,1 ± 3,6	< 0,001*	
Длительность госпитализации в ОРИТ, дни	Ме = 1,0 [1,0; 3,0], 2,4 ± 2,3	Ме = 1,0 [1,0; 3,0], 2,0 ± 2,1	0,004*	
Госпитальная летальность, n (%)	24 (8,9%)	46 (8,3%)	0,789	

Также выполнен анализ влияния организационного эксперимента на экономическую составляющую работы стационара. При внедрении организационного эксперимента отмечалось увеличение работы койки за счёт снижения средней продолжительности госпитализации (койко-дня), снижении затрат на антибактериальную терапию и гемотрансфузии.

На основании отчётных документов аптеки медицинской организации нами проведён сравнительный анализ объёма искусственного питания, потребовавшегося для лечения пациентов кардиохирургического профиля, и потраченных средств на закупку этого питания за период с 2021 по 2023 г., а также динамика общих затрат на нутритивную поддержку на стационар за выбранный период (рисунок).

Заключение

Проблема нутритивной недостаточности у пациентов кардиохирургического профиля имеет как медицинское, так и организационное измерение.

Медицинская составляющая обусловлена высокой распространённостью нутритивной недостаточности среди госпитализированных пациентов кардиохирургического профиля в послеоперационном периоде, которая достигает 50—70%. Распространённость нутритивной недостаточности объясняется совокупностью факторов — выраженной операционного стресса, старшей возрастной группой пациентов (в среднем 65,7 лет), высокой коморбидной нагрузкой и частым наличием саркопении. К тому же у данной категории больных отмечаются высокая воспалительная активность, снижение синтеза белка и кatabолическая направленность обмена веществ.

Организационная же составляющая представлена отсутствием унифицированного обязательного заполнения медицинской документации, которая бы включала в себя скрининг нутритивного статуса на разных этапах стационарного лечения. Немаловажным аспектом является то, что назначение нутритивной поддержки не стандартизировано, часто носит эмпирический характер и зависит от уровня ориентированности врача в вопросах нутритивной поддержки. Контроль выполнения назначений и внесение данных о нутритивной терапии в электронную историю болезни в настоящее время не регламентированы и осуществляются неполно. Недостаточная информированность медицинского персонала о принципах нутритивной поддержки и отсутствие преемственности между отделениями приводят к вариативности назначений, а порой и к полному отсутствию нутритивной терапии у пациентов, нуждающихся в ней. Ситуация усугубляется ограниченным ассортиментом нутритивных смесей,

что не позволяет адаптировать питание к изменяющимся потребностям и стадии заболевания.

Эти обстоятельства создают разрыв между клиническими рекомендациями и реальной практикой, что делает необходимым системное организационное решение.

Создание и реализация организационного проекта позволяет систематизировать процессы оценки и коррекции нутритивного статуса, включить мероприятия по нутритивной поддержке в клинические рабочие процессы, оптимизировать использование кадровых и материальных ресурсов, а также повысить уровень профессиональной подготовки медицинского персонала и согласованность действий между отделениями.

Разработка и внедрение организационного проекта нутритивной поддержки пациентов в деятельность медицинских организаций представляет собой важное направление развития современной медицины. Реализация данного подхода позволит устранить существующие организационные несоответствия, унифицировать стандарты оценки и контроля нутритивного статуса, а также повысить эффективность использования ресурсов стационара. Внедрение модели способствует снижению частоты послеоперационных осложнений, улучшению клинических исходов и общему повышению качества медицинской помощи.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ломиворотов В. В., Ефремов С. М., Бобошко В. А. и др. Скрининг нутритивного статуса в кардиохирургии // Общая реаниматология. 2013. Т. 9, № 1. С. 43—50.
2. Лейдерман И. Н., Хачатуров С. А., Левит А. Л. Особенности нутритивной поддержки в кардиологии и кардиохирургии: современное состояние проблемы // Тихоокеанский медицинский журнал. 2007. № 2. С. 28—33. DOI: 10.1097/CCM.00000000000006711
3. Patel J. J., Martindale R. G., McClave S. A. Contemporary rationale for delivering enteral nutrition in critically ill adults // Crit. Care Med. 2025. Vol. 53, N 7. P. e1481—e1490.
4. Powers J. Nutritional therapy // Sole's Introduction to Critical Care Nursing-E-Book: Elsevier; 2024. P. 100.
5. Weimann A., Bezmarevic M., Braga M. et al. ESPEN guideline on clinical nutrition in surgery — Update 2025 // Clin. Nutr. 2025. Vol. 53. P. 222—261. DOI: 10.1016/j.clnu.2025.08.029

REFERENCES

1. Lomivorotov V. V., Efremov S. M., Boboshko V. A. et al. Screening of nutritional status in cardiac surgery. *General intensive care*. 2013;9(1):43—50.
2. Leiderman I. N., Khachaturov S. A., Levit A. L. Features of nutritional support in cardiology and cardiac surgery: current state of the problem. *Pacific Med. J.* 2007;2(28):28—33.
3. Patel J. J., Martindale R. G., McClave S. A. Contemporary rationale for delivering enteral nutrition in critically ill adults. *Crit. Care Med.* 2025; 53(7):e1481—e1490. DOI: 10.1097/CCM.00000000000006711
4. Powers J. Nutritional therapy. In: Sole's Introduction to Critical Care Nursing-E-Book: Elsevier; 2024. P. 100.
5. Weimann A., Bezmarevic M., Braga M. et al. ESPEN guideline on clinical nutrition in surgery — Update 2025. *Clin. Nutr.* 2025;53:222—261. DOI: 10.1016/j.clnu.2025.08.029

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

The author declares no conflicts of interests.

Статья поступила в редакцию 26.05.2025; одобрена после рецензирования 18.06.2025; принятая к публикации 06.11.2025.
The article was submitted 26.06.2025; approved after reviewing 18.06.2025; accepted for publication 06.11.2025.

Обзорная статья

УДК 615.03—056.24

doi:10.32687/1561-5936-2025-29-4-344-349

Социально-ориентированные технологии, применяемые в лекарственном обеспечении инвалидов

Николай Владимирович Абрамов¹✉, Андрей Георгиевич Петров²,
Галина Николаевна Андрианова³

^{1,3}Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия;

²Уральский государственный медицинский университет, Екатеринбург, Россия

¹anv.pharm@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0003-3682-6333>

²petrovandrey85@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0001-9543-1134>

³kuef@usma.ru, <https://orcid.org/0000-0002-8008-9994>

Аннотация. Социальная защита определённых групп граждан занимает ключевое положение среди государственных приоритетов. Особое внимание уделяется обеспечению инвалидов необходимыми медикаментами на льготных условиях, что закреплено в федеральных законах, нормативных актах страны и субъектов федерации, включая Кемеровскую область — Кузбасс. Базовым документом, регулирующим данную сферу, выступает Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ, устанавливающий основы здравоохранения в стране. Лекарственное обеспечение граждан осуществляется дифференцированно, исходя из уровня инвалидности каждого лица. Расходы на приобретение медикаментов компенсируются из бюджетов различных уровней власти согласно утвержденным перечням лекарственных препаратов. В этой связи особую актуальность приобретают социально-ориентированные технологии в лекарственном обеспечении инвалидов.

Ключевые слова: социально-ориентированные технологии; лекарственное обеспечение; инвалидность; инвалиды; нормативно-правовые документы

Для цитирования: Абрамов Н. В., Петров А. Г., Андрианова Г. Н. Социально-ориентированные технологии, применяемые в лекарственном обеспечении инвалидов // Ремедиум. 2025. Т. 29, № 4. С. 344—349. doi:10.32687/1561-5936-2025-29-4-344-349

Review article

Socially oriented technologies used in the provision of medical care for disabled people

Nikolay V. Abramov¹✉, Andrey G. Petrov¹, Galina N. Andrianova²

^{1,3}Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia;

²Ural State Medical University, Yekaterinburg, Russia

¹anv.pharm@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0003-3682-6333>

²petrovandrey85@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0001-9543-1134>

³kuef@usma.ru, <https://orcid.org/0000-0002-8008-9994>

Annotation. Social protection of certain groups of citizens occupies a key position among the state priorities. Special attention is paid to providing disabled people with necessary medicines on preferential terms, which is enshrined in federal laws, regulatory acts of the country and federal subjects, including the Kemerovo Region — Kuzbass. The basic document regulating this sphere is the following Federal Law No. 323-FZ of November 21, 2011, which establishes the basis of health care in the country. Drug provision of citizens is carried out differentiated, based on the level of disability of each person. Expenses for the purchase of medicines are compensated from the budgets of various levels of government according to the approved lists of medicines. In this regard, socially-oriented technologies used in the provision of medicines for the disabled are of particular relevance.

Keywords: socially-oriented technologies; drug provision; disability; persons with disabilities; regulatory documents

For citation: Abramov N. V., Petrov A. G., Andrianova G. N. Socially oriented technologies used in the provision of medical care for disabled people. *Remedium*. 2025;29(4):344–349. (In Russ.). doi:10.32687/1561-5936-2025-29-4-344-349

Введение

Центральной задачей текущего периода социально-экономического развития нашей страны является создание гармоничной социальной политики, направленной на удовлетворение потребностей населения. Среди ключевых ориентиров данной стратегии выделяются повышение качества жизни и укрепление общественного здоровья. Ориентированная на социальные нужды политика государства предполагает, что оптимизация медицинских услуг

должна в первую очередь гарантировать доступность лекарств гражданам вне зависимости от региона их проживания. Несмотря на позитивные экономические последствия проведённых реформ в здравоохранении, возник ряд негативных последствий, связанных с ухудшением показателей доступности и качества медицинской помощи, а также обеспечением препаратами нуждающихся слоев населения.

Существующая диспропорция в реализации фундаментального конституционного права населения

на охрану здоровья создаёт необходимость внедрения эффективных механизмов управления в данной сфере.

Хотя в России уже сформирована и функционирует комплексная система принципов государственной политики, направленная на расширение доступа населения к лекарственным средствам, вопрос обеспечения лекарственными препаратами остается актуальным, особенно в контексте поддержки людей с инвалидностью. Несмотря на реализацию комплекса мероприятий по модернизации системы лекарственного обеспечения (ЛО) и развитие различных форм медицинской помощи для лиц с ограниченными возможностями здоровья, по-прежнему наблюдаются существенные ограничения в доступности и качестве лекарственной помощи.

Международное научное сообщество активно ведёт исследования в направлении совершенствования системы ЛО, уделяя особое внимание внедрению социально-ориентированных технологий.

В связи с этим особую актуальность приобретает задача разработки инновационных, социально-ориентированных подходов к оптимизации ЛО на региональном уровне, что может стать значимым шагом в решении существующих проблем в данной сфере.

Цель исследования — охарактеризовать концепции развития социально-ориентированных технологий, применяемых в ЛО инвалидов, и выявить их особенности.

Материалы и методы

Проведён контент-анализ нормативно-правовых документов и научной литературы, касающихся социально-ориентированных технологий ЛО лиц с инвалидностью. Использовали методы систематизации материалов, логического, логико-семантического, ретроспективного и сравнительного анализа.

Такой методологический инструментарий позволил всесторонне исследовать как общие черты, так и существенные различия между рассматриваемыми концептами, что стало основой для дальнейшего анализа их сущностных характеристик.

Результаты

Инвалидами считаются люди с нарушениями здоровья. Проблема инвалидности характеризуется не только физическими сложностями, но и социальными препятствиями, такими как сложности в получении образования и поиске работы, менее заметными в обществе. Современные эффективные инициативы по поддержке лиц с ограниченными возможностями в России и регионе Кузбасс сосредоточены на развитии специализированной инфраструктуры и предоставлении специализированных услуг, благодаря которым инвалиды получают возможность вести независимую жизнь, уменьшая свою зависимость от прямой материальной помощи государства.

Современная мировая практика осмыслиения проблем инвалидности постепенно смещается от исключительно медицинского подхода к комплексному биосоциальному (биопсихосоциологическо-

му) направлению, обращающему внимание не только на функциональные нарушения организма, но и на возникающие вследствие этого барьеры, препятствующие полноправному участию в общественной жизни и полноценному взаимодействию с окружающим миром [1].

Анализ данной социально-значимой проблематики характеризуется рядом специфических особенностей, обусловленных особенностями учёта лиц с ограниченными возможностями здоровья. Примечательно, что в этой сфере наблюдаются две противоположные тенденции: с одной стороны, недостаточная выявляемость и официальная регистрация инвалидности, с другой — стремление части населения оформить инвалидность как постоянный источник материального обеспечения, что напрямую коррелирует с текущей социально-экономической стратегией государства.

Комплексное сопоставление статистических показателей по различным регионам Российской Федерации, касающихся вопросов инвалидности, позволяет не только выявить существенные межрегиональные различия, но и проследить ежегодные изменения в динамике. Это создаёт необходимую методологическую базу для объективной оценки результативности реализуемых на региональном уровне программ и мероприятий по решению данной проблемы.

В Российской Федерации в 2008 г. была инициирована государственная программа «Доступная среда»², реализуемая в два этапа: в 2011—2021 и 2022—2030 гг. В 2012 г. Россия присоединилась к международному соглашению — Конвенции ООН о правах инвалидов, которая предусматривает обеспечение открытого доступа к статистическим данным о населении с ограниченными возможностями здоровья³.

ВОЗ в своих аналитических материалах делает акцент на необходимость совершенствования методологии сбора и стандартизации информации о населении с инвалидностью. В 2017 г. в России запустили специализированный информационный ресурс — Федеральный реестр инвалидов, который существенно расширил возможности для статистического анализа данной проблематики⁴.

Согласно актуальным данным, каждый двенадцатый совершеннолетний россиянин имеет статус инвалида. Анализ общероссийской статистики показывает устойчивую тенденцию к снижению количества взрослых граждан, впервые получающих инвалидность: с 62,7 случаев в 2014 г. до 48,6 на 10 тыс. населения в 2022 г.

² Государственная программа Российской Федерации «Доступная среда». URL: <https://mintrud.gov.ru/ministry/programms/3/0> (дата обращения: 20.06.2025).

³ Конвенция о правах инвалидов. URL: https://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/disability.shtml (дата обращения: 20.06.2025); Всемирный доклад об инвалидности. Всемирная организация здравоохранения, 2011. URL: https://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/disability.shtml (дата обращения: 20.06.2025).

⁴ Федеральный реестр инвалидов. URL: <https://sfri.ru/> (дата обращения: 20.06.2025).

В настоящее время в структуре инвалидности лидирующую позицию занимают злокачественные новообразования. На начало 2019 г. показатель достиг 35% общего числа случаев. Значительную долю также составляют заболевания сердечно-сосудистой системы (29%), которые до 2015 г. занимали первое место среди причин инвалидности взрослого населения.

Несмотря на очевидную актуальность, комплексное исследование вопросов медицинской и лекарственной помощи лицам с инвалидностью, а также анализ влияния различных социально-правовых факторов на инвалидность в обществе остаётся недостаточно представленным в научной литературе. При этом изучение экономических и социально-правовых аспектов проблемы инвалидизации, а также применение социально-ориентированных технологий позволяют выявить ключевые факторы, определяющие уровень инвалидизации населения.

Анализ научной литературы в избранной сфере исследований выявил, что концепция социальных технологий базируется на трудах выдающихся мыслителей прошлого века: М. Вебера, К. Поппера, Н. Стефанова, М. Маркова, О. Хелмера, Г. Щедровицкого и др. [2, 3]. В России дискуссии вокруг социальных технологий начались лишь в 1990-е гг., совпадая с масштабными переменами в общественных структурах и сферах жизнедеятельности [2, 4].

Сам термин «социально-ориентированные технологии» впервые предложил известный австрийский социолог середины XX столетия Карл Поппер. Его концепция заключалась в выделении особых видов технологического проектирования, направленных на разрешение важнейших общественных нужд. Суть такой технологической деятельности состояла именно в поэтапном воплощении запланированных изменений в социальную реальность [5].

Согласно позиции В. Г. Афанасьева и Н. Стефанова, социальная технология представляет собой специфичную активность, направленную на достижение определённой цели путём целенаправленного преобразования объекта воздействия [6, 7].

М. Марков определяет социальные технологии как методологию осуществления сложных процессов, состоящую в пошаговом делении процесса на последовательность согласованно связанных этапов и процедур. Характерными чертами любой технологии являются чёткое разбиение процесса на отдельные стадии, шаги и операции, взаимодополняющие друг друга, а также строгая регламентированность исполнения составляющих элементов, обеспечивающая гарантированное получение желаемого итогового результата [8].

Любые инструменты, применяемые для упорядочивания коллективной жизнедеятельности человеческого сообщества и выражаемые через соответствующие ценности, нормы и общественные институты, целесообразно обозначать как формы социальной технологии [9].

А. К. Зайцев утверждает, что социальные технологии включают накопленные знания о методах и инструментах организации социальных явлений, а

также саму практику мероприятий, позволяющих достигать конкретных результатов [10].

По С. В. Брусову, социальные технологии понимаются как механизмы взаимодействия способностей и потребностей индивидов между духовной и материальной деятельностью [11].

В. И. Добреньков и Л. Я. Дятченко определяют социальную технологию как детально проработанный порядок выполнения шагов в разных аспектах социальной сферы: управлении, обучении, исследованиях, творческом самовыражении [12, 13]. Они подчёркивают, что такие технологии формируются исторически либо возникают в ответ на потребность быстро распространять новые виды активности широким массам населения.

В. Н. Иванов и Э. А. Капитонов выделяют ключевые компоненты понятия «социальная технология»:

- систематизированная сфера знаний, охватывающая методы и приёмы повышения эффективности функционирования человека в ситуации возрастающего влияния внешних факторов, ускорения темпов изменений и постоянного обновления общественных механизмов;
- особая форма организации деятельности, основанная на научно обоснованном дроблении процесса на составные элементы и последующие мероприятия, предполагающие грамотное распределение ресурсов и выбор наилучших инструментов для достижения оптимального результата;
- методика эффективного управления общественными процессами, обеспечивающая устойчивое воспроизведение заданных характеристик и качеств, таких как количественный уровень, качественные показатели, целостность и эффективность протекающих социальных процессов [14, 15].

Ю. П. Сурмин и Н. В. Туленков указывают на следующие ключевые интерпретации термина «социальная технология»:

- комплекс методик, орудий, объектов и приёмов, используемых человеком для активного вмешательства в ход социальных процессов и функционирование социальных институтов;
- процесс передачи опыта и знаний по использованию социальных технологий;
- научная дисциплина, изучающая принципы формирования, популяризации и применение техник и алгоритмов преобразовательной деятельности;
- фундаментальная черта осознанного совершенствования субъектами социальных отношений и практик [16, 17].

Подводя итоги мнениям ведущих специалистов, можно утверждать, что социальная технология воспринимается как подвижная система, нацеленная на реализацию чётко сформулированных задач и достижение положительных эффектов в значимой для общества сфере.

Следовательно, основываясь на результатах критического анализа научной литературы, можно сде-

лать вывод о том, что главная миссия социальных технологий заключается в эффективном разрешении важных общественных вопросов и удовлетворении социальных запросов населения.

Логический анализ приводит к тому, что в рамках настоящего обзора правильнее употреблять понятие «социальная» или «социально ориентированная» технология ЛО. Первый термин следует понимать как перенос и адаптацию традиционных социальных технологий к процессу предоставления лекарств, подразумевая детальное деление его на отдельные этапы. Во втором варианте речь идёт непосредственно о самой технологии ЛО, чья конечная цель носит ярко выраженный общественный характер.

Социально ориентированными некоммерческими организациями считаются объединения, занятые решением социальных проблем, развитием гражданского общества в Российской Федерации [18—21]. Социально-ориентированные технологии активно применяются в различных направлениях науки и практических отраслей деятельности человека [22]. Использование социально-ориентированных технологий в системе ЛО обладает своей спецификой, поскольку само понятие ЛО располагается ниже в иерархии понятий, начинающейся с экономики и проходящей через экономику фармации [23].

Внешняя среда понятийной системы характеризуется рядом принципиальных моментов:

- принцип социального государства устанавливает ст. 7 Конституции РФ, политика которого нацелена на формирование условий, обеспечивающих человеку достойную жизнь и возможности свободного развития;
- принцип социальной направленности стратегий и планов реализован нормативными правовыми актами на самом высоком государственном уровне и затем конкретизируется в виде оперативных мер по мере перехода к производственным и непроизводственным областям деятельности [24].

Именно на данном уровне иерархии понятий наблюдается большая степень детализации социально ориентированных технологий, их концентрация на сравнительно узких целевых группах, таких как пациенты-инвалиды.

Одновременно широко признано, что лекарственные препараты относятся к категории товаров, имеющих особое общественное значение, т. к. удовлетворяют одну из базовых жизненных потребностей человека — сохранить и поддерживать свое здоровье. На федеральном и региональном уровнях власти разработаны специальные программы, предоставляющие дополнительные гарантии уязвимым слоям населения.

Оптимальным способом нахождения равновесия между экономической выгодой и социальным аспектом терапии больных с особыми потребностями считается внедрение концепции индивидуальной специализированной фармацевтической помощи, учитывающее постоянное взаимодействие вра-

чей и фармацевтических работников с пациентами, снижающее вероятность побочных реакций и осложнений лекарственной терапии (оценка роли социальных факторов) [25—28].

Следует подчеркнуть следующие особенности ЛО как элемента системы социально значимых общественных благ:

- ЛО относится к социально-ориентированным видам деятельности, поскольку лекарственные препараты представляют собой товары первой необходимости, спрос на которые отличается низкой эластичностью;
- оценивать результаты ЛО достаточно сложно;
- организация ЛО обусловлена множеством факторов, отражающих социально-экономические условия, инфраструктуру и географию региона;
- уровень подготовки, компетенции и профессионализм работников здравоохранения и фармации играют значительную роль в обеспечении надлежащего уровня ЛО;
- как элемент системы социально значимых общественных благ ЛО обладает объективной составляющей — самим препаратом, и субъективной стороной — отношением пациента к самому продукту и участникам процесса ЛО.

Обсуждение

Следует подчеркнуть, что определённые понятия и содержательная основа концепции социально-ориентированных технологий ЛО могут послужить научным фундаментом для построения методики исследования в ЛО инвалидов.

Итоговая задача, стоящая перед разработкой концепции социально-ориентированных технологий в ЛО, состоит в обосновании выбора совокупности факторов и приоритетных инструментов данных технологий. Этот комплекс факторов и инструментов образует структуру, включающую методологическую базу, посвящённую рассмотрению методологических подходов к исследованию, оцениванию и построению моделей социально-ориентированных технологий.

Для разработки рекомендаций по совершенствованию системы ЛО в современных реалиях важно располагать проверенной информацией, отражающей актуальные состояния: теоретические основы социальных технологий; система ЛО; региональные административно-территориальные единицы; кадровый состав фармацевтической отрасли; население как основной потребитель лекарственных средств. Эти направления формируют целостную картину текущего состояния ЛО и обеспечивают базу для принятия эффективных решений по улучшению системы.

Заключение

Современное понимание инвалидности выходит далеко за рамки медицинского диагноза, ставя в центр внимания преодоление социальных препятствий и повышение качества жизни людей с ограниченными возможностями. Использование социаль-

но-ориентированных технологий и методов становится ключевым инструментом решения данной сложной проблемы. Термин «социально-ориентированные технологии» подчёркивает важность планирования и реализации проектов, направленных на удовлетворение потребностей отдельных категорий граждан, особенно инвалидов, обеспечивая структурированную организацию действий и последовательное выполнение поставленных целей.

Отличительная особенность применения социальных технологий в системе ЛО состоит в координации усилий всех заинтересованных сторон, участвующих в обращении лекарственных средств, направленной на достижение конкретных результатов, выраженных в ключевых показателях или целевых индикаторах состояния ЛО инвалидов.

Актуальность специализированной фармацевтической помощи лицам с инвалидностью как потенциального варианта высокоеффективной социально-ориентированной технологии ЛО в фармации является актуальной темой для дальнейших исследований.

ЛИТЕРАТУРА

1. Инвалидность и социальное положение инвалидов в России / под ред. Т. М. Малевой. М.; 2017. 256 с.
2. Бурмыкина И. В. Методологические основания теории социальных технологий современности // Вестник Московского университета. Серия 18. Социология и политология. 2013. № 4. С. 151—161.
3. Сычева И. В. Социально ориентированная экономика: содержание, характеристики, модели // Известия Тульского государственного университета. Экономические и юридические науки. 2017. № 2—1. С. 222—232.
4. Калашников С. В. Функциональная теория социального государства. М.; 2002. 188 с.
5. Поппер К. Открытое общество и его враги. М.; 1992. Т. 1. 446 с.; Т. 2. 525 с.
6. Афанасьев В. Г. Человек в управлении обществом. М.; 1977. 382 с.
7. Стефанов Н. Общественные науки и социальная технология. М.; 1976. 250 с.
8. Марков М. Технология и эффективность социального управления. М.; 1982. 267 с.
9. Маркарян Э. С. Теория культуры и современная наука: логико-методологический анализ. М.; 1983. 284 с.
10. Зайцев А. К. Внедрение социальных технологий в практику управления: учебное пособие для руководителей и специалистов предприятий. М.; 1989. 256 с.
11. Брусов С. Специфика социальных технологий и их использование в сфере культуры и досуга. Культурно-досуговая деятельность: перспективы развития и проблемы регулирования: сборник научных трудов. Свердловск; 1991. 108 с.
12. Дятченко Л. Я. Социальные технологии в управлении общественными процессами. Белгород; 1993. 343 с.
13. Социологический энциклопедический словарь / под ред. Г. В. Осипова. М.; 2000. 481 с.
14. Социальные технологии: толковый словарь / под ред. В. Н. Иванова. М.; 1995. 309 с.
15. Капитонов Э. А. Социология XX века: история и технологии: учебное пособие. Ростов-на-Дону; 1996. 508 с.
16. Сурмин Ю. П. Теория социальных технологий: учебное пособие. Киев; 2004. 608 с.
17. Ланда Н. М. Современный словарь иностранных слов. М.; 2001. 740 с.
18. Маценко Е. И. Социальная защита лиц в клинических исследованиях лекарственных препаратов для медицинского применения: дис. ... канд. юрид. наук. СПб., 2017. 216 с.
19. Миронова Т. К. Право на лекарственную помощь и лекарственное обеспечение // Вопросы российского и международного права. 2016. № 5. С. 97—112.

20. Плесовский П. А. Медицинская услуга как социальное и экономическое благо. Корпоративное управление и инновационное развитие экономики Севера // Вестник научно-исследовательского центра корпоративного права, управления и венчурного инвестирования Сыктывкарского государственного университета. 2007. № 4. С. 54—62.
21. Подвязникова М. В. Правовое регулирование лекарственной помощи в системе социального обеспечения: автореф. дис. ... канд. юрид. наук. Екатеринбург; 2015. 26 с.
22. Савенкова О. Ю. Стратегия социально ориентированного развития сельских территорий: автореф. дис. ... д-ра экон. наук. Воронеж; 2016. 49 с.
23. Глембоцкая Г. Т., Богатырев С. А. Лекарственное обеспечение как один из путей повышения привлекательности медицинского страхования в условиях экономического кризиса // Фармация. 2010. № 4. С. 25—28.
24. Копилевич В. В. Социально ориентированная бюджетно-страховая модель финансирования лекарственного обеспечения в Российской Федерации: автореф. дис. ... канд. экон. наук. Томск; 2012. 28 с.
25. Besançon L. Pharmaceutical care. Summary of a survey from the Council of Europe. FIP; 2010. 31 p.
26. Hepler C. D. The future of pharmacy: pharmaceutical care // Am. Pharm. 1990. Vol. 30, N 10. P. 23—29. DOI: 10.1016/s0160-3450(16)33605—4
27. Kales S. N., Tsismenakis A. J., Zhang C., Soteriades E. S. Blood pressure in firefighters, police officers, and other emergency responders // Am. J. Hypertens. 2009. Vol. 22, N 1. P. 11—20. DOI: 10.1038/ajh.2008.296
28. Дрёмова Н.Б., Овод А. И., Коржавых Э. А. Основы фармацевтической помощи в здравоохранении. Курск; 2009. 409 с.

REFERENCES

1. Maleva T. M., ed. Disability and social status of disabled people in Russia. Moscow; 2017. 256 p. (In Russ.)
2. Burmykina I. V. Methodological foundations of the theory of social technologies of our time. *Bulletin of Moscow University. Series 18. Sociology and political science*. 2013;(4):151—161. (In Russ.)
3. Sycheva I. V. Socially oriented economy: content, characteristics, models. *Bulletin of Tula State University. Economic and legal sciences*. 2017;(2—1):222—232. (In Russ.)
4. Kalashnikov S. V. Functional theory of the social state. Moscow; 2002. 188 p. (In Russ.)
5. Popper K. Open society and its enemies. Moscow; 1992. Vol. 1. 446 p. Vol. 2. 525 p. (In Russ.)
6. Afanasyev V. G. Man in the management of society. Moscow; 1977. 382 p. (In Russ.)
7. Stefanov N. Social sciences and social technology. Moscow; 1976. 250 p. (In Russ.)
8. Markov M. Technology and efficiency of social management. Moscow; 1982. 267 p. (In Russ.)
9. Markaryan E. S. Theory of culture and modern science: logical and methodological analysis. Moscow; 1983. 284 p. (In Russ.)
10. Zaitsev A. K. Implementation of social technologies in management practice. Textbook for managers and specialists of enterprises. Moscow; 1989. 256 p. (In Russ.)
11. Brusov S. Specificity of social technologies and their use in the sphere of culture and leisure. Cultural and leisure activities: development prospects and regulation problems: collection of scientific papers. Sverdlovsk; 1991. 108 p. (In Russ.)
12. Dyatchenko L. Ya. Social technologies in managing social processes. Belgorod; 1993. 343 p. (In Russ.)
13. Osipov G. V., ed. Sociological encyclopedic dictionary. Moscow; 2000. 481 p. (In Russ.)
14. Ivanov V. N., ed. Social technologies: explanatory dictionary. Moscow; 1995. 309 p. (In Russ.)
15. Kapitonov E. A. Sociology of the 20th century: history and technology: textbook. Manual. Rostov-on-Don; 1996. 508 p. (In Russ.)
16. Surmin Yu. P. Theory of social technologies: textbook. Manual. Kyiv; 2004. 608 p. (In Russ.)
17. Landa N. M. Modern dictionary of foreign words: Moscow; 2001. 740 p. (In Russ.)
18. Matsenko E. I. Social protection of individuals in clinical trials of drugs for medical use: dis. ... Cand. of Sci. (Law). St. Petersburg; 2017. 216 p. (In Russ.)
19. Mironova T. K. The right to drug care and drug provision. *Issues of Russian and international law*. 2016;(5):97—112. (In Russ.)
20. Plesovsky P. A. Medical service as a social and economic benefit. Corporate governance and innovative development of the econ-

omy of the North. *Bulletin of the Research Center for Corporate Law, Management and Venture Investment of Syktyvkar State University*. 2007;(4):54—62. (In Russ.)

21. Podvyaznikova M. V. Legal regulation of drug care in the social security system: author's abstract. diss. ... Cand. Sci. (Law). Ekaterinburg; 2015. 26 p. (In Russ.)

22. Savenkova O. Yu. Strategy for socially oriented development of rural territories: author's abstract. diss. ... Dr. of Economics. Voronezh; 2016. 49 p.

23. Glembotskaya G. T., Bogatyrev S. A. Drug provision as one of the ways to increase the attractiveness of health insurance in the context of the economic crisis. *Pharmacy*. 2010;(4):25—28. (In Russ.)

24. Kopilevich V. V. Socially oriented budget-insurance model of financing drug provision in the Russian Federation: author's abstract. dis. ... Cand. Sci. (Econ.). Tomsk; 2012. 28 p. (In Russ.)

25. Besançon L. Pharmaceutical care. Summary of a survey from the Council of Europe. FIP; 2010. 31 p.

26. Hepler C. D. The future of pharmacy: pharmaceutical care. *Am. Pharm.* 1990;30(10):23—29. DOI: 10.1016/s0160-3450(16)33605—4

27. Kales S. N., Tsismenakis A. J., Zhang C., Soteriades E. S. Blood pressure in firefighters, police officers, and other emergency responders. *Am. J. Hypertens.* 2009;22(1):11—20. DOI: 10.1038/ajh.2008.296

28. Dryomova N. B., Ovod A. I., Korzhavykh E. A. Fundamentals of pharmaceutical care in health care. Kursk; 2009. 409 p. (In Russ.)

Вклад авторов: все авторы сделали эквивалентный вклад в подготовку публикации.
Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Contribution of the authors: the authors contributed equally to this article.

The authors declare no conflicts of interests.

Статья поступила в редакцию 26.05.2025; одобрена после рецензирования 18.06.2025; принятая к публикации 06.11.2025.
The article was submitted 26.06.2025; approved after reviewing 18.06.2025; accepted for publication 06.11.2025.

Научная статья

УДК 314.44

doi:10.32687/1561-5936-2025-29-4-350-354

Телемедицинские технологии как инструмент оптимизации помощи пожилым пациентам

Азamat Казбекович Ктоев¹, Юлия Валерьевна Бурковская²

^{1,2}Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента
Департамента здравоохранения города Москвы, Москва, Россия

¹azikktcoev97@mail.ru, <https://orcid.org/0009-0009-3452-1561>

²niiozmm@zdrav.mos.ru, <https://orcid.org/0000-0002-7620-0207>

Аннотация. В статье рассматривается потенциал телемедицинских технологий в оптимизации помощи пожилым пациентам. На основе полуструктурированных интервью экспертов были выявлены ключевые факторы, определяющие успешность адаптации телемедицины к потребностям данной возрастной группы. Анализ экспертных оценок позволил выделить проблемы, препятствующие адаптации, и предложить рекомендации по разработке и внедрению телемедицинских решений, учитывающих особенности пожилых людей. Результаты исследования могут быть использованы для повышения доступности и качества медицинской помощи пожилым людям.

Ключевые слова: телемедицина; пожилые люди; адаптация; экспертные оценки; оптимизация; здравоохранение

Для цитирования: Ктоев А. К., Бурковская Ю. В. Телемедицинские технологии как инструмент оптимизации помощи пожилым пациентам // Ремедиум. 2025. Т. 29, № 4. С. 350—354. doi:10.32687/1561-5936-2025-29-4-350-354

Original article

Telemedicine technologies as a tool for optimizing care for elderly patients

Azamat K. Ktsoyev¹, Yulia V. Burkovskaya²

^{1,2}Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management of the Moscow Healthcare Department, Moscow, Russia

¹azikktcoev97@mail.ru, <https://orcid.org/0009-0009-3452-1561>

²niiozmm@zdrav.mos.ru, <https://orcid.org/0000-0002-7620-0207>

Abstract. This article explores the potential of telemedicine technologies in optimizing the care of elderly patients. Based on semi-structured interviews with experts, key factors were identified that determine the successful adaptation of telemedicine to the needs of this age group. The analysis of expert assessments revealed the challenges that hinder adaptation and provided recommendations for the development and implementation of telemedicine solutions that take into account the specific needs of the elderly. The results of this study can be used to improve the accessibility and quality of healthcare for the elderly.

Keywords: telemedicine; elderly people; adaptation; expert assessments; optimization; healthcare

For citation: Ktsoyev A. K., Burkovskaya Yu. V. Telemedicine technologies as a tool for optimizing care for elderly patients. *Remedium*. 2025;29(4):350–354. (In Russ.). doi:10.32687/1561-5936-2025-29-4-350-354

Введение

Актуальность настоящего исследования обусловлена глобальной тенденцией старения населения [1] и в связи с этим растущей потребностью в обеспечении доступной и качественной медицинской помощи пожилым людям [2]. Увеличение продолжительности жизни сопровождается ростом распространённости хронических заболеваний, требующих регулярного наблюдения [3, 4] и частого обращения к врачам [5, 6]. В условиях ограниченности ресурсов [7, 8] системы здравоохранения новые телемедицинские (ТМ) технологии рассматриваются как перспективный в будущем инструмент оптимизации медицинской помощи, особенно для пожилых пациентов [9], в особенности для проживающих в отдалённых районах [10] или имеющих ограниченную мобильность [11].

Научная проблема заключается в недостаточной изученности факторов, влияющих на успешную адаптацию ТМ к потребностям пожилых людей, а также в отсутствии научно обоснованных рекомендаций по разработке и внедрению ТМ-решений, учитывающих специфические особенности данной возрастной группы.

Цель исследования состоит в выявлении экспертных оценок возможностей и ограничений ТМ-технологий для пожилых людей, а также в определении ключевых факторов, влияющих на успешную адаптацию ТМ к потребностям данной возрастной группы.

Научная новизна исследования заключается в систематизации и обобщении экспертного опыта по вопросам адаптации ТМ к потребностям пожилых людей, а также в разработке практических рекомендаций по созданию и внедрению ТМ-решений, уч-

тывающих специфические особенности данной возрастной группы. Результаты проведённого исследования могут быть использованы для разработки стратегий развития ТМ, направленных на повышение доступности и качества медицинской помощи пожилым людям.

Материалы и методы

Настоящее исследование, направленное на выявление потенциала ТМ-технологий в оптимизации помощи пожилым пациентам, основано на качественной методологии, а именно на проведении полуструктурированных интервью с экспертами. В качестве основного метода сбора эмпирических данных был выбран полуструктурированный формат интервью, позволяющий сочетать заранее определённый круг вопросов с возможностью гибкого обсуждения возникающих тем и углубления в интересующие исследователя аспекты.

Эмпирической базой исследования послужили интервью с 42 экспертами, представляющими различные сферы, связанные с ТМ и помощью пожилым людям. В частности, в число респондентов вошли врачи-гериатры, специалисты по информационным технологиям в здравоохранении, представители организаций, занимающихся разработкой и внедрением ТМ-решений, а также эксперты в области социальной работы с пожилыми людьми. Такой состав экспертной группы позволил обеспечить комплексный подход к проблеме и учесть различные аспекты, связанные с адаптацией ТМ к потребностям пожилых пациентов.

Отбор экспертов осуществлялся на основе принципов целенаправленной выборки, обеспечивающей включение в исследование наиболее компетентных и информированных специалистов. Критериями отбора были: опыт работы в сфере ТМ и/или помощи пожилым людям не менее 5 лет, наличие публикаций по теме исследования, участие в реализации проектов, связанных с ТМ и гериатрией, а также наличие экспертного мнения по вопросам, связанным с использованием ТМ-технологий для пожилых людей.

Полученные в ходе интервью данные были подвергнуты качественному контент-анализу, направленному на выявление ключевых тем, проблем и перспектив, связанных с адаптацией ТМ к потребностям пожилых пациентов. В процессе анализа использовались методы кодирования и категоризации данных, позволяющие систематизировать информацию и выявить наиболее значимые закономерности и тенденции.

Результаты и обсуждение

В современных условиях адаптация ТМ-технологий к потребностям пожилых пациентов представляет собой многоаспектную задачу [12, 13], требующую учёта специфических факторов, обусловленных возрастными изменениями и социально-культурными особенностями данной группы населения. Опрошенные эксперты говорят, что, в отличие от более молодых пользователей, которые относитель-

Проблемы адаптации ТМ для пожилых людей (оценка экспертами значимости (от 1 до 5, где 5 — наиболее значимо), баллы)

Проблема	Баллы	Описание
Низкая технологическая грамотность и навыки использования	5	Недостаточные навыки работы с компьютером, смартфоном, планшетом и программным обеспечением, необходимым для ТМ-консультаций
Физические ограничения (зрение, слух, моторика)	4	Проблемы со зрением (мелкий шрифт, нечёткое изображение), слухом (плохая слышимость), моторикой (сложности с использованием сенсорных экранов и кнопок)
Когнитивные нарушения	4	Снижение памяти, внимания, скорости обработки информации, что затрудняет понимание инструкций и участие в ТМ-консультациях
Ограниченный доступ к интернету и устройствам	4	Отсутствие или дороговизна доступа к стабильному и высокоскоростному интернету, отсутствие необходимых устройств (компьютера, смартфона, планшета)
Социальная изоляция и одиночество	3	Отсутствие поддержки со стороны семьи и друзей, социальная изоляция, которые приводят к неуверенности и отказу от использования ТМ
Опасения по поводу конфиденциальности данных	3	Беспокойство по поводу защиты личной медицинской информации и конфиденциальности ТМ-консультаций
Отсутствие личного контакта с врачом	3	Предпочтение традиционным очным консультациям из-за необходимости личного контакта с врачом и доверия к нему
Недостаточная осведомлённость о ТМ	3	Низкая осведомлённость о возможностях ТМ и её преимуществах, отсутствие информации о том, как записаться на консультацию и получить необходимую помощь
Сложность измерения физиологических параметров в домашних условиях	2	Проблемы с самостоятельным измерением артериального давления, пульса, уровня сахара в крови и других физиологических параметров, необходимых для ТМ-консультации
Языковой барьер (для тех, кто не говорит на языке консультации)	2	Сложности с пониманием языка консультации, особенно при использовании сложных медицинских терминов

но легко осваивают новые технологии, пожилые люди могут сталкиваться с целым рядом препятствий, мешающих их успешному использованию услуг ТМ.

Одним из ключевых аспектов, как отмечают эксперты, является учёт снижения когнитивных функций, таких как память, внимание и скорость обработки информации. Но это далеко не весь перечень, который дают эксперты в своих высказываниях. Приведём оценку, которую дали в своих интервью опрошенные нами эксперты специфическим проблемам, которые они выделили в осуществлении адаптации ТМ для пожилых людей (таблица).

Дадим пояснения оценкам, которые поставили эксперты выделенным ими проблемам адаптации ТМ для пожилых людей:

- 5 — наиболее значимая проблема (требует немедленного и приоритетного решения, оказывает существенное влияние на адаптацию ТМ);
- 4 — очень серьёзная проблема: требует решения в ближайшее время, оказывает значительное влияние на адаптацию ТМ);
- 3 — значимая проблема: требует решения, оказывает умеренное влияние на адаптацию ТМ);
- 2 — менее значимая проблема: требует решения, оказывает незначительное влияние на адаптацию ТМ);

- 1 — незначительная проблема: не требует немедленного решения, оказывает минимальное влияние на внедрение ТМ.

Эти данные, полученные в ходе анализа интервью, представляют собой оценку, основанную на экспертных представлениях о проблемах адаптации ТМ для пожилых людей. Однако реальная значимость проблем может варьироваться в зависимости от конкретного региона, культуры и индивидуальных особенностей пожилых людей.

Региональные различия в первую очередь обусловлены уровнем развития соответствующей инфраструктуры, в том числе доступностью и качеством интернет-соединения, а также обеспеченностью территории специальными медицинскими учреждениями, которые позволяют осуществлять ТМ-услуги. Так, в удалённых от урбанистических центров сельских районах с ограниченной цифровой инфраструктурой постоянный и свободный доступ к ТМ-услугам изначально затруднён, что существенно повышает значимость существующей проблемы ограниченного доступа пожилых жителей к интернету и электронным устройствам.

Отметим также, что не менее существенное негативное влияние на развитие ТМ для пожилых оказывают культурные нормы и традиции, особенным образом формирующие представления о здоровье и доверие к новым медицинским технологиям. В локальных культурах, в особенности в сельской местности, где сильны традиции личного общения и установления доверительных отношений с врачом (при его наличии), проблема отсутствия личного контакта может восприниматься особенно остро, что в значительной степени препятствует принятию положительных решений в отношении ТМ. С другой стороны, в локальных культурах, более открытых к инновациям (в первую очередь, в крупных городах), пожилые люди могут быть значительно более восприимчивы к ТМ.

Наконец, индивидуальные особенности пожилых людей, в том числе уровень и профиль образования, состояние здоровья, когнитивные способности и предыдущий личный опыт использования цифровых технологий, определяют их общую способность и социально-психологическую готовность адаптироваться к новым ТМ-услугам. Как отмечают в своих интервью эксперты, пожилые люди с высшим образованием, обладающие базовыми навыками работы с компьютером и имеющие положительный опыт использования цифровых технологий, как правило, легче осваивают ТМ-платформы и даже извлекают из них личную пользу для собственного здоровья и самочувствия.

По мнениям экспертов, напротив, люди, страдающие когнитивными нарушениями или имеющие сложные физические ограничения (например, проблемы со зрением или слухом), могут из-за этого испытывать серьёзные трудности при использовании ТМ независимо от региональных, культурных или других факторов. Так, успешная адаптация ТМ к потребностям старшего поколения требует учёта сложного взаимодействия региональных, культур-

ных и индивидуальных факторов, формирующих специфический контекст в каждом случае.

Однако, несмотря на объективные и субъективные сложности, эксперты в своих интервью отмечают, что ТМ-технологии представляют собой мощный и перспективный инструмент для конструктивной оптимизации медицинской помощи пожилым пациентам, открывая различные возможности для эффективного преодоления ряда серьёзных ограничений, традиционно присущих системе здравоохранения.

Старение населения как современная тенденция сопровождается значительным ростом распространённости хронических заболеваний (в частности, за счёт населения старших возрастов), требующих регулярного наблюдения и частого посещения медицинских учреждений. Для пожилых людей, особенно проживающих в удалённых от крупных городов районах или имеющих ограниченную физическую мобильность (например, колясочники), это может быть сопряжено со значительными трудностями, связанными с транспортными расходами, физической усталостью и временными затратами. А ТМ, напротив, позволяет получать высококвалифицированную медицинскую помощь, не выходя из дома, устранив существующие барьеры, связанные с географической удалённостью и имеющимися индивидуальными физическими ограничениями.

Постепенное внедрение ТМ-технологий позволяет осуществлять удалённый мониторинг состояния здоровья пожилых пациентов, отслеживая при этом показатели артериального давления, пульса, уровня сахара в крови и другие важные параметры. Это особенно актуально для пациентов с хроническими заболеваниями, такими как сердечная недостаточность, сахарный диабет и хроническая обструктивная болезнь лёгких, требующими постоянного контроля. Своевременное выявление подобных отклонений от нормы позволяет оперативно корректировать лечение и предотвращать развитие осложнений, снижая риск госпитализации и тем самым в будущем улучшая качество жизни пациентов.

Кроме того, в качестве позитивных моментов эксперты отмечают, что ТМ позволяет проводить онлайн-консультации с врачами-специалистами, экономя время и средства пациентов, а также снижая нагрузку на систему здравоохранения. При этом особенно ценна возможность получить профессиональную консультацию гериатра — специалиста, обладающего опытом и знаниями, необходимыми для оказания помощи именно пожилым пациентам с множественными хроническими заболеваниями и естественными возрастными особенностями. Эксперты отмечают, что благодаря ТМ пожилые люди могут получать квалифицированную медицинскую помощь, не выходя из дома, что особенно важно для тех, кому трудно посещать медицинские учреждения.

Наконец, ТМ способствует повышению осведомлённости пожилых пациентов о состоянии своего здоровья и стимулирует их к более активному участию в процессе лечения. Как сказали в интервью

эксперты, благодаря возможности получать информацию о состоянии своего здоровья и консультироваться с врачами в удобной и доступной форме пациенты чувствуют себя увереннее и могут гораздо лучше самостоятельно контролировать свою жизнь.

Всё это способствует повышению приверженности лечению, улучшению самочувствия и продлению активного долголетия. Так, по мнению экспертов, в целом ТМ-технологии, предлагающие удобный, доступный и эффективный способ оказания медицинской помощи, сегодня являются мощным инструментом оптимизации помощи пожилым пациентам, способствующим улучшению качества их жизни и снижению нагрузки на систему здравоохранения.

Поэтому, как отмечают эксперты, ТМ-платформы и интерфейсы должны быть максимально простыми и интуитивно понятными, без сложных меню и запутанных инструкций. При этом важно использовать крупный шрифт, чёткие изображения и понятные символы, облегчающие восприятие информации. Кроме того, необходимо учитывать возможные физические ограничения, такие как нарушения зрения, слуха и моторики. ТМ-устройства должны быть удобными в использовании, иметь большие кнопки и регулируемую громкость, а также поддерживать голосовое управление.

Не менее важным, по мнению экспертов, является учёт социокультурных факторов, определяющих отношение пожилых людей к ТМ и их готовность её использовать. Многие пожилые люди выросли в эпоху, когда личный контакт с врачом был неотъемлемой частью процесса лечения и, в связи с этим, могут испытывать недоверие к дистанционным консультациям. Чтобы преодолеть этот серьёзный барьер, необходимо проводить активную информационную кампанию, рассказывая о преимуществах ТМ и развеивая мифы и предубеждения. Эксперты считают важным подчеркнуть, что ТМ не заменяет традиционные очные консультации, а является лишь дополнением к ним, позволяющим обеспечить более оперативный и удобный доступ к современной медицинской помощи.

Кроме того, по мнению опрошенных экспертов, необходимо учитывать существующую проблему цифрового неравенства, связанную с ограниченным доступом пожилых людей к высокоскоростному интернету и цифровым устройствам. И здесь государственные и общественные организации могут оказывать пожилым людям поддержку в приобретении и освоении необходимого оборудования, а также обеспечивать доступ к бесплатному или льготному интернету. Важно также обучать пожилых людей базовым навыкам работы с компьютером и интернетом, проводя специальные курсы и мастер-классы. Это сейчас делается во всех регионах нашей страны.

Наконец, как отмечено в интервью экспертов, успешная адаптация ТМ-технологий к потребностям пожилых пациентов требует обязательного индивидуального подхода, учитывющего их личные особенности, предпочтения и потребности. Следует

предлагать людям различные варианты ТМ-услуг, чтобы пациенты могли выбрать наиболее подходящий для них формат.

Важно также обеспечить постоянную техническую поддержку и консультации, чтобы помочь пожилым людям решать время от времени возникающие проблемы и постепенно осваивать новые функции ТМ-платформ. Только комплексный подход, учитывающий все эти аспекты, позволит успешно адаптировать ТМ к потребностям пожилых пациентов и обеспечить им доступ к качественной и своевременной медицинской помощи.

Заключение

Проведённое исследование, посвящённое анализу ТМ-технологий как инструмента оптимизации помощи пожилым пациентам, позволило выявить ключевые факторы, определяющие успешность адаптации ТМ к потребностям данной возрастной группы. Экспертные оценки, полученные в ходе полуструктурированных интервью, свидетельствуют о значительном потенциале ТМ-технологий в повышении доступности и качества медицинской помощи для пожилых людей, особенно в условиях ограниченности ресурсов системы здравоохранения.

В то же время исследование позволило подчеркнуть необходимость учёта специфических особенностей пожилых пациентов, связанных с возрастными изменениями, когнитивными нарушениями и социально-культурными факторами.

Ключевыми проблемами, препятствующими в настоящее время успешной адаптации ТМ для пожилых пациентов, являются низкий уровень цифровой грамотности, физические ограничения, ограниченный доступ к интернету и цифровым устройствам, а также недоверие к дистанционным консультациям.

Для преодоления этих барьеров необходимо разрабатывать ТМ-решения с простым и интуитивно понятным интерфейсом, учитывать физические и когнитивные особенности пожилых людей, проводить активную информационную кампанию, направленную на повышение осведомлённости о преимуществах ТМ, и оказывать пожилым людям всестороннюю поддержку в освоении новых цифровых технологий.

Перспективы дальнейших научных исследований данной тематики связаны с изучением эффективности различных моделей ТМ-помощи пожилым пациентам, а также с разработкой и апробацией программ обучения и поддержки, направленных на повышение цифровой грамотности и мотивации пожилых людей к использованию ТМ. Полученные результаты могут быть также использованы для разработки стратегий развития ТМ, направленных на повышение доступности и качества медицинской помощи пожилым людям и способствующих улучшению их здоровья и качества жизни.

ЛИТЕРАТУРА

1. Borges do Nascimento S. F., Robles I. J., Ivanovska N. et al. The current status of telemedicine technology use across the World Health

Organization European region: an overview of systematic reviews // *J. Med. Internet Res.* 2022. Vol. 24, N 10. P. e40877. DOI: 10.2196/40877

2. Волкова О. А. Саморегуляция деятельности социально ориентированных некоммерческих организаций в контексте их государственного регулирования: амбивалентность развития гражданского общества // *Труд и социальные отношения*. 2020. Т. 31, № 2. С. 195—196. EDN FZNDHV.
3. Давыдова Л. С., Петров А. В. Организация профилактических медицинских осмотров для пожилых жителей мегаполиса // *Медицинский альманах*. 2020. Т. 23, № 1. С. 94—99.
4. Баранов А. А. Оптимизация медицинской помощи геронтологического профиля: актуальные проблемы и решения // *Медицинский вестник*. 2019. Т. 15, № 2. С. 79—83.
5. Рубцов И. А. Телемедицина как элемент цифрового здравоохранения // *Экономика. Право. Общество*. 2024. Т. 9, № 3. С. 144—149. DOI: 10.21686/2411-118X-2024-3-144-149
6. Родионова Е. В., Попова Н. А., Серова А. Е. Медико-социальные аспекты помощи пожилым людям в условиях города // *Медицинский альманах*. 2019. Т. 27, № 2. С. 71—76.
7. Глухов Д. В. Разработка модуля телемедицины для взаимодействия врача и пациента // *Теория и практика современной науки*. 2024. № 6. С. 52—55.
8. Горский А. А., Волкова О. А. Медицинская благотворительность: основные направления деятельности зарубежных некоммерческих организаций Волкова // *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2020. Т. 28, Прил. 1. С. 701—704. DOI: 10.32687/0869-866X-2020-28-s1-701-704
9. Ларин А. С., Таржманова Р. Ш. Применение цифровых технологий в сфере медицинских услуг на примере телемедицины // *Горизонты экономики*. 2024. № 3. С. 83—90. EDN: QQTZSN.
10. Hartasanchez S. A., Heen A. F., Kunneman M. et al. Remote shared decision making through telemedicine: a systematic review of the literature // *Patient Educ. Couns.* 2022. Vol. 105, N 2. P. 356—365.
11. Ананченкова П. И. Физическое здоровье как фактор долголетия населения старшего поколения и его социально-трудовой активности // *Труд и социальные отношения*. 2025. Т. 36, № 1. С. 176—180. DOI: 10.20410/2073-7815-2025-36-1-176-180
12. Лебедева Т. Ю., Тарасова Е. Ф., Хрякова С. В. Модернизация системы оказания медицинской помощи пожилым гражданам в мегаполисе // *Геронтология и гериатрия*. 2019. Т. 5, № 1. С. 44—50.
13. Конинский А. В., Ананченкова П. И. Возрастные особенности профессиональной мобильности // *Современная наука: актуальные проблемы теории и практики. Серия: Экономика и право*. 2025. № 3. С. 162—165. DOI: 10.37882/2223—2974.2025.03.10

Вклад авторов: все авторы сделали эквивалентный вклад в подготовку публикации.
Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Contribution of the authors: the authors contributed equally to this article.
The authors declare no conflicts of interests.

Статья поступила в редакцию 26.05.2025; одобрена после рецензирования 18.06.2025; принятая к публикации 06.11.2025.
The article was submitted 26.06.2025; approved after reviewing 18.06.2025; accepted for publication 06.11.2025.

REFERENCES

1. Borges do Nascimento S. F., Robles I. J., Ivanovska N. et al. The current status of telemedicine technology use across the World Health Organization European region: an overview of systematic reviews. *J. Med. Internet Res.* 2022;24(10):e40877. DOI: 10.2196/40877
2. Volkova O. A. Self-regulation of the activities of socially oriented non-profit organizations in the context of their state regulation: the ambivalence of civil society development. *Labor and Social Relations*. 2020;31(2):195—196. EDN: FZNDHV
3. Davydova L. S., Petrov A. V. Organization of preventive medical examinations for elderly residents of a megalopolis. *Medical Almanac*. 2020;23(1):94—99.
4. Baranov A. A. Optimization of medical care for gerontological profile: current problems and solutions. *Medical Bulletin*. 2019;15(2):79—83.
5. Rubtsov I. A. Telemedicine as an Element of Digital Healthcare. *Economics. Law. Society*. 2024;9(3):144—149. DOI: 10.21686/2411-118X-2024-3-144-149
6. Rodionova E. V., Popova N. A., Serova A. E. Medical and social aspects of assistance to the elderly in urban conditions. *Medical Almanac*. 2019;27(2):71—76.
7. Glukhov D. V. Development of a telemedicine module for interaction between a doctor and a patient. *Theory and practice of modern science*. 2024;(6):52—55.
8. Gorsky A. A., Volkova O. A. Medical charity: main directions of activity of foreign non-profit organizations. *Problems of Social Hygiene, Health Care and History of Medicine*. 2020;28(S1):701—704. DOI: 10.32687/0869-866X-2020-28-s1-701-704
9. Larin A. S., Tarzhmanova R.Sh. Application of digital technologies in the field of medical services: the case of telemedicine. *Horizons of Economics*. 2024;(3):83—90. EDN: QQTZSN
10. Hartasanchez S. A., Heen A. F., Kunneman M. et al. Remote shared decision making through telemedicine: a systematic review of the literature. *Patient Educ. Couns.* 2022;105(2):356—365.
11. Ananchenkova P. I. Physical health as a factor of longevity of the older generation population and its social and labor activity. *Labor and Social Relations*. 2025;36(1):176—180. DOI: 10.20410/2073-7815-2025-36-1-176-180
12. Lebedeva T. Yu., Tarasova E. F., Khryakova S. V. Modernization of the system of providing medical care to elderly citizens in a megapolis. *Gerontology and Geriatrics*. 2019;5(1):44—50.
13. Koninsky A. V., Ananchenkova P. I. Age-related features of professional mobility. *Modern Science: Current Issues in Theory and Practice. Series: Economics and Law*. 2025;(3):162—165. DOI: 10.37882/2223—2974.2025.03.10

Обзорная статья

УДК 614.2, 616.5

doi:10.32687/1561-5936-2025-29-4-355-360

Пациентоцентричный подход в косметической дерматологии для этнических групп пациентов в различных странах, в том числе с применением искусственного интеллекта

Екатерина Варткезовна Арируни¹, Ромина Наилевна Садыкова²,
Эльмира Нурисламовна Мингазова^{3✉}

¹Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования», Москва, Россия;

²Казанский (Приволжский) федеральный университет, Казань, Россия;

³Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования, Москва, Россия;

Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н. А. Семашко, г. Москва, Российская Федерация; Казанский государственный медицинский университет, Казань, Россия

¹earstsrouni@mail.ru, <https://orcid.org/0009-0008-3344-4608>

²sadykovaromina23@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0003-1771-7537>

³elmira_mingazova@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-8558-8928>

Аннотация. Статья посвящена вопросам анализа биологических, демографических, этнических и социально-культурных факторов, влияющих на предпочтения пациентов, что позволяет разработать и реализовать культурно-чувствительные пациентоцентрированные подходы к лечению для достижения эффекта естественности после вмешательств и повышения удовлетворённости пациентов результатами лечения. Учёт индивидуальных особенностей пациента и факторов, влияющих на восприятие красоты и выбор пациентов, особенно значим в силу возможного отличия предпочтений пациентов от точки зрения врача. Разнообразие физических типов разных этнических популяций, предполагающее различные эстетические предпочтения и мотивы для поиска косметических процедур, открывает уникальные перспективы для развития эстетической дерматологии. Интеграция искусственного интеллекта в косметическую дерматологию может произвести революцию в косметических консультациях, планировании лечения, анализе прогресса, обучении пациентов и в конечном итоге привести к крупным достижениям в косметической дерматологии.

Ключевые слова: пациентоцентричность; косметология; дерматология; этнические особенности пациентов; эстетические предпочтения

Для цитирования: Арируни Е. В., Садыкова Р. Н., Мингазова Э. Н. Пациентоцентричный подход в косметической дерматологии для этнических групп пациентов в различных странах, в том числе с применением искусственного интеллекта // Ремедиум. 2025. Т. 29, № 4. С. 355—360. doi:10.32687/1561-5936-2025-29-4-355-360

Review article

Patient-centered approach in cosmetic dermatology for ethnic groups of patients in different countries, including using artificial intelligence

Ekaterina V. Artsrouni¹, Romina N. Sadykova², Elmira N. Mingazova^{3✉}

¹Russian Medical Academy of Continuous Professional Education, Moscow, Russia;

²Kazan (Volga Region) Federal University, Kazan, Russia;

³Russian Medical Academy of Continuous Professional Education, Moscow, Russia; N. A. Semashko National Research Institute of Public Health, Moscow, Russia; Kazan State Medical University, Kazan, Russia

¹earstsrouni@mail.ru, <https://orcid.org/0009-0008-3344-4608>

²sadykovaromina23@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0003-1771-7537>

³elmira_mingazova@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-8558-8928>

Annotation. The article is devoted to the analysis of biological, demographic, ethnic, and socio-cultural factors influencing patient preferences, which makes it possible to develop and implement culturally sensitive patient-centered treatment approaches to achieve the effect of naturalness after interventions and increase patient satisfaction with treatment results. Taking into account the individual characteristics of each individual patient and the factors influencing the perception of beauty and the choice of patients is especially important due to the possible difference in patient preferences from the doctor's point of view. The variety of physical types of different ethnic populations, suggesting different aesthetic preferences and motives for seeking cosmetic procedures, provides unique perspectives for the development of aesthetic dermatology. The integration of artificial intelligence into cosmetic dermatology has the potential to revolutionize cosmetic consultations, treatment planning, progress analysis, patient education, and ultimately lead to further major advances in cosmetic dermatology.

Keywords: patient-centrality; cosmetology; dermatology; ethnic characteristics of patients; aesthetic preferences

For citation: Artsrouni E. V., Sadykova R. N., Mingazova E. N. Patient-centered approach in cosmetic dermatology for ethnic groups of patients in different countries, including using artificial intelligence. *Remedium*. 2025;29(4):355–360. (In Russ.). doi:10.32687/1561-5936-2025-29-4-355-360

Введение

Каждый пациент, обращающийся к дерматологу или косметологу, обладает уникальным профилем состояния кожи, начиная от её типа и физиологических характеристик до личных предпочтений и эстетических ожиданий. Учёт этих индивидуальных параметров играет ключевую роль в разработке персонализированного подхода к лечению и уходу. Только на основе тщательной диагностики и комплексного анализа можно подобрать оптимальные процедуры, обеспечивающие клиническую эффективность и достижение устойчивых эстетических результатов. С позиций пациентоцентрированного подхода в косметической дерматологии важно понимание эстетических ожиданий пациентов с учётом особенностей их принадлежности к различным этническим и демографическим группам [1–3].

Восприятие красоты и физических параметров в обществе может меняться в зависимости от культурно-исторических норм и практик, социального взаимодействия, например, воздействия СМИ, социальных сетей и пр. Биофизические характеристики и проблемы кожи имеют различия, зависящие от этнической принадлежности и социально-экономического статуса человека, что влияет на выбор тактики лечения и эстетической коррекции [4–9].

Цель исследования: дать характеристику организационных подходов в реализации принципа пациентоцентричности в косметической дерматологии для пациентов различных этнических групп.

Материалы и методы

Проведён научный обзор актуальных научных исследований с использованием информационных порталов и платформ eLIBRARY.RU, Web of Science, PubMed и Scopus.

Результаты

В современном мире внешность человека является одним из значимых средств типологизации, выделения и распознавания определённых этнических, социально-экономических групп, страт, особенностей образа жизни и др. Внешний облик практически представляет собой способ стратификации и визуальной коммуникации. Также внешность человека в некоторых странах может быть одним из факторов гендерной, возрастной, социальной и этнической дискриминации. Дискриминация, основанная на внешнем облике человека, или луксизм (от англ. lookism), как её называют в настоящее время, всё чаще понимается как культурный аспект категоризации людей как красивых/некрасивых, который является основанием для выбора характера коммуникации [10].

В течение многих лет физическая внешность европеоидов считалась эстетически идеальной. Даже искусственный интеллект (ИИ), который начинает получать широкое применение в косметической дерматологии, отражает множество дискриминационных предубеждений и субъективных суждений человеческого разума относительно параметров фи-

зического облика. В 2016 г. в одном из конкурсов красоты, который оценивался ИИ, почти все победительницы оказались женщинами со светлой кожей. Если наборы данных, используемые для разработки ИИ, не являются мультикультурными, этнически разнообразными и репрезентативными, например, если они были обучены на одном типе кожи или недиверсифицированной социально-демографической группе населения, ИИ может непропорционально отдавать предпочтение определённым чертам или особенностям внешности. Этнические аспекты, включая стандарты красоты, проблемы кожи и типы старения представителей различных этнических групп, должны быть учтены при создании алгоритмов ИИ во избежание дискриминации и ошибок. Необходимо обеспечение равноправного и справедливого представительства всех типов кожи и физических типов человека в создающихся базах данных программ ИИ [1, 11].

Привлекательность, эстетические стандарты и ожидания пациентов в косметической дерматологии различаются в зависимости от региона проживания и индивидуальных желаний. В настоящее время западные критерии привлекательности больше не применимы ко всем. Сообщается о значительных этнических различиях в предпочтениях относительно физической красоты (пропорции лица, верхнего и нижнего полюса груди, размера ягодиц и соотношения талии и бедер и т. д.). Большинство исследований показывают, что эстетические вмешательства на лице должны быть направлены не на вестернизацию, а на оптимизацию этнических черт. Во всём мире среди молодых женщин продолжает расти интерес к косметическим хирургическим процедурам с сохранением этнической идентичности [11–13].

Если некоторые люди стремятся к эстетическим улучшениям, другие отдают приоритет решению конкретных проблем кожи в контексте норм красоты своих стран. Предоставление персонализированного и культурно-чувствительного подхода играет решающую роль в удовлетворении этих разнообразных ожиданий. Например, люди с более тёмным тоном кожи могут отдавать приоритет лечению нарушений пигментации, тогда как люди с более светлым тоном кожи могут сосредоточиться на достижении светлого цвета лица. Кроме того, различия в анатомии лица у разных этнических групп требуют индивидуальных подходов к лечению. Понимание и управление ожиданиями пациентов является условием повышения удовлетворённости пациентов результатом лечения [6].

В Европе ожидания относительно эстетических процедур различаются из-за разнообразного культурного ландшафта и миграционного фона. Европейские пациенты в первую очередь ожидают от косметических процедур сохранения здорового и молодого вида в соответствии со своим возрастом, стремясь к тонким улучшениям, которые дают естественные результаты. Европейские пациенты старшего возраста, вместо того чтобы стремиться к радикальным изменениям, ценят процедуры, которые

улучшают существующие черты, сохраняя при этом их индивидуальность. Для европейцев важно достижение гармонии лица, симметрии и пропорциональности в рамках целостного подхода. Здоровье кожи и качество текстуры также являются важными приоритетами, с акцентом на поддержание молодого и сияющего цвета лица, путём решения таких проблем, как тонкие линии, морщины и нарушения пигментации. В целом пациенты из европейских стран стремятся получить эстетические процедуры, которые обеспечивают естественные результаты, способствуют гармонии лица, сохраняют их индивидуальность и соответствуют культурным и региональным стандартам красоты [6].

В Азии, одном из крупнейших континентов мира, население которого составляет более 50% населения мира, проживают различные этнические группы, сформировавшиеся под влиянием разных географических, климатических, генетических и прочих факторов и имеющие значительные различия в обычаях, традициях, культуре и образе жизни. Термин «азиат» обычно относится к людям из Юго-Восточной Азии, с Дальнего Востока или Индийского субконтинента. Азиаты в основном являются монголоидами и европеоидами, имеют тёмный цвет кожи. Жители Восточной Азии и Индонезии являются типичными монголоидами, в то время как жители Центральной Азии и Индии относятся к европеоидам, при этом они внешне отличаются от большинства европеоидов со светлой кожей [14].

Особенностями анатомии лица азиатов являются более высокие скулы, более сильные скуловые выступы, более плоские переносицы, прогнатизм и складки нижних век. У некоторых азиатских пациентов есть монолиды — отсутствие складок под бровями — поэтому они ищут эстетические процедуры, чтобы создать более широкий и заметный внешний вид глаз. В прошлом для большинства азиатских культур считалось красивым иметь более округлые щеки и более объёмный лоб. Однако недавнее влияние западных стандартов красоты заставило некоторых азиатов предпочесть более западный облик с более высокой переносицей, более острыми скулами и V-образной формой лица [6].

На основании классификации Фицпатрика азиатские фототипы кожи можно классифицировать как тип III (светло-коричневый), IV (умеренно-коричневый) для китайцев и японцев и типы IV и V (тёмно-коричневый) для индийцев и пакистанцев. Принято считать, что азиатская кожа тоньше, с низким значением трансэпидермальной потери воды и содержит большое количество воды и липидов. Наиболее распространёнными эстетическими проблемами среди азиатских пациентов являются неровность кожи, активность сальных желез, расширенные поры, опущение контуров лица, потеря эластичности, дряблость кожи и обвислый подбородок. Морщины на азиатской коже не очевидны до возраста ~50 лет, а степень морщинистости намного меньше, чем на коже европеоидов того же возраста. Основные характеристики кожи лица и проблемы у азиатских женщин в разных возрастных группах

включают в себя пигментацию и другие состояния кожи, приводящие к неровному тону кожи, а также признаки, связанные с возрастным старением (эластичность кожи, линии и морщины). Ношение хиджаба обеспечивает некоторую защиту, связанную с изменениями цвета кожи, в то же время она связана с несколько более высокой распространённостью кожных заболеваний. Понимание особенностей азиатской кожи, таких как более толстая дерма, более высокая активность сеоцитов и повышенное содержание меланина, следовательно, большая восприимчивость к поствоспалительной гиперпигментации, имеет решающее значение для выбора соответствующих методов лечения и косметических продуктов [6, 14].

С научной точки зрения медицинский, социально-культурный и этнографический интерес представляет феномен доминирования фактора внешней красоты в общественной и экономической жизни современной Южной Кореи. С начала 2000-х гг. в Южной Корее всё шире стало распространяться предубеждение по признаку внешности, не соответствующему общественным представлениям о красоте. В современном южнокорейском обществе внешность считается ключевым фактором, способствующим профессиональным достижениям и межличностным отношениям. В результате в этой стране пластическая хирургия превратилась из субкультуры в мейнстримную культуру, глубоко проникшую в общество и оказывающую значительное влияние на социально-экономические, профессиональные, психологические и прочие аспекты жизни населения [15].

Известно, что видимые шрамы вызывают значительные эстетические, функциональные и психосоциальные проблемы, но их эффект на повседневную жизнь пациентов может быть разным в различных регионах. Как показал сравнительный анализ общественного восприятия шрама на шее среди жителей Турции и Южной Кореи, южнокорейцы чувствуют себя значительно более некомфортно из-за постоперационного шрама на шее по сравнению с турецкой когортой. Южнокорейские респонденты заявили, что их значительно больше беспокоят длина, толщина и потемнение шрама по сравнению с турецкими респондентами. Анализ показал, что при выборе типа операции, например на щитовидной железе, ожидания и страхи пациентов, на которые влияют различные социально-демографические и культурные факторы, так же важны, как и состояние здоровья [16].

На **Ближнем Востоке** профессионалы дерматологи-косметологи также обязательно учитывают у пациентов разнообразие типов кожи, которые могут варьироваться от светлых до более тёмных тонов. Эти тона кожи определяют специфичность проблем, такие как повышенный риск поствоспалительной гиперпигментации и мелазмы, которые влияют на выбор соответствующих процедур. Яркие глаза, чётко очерченные щеки и полные губы являются важными признаками красоты на Ближнем Востоке. Более округлые лица с более полными ще-

ками предпочтительны при ношении хиджаба, поскольку это повышает привлекательность внешности. При этом культурные факторы также играют важную роль в эстетике Ближнего Востока. Определённые черты, такие как чётко очерченный нос, пышные волосы и выступающие скулы, высоко ценятся в данном регионе. Пациенты из Объединенных Арабских Эмиратов часто обращаются за косметическими дерматологическими процедурами для решения проблем кожи, вызванных повреждением от солнца, гиперпигментацией и мелазмой из-за интенсивного воздействия солнечного света. Существует высокий спрос на процедуры осветления кожи, лазерную терапию и процедуры омоложения лица [6].

В Латинской Америке богатое и разнообразное генетическое и культурное наследие способствует большому разнообразию физических особенностей и характеристик кожи, что даёт уникальные перспективы для косметической дерматологии. Тон кожи и пигментация являются важными факторами при оказании дерматологической помощи латиноамериканским пациентам. Латиноамериканцы имеют более высокую предрасположенность к развитию гиперпигментации, включая такие состояния, как мелазма. Эти опасения заставляют их искать методы лечения, которые устраниют гиперпигментацию и помогают выровнять тон кожи. Латиноамериканские пациенты часто бывают заинтересованы в процедурах, которые устраниют следы усталости, большинство латиноамериканцев считают тёмные круги под глазами серьёзной эстетической проблемой [6, 12].

К сожалению, существующая литература о свойствах кожи азиатов и латиноамериканцев имеет тенденцию группировать эти разнообразные популяции исключительно на основе цвета кожи, сохраняя и усиливая заблуждения и стереотипы. Данные о распространённости характеристик и состояний кожи лица в разных этнических и возрастных группах обогащают знания об этнических типах кожи и важны при выборе тактики лечения и разработке косметических или терапевтических продуктов для конкретных популяционных групп [12, 14, 17].

В США из-за культурного разнообразия эстетические восприятия могут значительно различаться среди разных этнических и социально-культурных групп. Американские пациенты часто находятся под влиянием общественных стандартов красоты, которые формируются средствами массовой информации, модой и популярной культурой. Они часто це-нят выражение своей индивидуальности с помощью эстетических процедур, ищут процедуры, которые помогают им чувствовать себя более уверенно и отражают их индивидуальность. Помимо этого, американские пациенты заинтересованы в процедурах, которые способствуют здоровью кожи, таких как процедуры по уходу за кожей, процедуры омоложения лица и неинвазивные косметические процедуры. Эстетические аспекты, связанные с качеством кожи, признаны одной из ключевых медицинских и психологических проблем среди населения США.

В частности, пациенты всех этнических групп в Северной Америке указали на полноту подбородка или потерю чёткости линии подбородка как на важную эстетическую проблему [6].

Пациенты африканского происхождения в США представляют собой этнически разнообразную демографическую группу и имеют уникальные анатомические особенности, процессы старения и реакции на эстетические процедуры, которые необходимо учитывать при планировании лечения. Пациентам с более тёмной кожей может быть полезно лечение с использованием филлеров, нейротоксинов и энергетических устройств, но при применении этих подходов следует учитывать уникальные особенности каждого отдельного пациента, а также культурные и биологические факторы, которые влияют на результаты лечения [13].

Удовлетворённость результатами пластической и реконструктивной хирургии может варьироваться в зависимости от расовой и этнической принадлежности пациентов. Метаанализ 13 исследований, включавших в среднем около 8000 участников на каждое, выявил слабую, но достоверную ассоциацию между небелой расовой принадлежностью и повышенным риском послеоперационных осложнений, при этом наиболее выраженный риск был зафиксирован у афроамериканцев. Эти различия подчёркивают важность персонализированного подхода к хирургическому лечению и реабилитации. При разработке операционной стратегии и послеоперационного сопровождения необходимо учитывать не только биологические особенности, но и социально-демографические факторы, включая доступ к медицинской помощи, уровень социально-экономического статуса, культурные установки и владение языком, которые могут существенно влиять как на течение послеоперационного периода, так и на субъективную удовлетворённость результатом [18].

Управление ожиданиями пациентов может помочь им понять, может или не может процедура решить их проблемы, связанные, например, с дискриминацией по возрасту, недовольством своей внешностью, желанием добиться успеха в жизни и пр. Исследования по оценке ожиданий пациентов в косметической дерматологии с учётом региональных особенностей, потенциала косметических процедур в смягчении дискриминации и предоставления усовершенствованной и культурно приемлемой медицинской помощи могут внести вклад в развитие пациентоцентрированной косметической дерматологии в глобальном масштабе [6, 19].

Косметическая дерматология, будучи по сути художественной дисциплиной, неизбежно сталкивается с субъективностью в оценке эстетических результатов. В отличие от строго измеримых медицинских показателей, успех вмешательства здесь определяется визуальной гармонией, соответствием индивидуальным представлениям о красоте и восприятием как пациента, так и окружающих. В свете субъективности мер измерения результатов, подверженных предвзятости, в косметической дерматологии растёт интерес к применению ИИ. Он даёт возмож-

ность анализировать огромные наборы данных и предоставляет персонализированные, эффективные и ориентированные на результат подходы, которые на основе фактических данных могут сбалансировать принятие решений и повысить удовлетворённость пациентов [1].

Управление своими дерматологическими проблемами со стороны пациентов предполагает выявление и избегание провоцирующих факторов из профессиональной и личной среды, меры по защите кожи и профилактике дерматологических заболеваний, а также навыки поддержания косметических результатов после полученного лечения, что требует обучения пациентов в рамках мультимодального лечения [20].

Заключение

Таким образом, разнообразие физических типов разных этнических популяций, предполагающее различные эстетические предпочтения и мотивы для поиска косметических процедур, открывает уникальные перспективы для развития эстетической дерматологии. Понимание дерматологами и косметологами индивидуальных особенностей каждого пациента и факторов, влияющих на восприятие красоты и выбор пациентов, особенно значимо в силу возможного отличия предпочтений пациентов от точки зрения врача. Анализ биологических, демографических, этнических и социально-культурных факторов, влияющих на предпочтения пациентов, может способствовать разработке культурно-чувствительных пациентоцентрированных подходов к лечению для достижения эффекта естественности после вмешательств и повышения удовлетворённости пациентов результатами лечения.

Смоделированные с помощью ИИ послеоперационные изображения, прогнозирующие результаты, дают оценку вероятных затрат, определяют возможные результаты для понимания пациентами того, во что они вкладывают свои деньги. ИИ даёт возможность точно отслеживать и измерять прогресс лечения в режиме реального времени. Интеграция ИИ в косметическую дерматологию может произвести революцию в косметических консультациях, планировании лечения, анализе прогресса, обучении пациентов и в конечном итоге привести к дальнейшим крупным достижениям в косметической дерматологии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Kania B., Montecinos K., Goldberg D. J. Artificial intelligence in cosmetic dermatology // *J. Cosmet. Dermatol.* 2024. Vol. 23. P. 305—3311. DOI: 10.1111/jocd.16538
2. Samizadeh S., Wu W. Ideals of facial beauty amongst the Chinese population: results from a large national survey // *Aesthet. Plast. Surg.* 2018. Vol. 42. P. 1540—1550. DOI: 10.1007/s00266-018-1188-9
3. Samizadeh S. The ideals of facial beauty among Chinese aesthetic practitioners: results from a large national survey // *Aesthet. Plast. Surg.* 2019. Vol. 43. P. 102—114. DOI: 10.1007/s00266-018-1241-8
4. Laughter M. R., Anderson J. B., Maymone M. B.C., Kroumpouzos G. Psychology of aesthetics: beauty, social media, and body dysmorphia disorder // *Clin. Dermatol.* 2023;41(1):28—32. DOI: 10.1016/j.cldermatol.2023.03.002

morphic disorder // *Clin. Dermatol.* 2023. Vol. 41, N 1. P. 28—32. DOI: 10.1016/j.cldermatol.2023.03.002

5. Merino M., Tornero-Aguilera J. F., Rubio-Zarapuz A. et al. Body perceptions and psychological well-being: a review of the impact of social media and physical measurements on self-esteem and mental health with a focus on body image satisfaction and its relationship with cultural and gender factors // *Healthcare (Basel)*. 2024. Vol. 12, N 14. P. 1396. DOI: 10.3390/healthcare12141396
6. Haykal D., Treacy P., Lim T. et al. Cross-cultural perspectives on patient expectations in cosmetic dermatology: a comparative analysis across countries and ethnicities // *J. Cosmet. Dermatol.* 2023. Vol. 22. P. 3237—3240. DOI: 10.1111/jocd.16023
7. Wallach D. The field of cosmetic dermatology: the need for a patient-centred approach // *J. Cosmet. Dermatol.* 2002. Vol. 1. P. 137—141. DOI: 10.1046/j.1473—2165.2002.00042.x
8. Elsaie M. L. Psychological approach in cosmetic dermatology for optimum patient satisfaction // *Indian J. Dermatol.* 2010. Vol. 55, N 2. P. 127—129. DOI: 10.4103/0019—5154.62733
9. Arkoubi A., Aldaghri F., Daghstani W. A. et al. Prevalence and determinants of plastic surgery among adults in Saudi Arabia // *Cureus*. 2024. Vol. 16, N 1. P. e52036. DOI: 10.7759/cureus.52036
10. Погонцева Д. В. Этнолукизм — дискриминация этнических групп по внешнему облику // Вестник Челябинского государственного университета. 2013. № 26. С. 89—91. EDN: RPQEZH
11. Arian H., Alroudan D., Alkandari Q., Shuaib A. Cosmetic surgery and the diversity of cultural and ethnic perceptions of facial, breast, and gluteal aesthetics in women: a comprehensive review // *Clin. Cosmet. Investig. Dermatol.* 2023. Vol. 16. P. 1443—1456. DOI: 10.2147/CCID.S410621
12. Trindade de Almeida A. R., Garcia P. E., Banegas R. et al. Treating the Latin American aesthetic patient: a review // *Clin. Cosmet. Investig. Dermatol.* 2024. Vol. 17. P. 2311—2321. DOI: 10.2147/CCID.S482551
13. Fabi S. G., Burgess C., Edwards C. D. et al. Aesthetic considerations when treating patients of African descent: thriving in diversity international roundtable series // *J. Cosmet. Dermatol.* 2023. Vol. 22, N 6. P. 1870—1878. DOI: 10.1111/jocd.15688
14. Goh C. F. Diversity of Asian skin: a review on skin biophysical properties // *Exp. Dermatol.* 2024. Vol. 33. P. e14959. DOI: 10.1111/exd.14959
15. Park R. H., Myers P. L., Langstein H. N. Beliefs and trends of aesthetic surgery in South Korean young adults // *Arch. Plast. Surg.* 2019. Vol. 46, N 6. P. 612—616. DOI: 10.5999/aps.2018.01172
16. Alci E., Kim S. Y., Yun H. J. et al. Evaluation of public's perception of scar cosmesis after thyroidectomy: results of a survey of Turkish versus South Korean individuals // *Ann. Surg. Treat. Res.* 2023. Vol. 105, N 3. P. 119—125. DOI: 10.4174/asr.2023.105.3.119
17. Du Y., Doraiswamy C., Mao J. et al. Facial skin characteristics and concerns in Indonesia: a cross-sectional observational study // *Skin. Res. Technol.* 2022. Vol. 28. P. 719—728. DOI: 10.1111/srt.13189
18. Skorochod R., Wolf Y. Racial disparities in plastic surgery outcomes: a systematic literature review and meta-analysis // *Plast. Reconstr. Surg. Glob. Open.* 2024. Vol. 12, N 10. P. e6220. DOI: 10.1097/GOX.0000000000006220
19. Pearl R. L., Percec I. Ageism and health in patients undergoing cosmetic procedures // *Aesthet. Surg. J.* 2019. Vol. 39, N 7. P. NP288—NP292. DOI: 10.1093/asj/sjy283
20. Weisshaar E. Chronic hand eczema // *Am. J. Clin. Dermatol.* 2024. Vol. 25, N 6. P. 909—926. DOI: 10.1007/s40257-024-00890-z

REFERENCES

1. Kania B., Montecinos K., Goldberg D. J. Artificial intelligence in cosmetic dermatology. *J. Cosmet. Dermatol.* 2024;23:305—3311. DOI: 10.1111/jocd.16538
2. Samizadeh S., Wu W. Ideals of facial beauty amongst the Chinese population: results from a large national survey. *Aesthet. Plast. Surg.* 2018;42:1540—1550. DOI: 10.1007/s00266-018-1188-9
3. Samizadeh S. The ideals of facial beauty among Chinese aesthetic practitioners: results from a large national survey. *Aesthet. Plast. Surg.* 2019;43:102—114. DOI: 10.1007/s00266-018-1241-8
4. Laughter M. R., Anderson J. B., Maymone M. B.C., Kroumpouzos G. Psychology of aesthetics: beauty, social media, and body dysmorphia disorder. *Clin. Dermatol.* 2023;41(1):28—32. DOI: 10.1016/j.cldermatol.2023.03.002
5. Merino M., Tornero-Aguilera J. F., Rubio-Zarapuz A. et al. Body perceptions and psychological well-being: a review of the impact of social media and physical measurements on self-esteem and mental health with a focus on body image satisfaction and its re-

lationship with cultural and gender factors. *Healthcare (Basel)*. 2024;12(14):1396. DOI: 10.3390/healthcare12141396

6. Haykal D, Treacy P, Lim T. et al. Cross-cultural perspectives on patient expectations in cosmetic dermatology: a comparative analysis across countries and ethnicities. *J. Cosmet. Dermatol.* 2023;22:3237—3240. DOI: 10.1111/jocd.16023

7. Wallach D. The field of cosmetic dermatology: the need for a patient-centred approach. *J. Cosmet. Dermatol.* 2002;(1):137—141. DOI: 10.1046/j.1473—2165.2002.00042.x

8. Elsaie M. L. Psychological approach in cosmetic dermatology for optimum patient satisfaction. *Indian J. Dermatol.* 2010;55(2):127—129. DOI: 10.4103/0019—5154.62733

9. Arkoubi A, Aldaghri F, Daghtani W. A. et al. Prevalence and determinants of plastic surgery among adults in Saudi Arabia. *Cureus*. 2024;16(1):e52036. DOI: 10.7759/cureus.52036

10. Pogontseva D. V. Ethno-lookism — discrimination against ethnic groups by appearance. *Vestnik Chelyabinskogo Gosudarstvennogo Universiteta*. 2013;(26):89—91. (In Russ.)

11. Arian H., Alroudan D., Alkandari Q., Shuaib A. Cosmetic surgery and the diversity of cultural and ethnic perceptions of facial, breast, and gluteal aesthetics in women: a comprehensive review. *Clin. Cosmet. Investig. Dermatol.* 2023;16:1443—1456. DOI: 10.2147/CCID.S410621

12. Trindade de Almeida A. R., Garcia P. E., Banegas R. et al. Treating the Latin American aesthetic patient: a review. *Clin. Cosmet. Investig. Dermatol.* 2024;17:2311—2321. DOI: 10.2147/CCID.S482551

13. Fabi S. G., Burgess C., Edwards C. D. et al. Aesthetic considerations when treating patients of African descent: thriving in diversity international roundtable series. *J. Cosmet. Dermatol.* 2023;22(6):1870—1878. DOI: 10.1111/jocd.15688

14. Goh C. F. Diversity of Asian skin: a review on skin biophysical properties. *Exp. Dermatol.* 2024;33:e14959. DOI: 10.1111/exd.14959

15. Park R. H., Myers P. L., Langstein H. N. Beliefs and trends of aesthetic surgery in South Korean young adults. *Arch. Plast. Surg.* 2019;46(6):612—616. DOI: 10.5999/aps.2018.01172

16. Alci E., Kim S. Y., Yun H. J. et al. Evaluation of public's perception of scar cosmesis after thyroidectomy: results of a survey of Turkish versus South Korean individuals. *Ann. Surg. Treat. Res.* 2023;105(3):119—125. DOI: 10.4174/asr.2023.105.3.119

17. Du Y., Doraiswamy C., Mao J. et al. Facial skin characteristics and concerns in Indonesia: a cross-sectional observational study. *Skin Res. Technol.* 2022;28:719—728. DOI: 10.1111/srt.13189

18. Skorochod R., Wolf Y. Racial disparities in plastic surgery outcomes: a systematic literature review and meta-analysis. *Plast. Reconstr. Surg. Glob. Open.* 2024;12(10):e6220. DOI: 10.1097/GOX.00000000000006220

19. Pearl R. L., Percec I. Ageism and health in patients undergoing cosmetic procedures. *Aesthet. Surg. J.* 2019;39(7):NP288—NP292. DOI: 10.1093/asj/sjy283

20. Weisshaar E. Chronic hand eczema. *Am. J. Clin. Dermatol.* 2024;25(6):909—926. DOI: 10.1007/s40257-024-00890-z

Вклад авторов: все авторы сделали эквивалентный вклад в подготовку публикации.
Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Contribution of the authors: the authors contributed equally to this article.
The authors declare no conflicts of interests.

Статья поступила в редакцию 26.05.2025; одобрена после рецензирования 18.06.2025; принятая к публикации 06.11.2025.
The article was submitted 26.06.2025; approved after reviewing 18.06.2025; accepted for publication 06.11.2025.

Здравоохранение и фармацевтическая деятельность

Научная статья

УДК 614.273

doi:10.32687/1561-5936-2025-29-4-361-364

Текущее состояние сегмента производственных аптек с правом изготовления асептических лекарственных препаратов в Центральном федеральном округе России

Мария Николаевна Денисова¹, Дарья Николаевна Пасько^{2✉},
Анастасия Андреевна Синицына³, Эрнест Георгиевич Нанеишвили⁴

^{1,3}Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н. А. Семашко,
г. Москва, Российская Федерация;

²Российский научный центр хирургии имени академика Б. В. Петровского, Москва, Россия;

^{3,4}Первый Московский государственный медицинский университет имени И. М. Сеченова (Сеченовский
университет), Москва, Россия

¹denisova@nriph.ru, <https://orcid.org/0000-0002-1704-876X>

²dasha.pasko@mail.ru, <https://orcid.org/0009-0006-6886-2661>

³sinitcyna_a_a@staff.sechenov.ru, <https://orcid.org/0000-0001-7023-8549>

⁴ernestnaneishvili@gmail.com, <https://orcid.org/0009-0000-8047-2056>

Аннотация. Целью исследования стало изучение текущего состояния и перспектив развития производственных аптек в России, а также их готовности к изготовлению кардиоплегических растворов по конкретной прописи для обеспечения потребностей медицинских организаций.

В результате проведённого анализа данных реестра лицензий Росздравнадзора и опроса учреждений Центрального федерального округа установлено, что лишь ограниченное число аптек имеют необходимые условия и ресурсы для асептического производства. Основные барьеры включают отсутствие компонентов, оборудования, квалифицированного персонала, а также несовершенство нормативной базы.

Отмечена необходимость нормативных изменений и внедрения современных стандартов изготовления, включая использование международного опыта компаундирования, и контроля качества в деятельность аптек с рецептурно-производственными отделами для повышения доступности лекарственных препаратов в кардиохирургии.

Ключевые слова: аптечное производство; кардиоплегические растворы; экстреморальное изготовление; лекарственное обеспечение; компаундирование

Для цитирования: Денисова М. Н., Пасько Д. Н., Синицына А. А., Нанеишвили Э. Г. Текущее состояние сегмента производственных аптек с правом изготовления асептических лекарственных препаратов в Центральном федеральном округе России // Ремедиум. 2025. Т. 29, № 4. С. 361—364.
doi:10.32687/1561-5936-2025-29-4-361-364

Healthcare and pharmaceutical activities

Original article

The current state of the segment of industrial pharmacies with the right to manufacture aseptic drugs in the Central Federal District of Russia

Maria N. Denisova¹, Daria N. Pasko^{2✉}, Anastasia A. Sinitcyna³, Ernest G. Naneishvili⁴

^{1,3}N. A. Semashko National Research Institute of Public Health, Moscow, Russia;

²Russian Research Center of Surgery named after Academician B. V. Petrovsky, Moscow, Russia;

^{3,4}I. M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), Moscow, Russia

¹denisova@nriph.ru, <https://orcid.org/0000-0002-1704-876X>

²dasha.pasko@mail.ru, <https://orcid.org/0009-0006-6886-2661>

³sinitcyna_a_a@staff.sechenov.ru, <https://orcid.org/0000-0001-7023-8549>

⁴ernestnaneishvili@gmail.com, <https://orcid.org/0009-0000-8047-2056>

Annotation. The aim of the study was to examine the current state and prospects of development of production pharmacies in Russia, as well as their readiness for the manufacture of cardioplegic solutions according to a specific prescription for providing cardiac surgery.

© М. Н. Денисова, Д. Н. Пасько, А. А. Синицына, Э. Г. Нанеишвили, 2025

The analysis of the Roszdravnadzor license registry data and a survey of institutions in the Central Federal District revealed that only a few number of pharmacies have the necessary conditions and resources for aseptic production. Major barriers include lack of components, equipment, qualified personnel and regulatory constraints.

The need for regulatory changes and the introduction of modern manufacturing standards, including the use of international experience in compounding, and quality control in the activities of pharmacies with prescription and production departments to improve the availability of drugs in cardiac surgery is noted.

The availability of drugs for cardiac surgery can be improved by implementing regulatory changes and modern manufacturing standards, including international compounding experience and quality control in the activities of pharmacies with prescription and production departments.

Keywords: *pharmacy manufacturing; cardioplegic solutions; extemporaneous pharmaceutical manufacturing; pharmaceutical supply; compounding*

For citation: Denisova M.N., Pasko D. N., Sinitsyna A. A., Naneishvili E. G. The current state of the segment of industrial pharmacies with the right to manufacture aseptic drugs in the Central Federal District of Russia. *Remedium*. 2025;29(4):361–364. (In Russ.). doi:10.32687/1561-5936-2025-29-4-361-364

Введение

В условиях увеличения числа операций на открытом сердце значительно возрастает значение качественного и своевременного лекарственного обеспечения для интраоперационной защиты миокарда. Особое значение имеет фармакологическая кардиоплегия — один из наиболее распространённых и эффективных методов противоишемической защиты миокарда.

По данным Центрального научно-исследовательского института организации и информатизации здравоохранения, в 2022 г. в России было выполнено 48 549 операций на открытом сердце, из которых 39 833 операции были проведены с использованием искусственного кровообращения [1]. Количество таких вмешательств демонстрирует устойчивую положительную динамику: +2,4% по сравнению с 2021 г. и +14% по сравнению с 2020 г. [1, 2].

На сегодняшний день в России зарегистрированы 4 лекарственных препарата, у которых в инструкции по медицинскому применению в разделе «Показания к применению» указана «кардиоплегия»⁵. За последние годы наблюдается снижение объёмов закупок препаратов промышленного производства [2]. Это обстоятельство увеличивает спрос на экстремальное изготовление препаратов в аптечных учреждениях.

Согласно ранее проведённым исследованиям, в условиях ограниченного ассортимента зарегистрированных лекарственных препаратов доля операций на открытом сердце с применением кардиоплегических растворов (КПР), изготовленных в условиях производственных аптек, составила 37,5% по данным 2020 г. [3, 4].

Производственные аптеки, которые способны удовлетворить эту потребность, сталкиваются с рядом трудностей, среди которых нормативно-правовые ограничения⁶, экономическая нецелесообразность изготовления КПР [5] и нехватка квалифицированных кадров и оборудования. Зарубежная практика демонстрирует успешный опыт применения компаундирования как эффективного метода индивидуального лекарственного обеспечения [5], что свидетельствует о целесообразности внедрения

данного подхода в российской системе здравоохранения.

Цель исследования — оценка текущего состояния и перспектив развития производственных аптек в России, а также их готовности к изготовлению КПР по прописи для обеспечения потребностей медицинских организаций.

Материалы и методы

В рамках работы проведён анализ единого реестра лицензий Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения на фармацевтическую деятельность и отобраны организации, обладающие лицензией на изготовление асептических лекарственных препаратов. Данные собраны и систематизированы в 2025 г., включая результаты прямого опроса 102 учреждений в регионах Центрального федерального округа России.

Результаты

По данным Росздравнадзора, 924 учреждения имеют лицензию на фармацевтическую деятельность с правом изготовления лекарственных препаратов, из них 531 — с правом изготовления асептических лекарственных препаратов⁷.

Для дальнейшего анализа были отобраны 102 организации, расположенные в Центральном федеральном округе.

В ходе исследования была проанализирована информация, полученная в результате рассылки запроса об изготовлении КПР по следующей прописи [6]:

Плазма-Лит 148 водный 1000 мл
Раствор маннитола 20% 16,3 мл
Раствор магния сульфата 50% 4 мл
Раствор натрия гидрокарбоната 8,4% 13 мл
Раствор калия хлорида 2 мэкв/мл 13 мл
Раствор лидокаина гидрохорида 1% 13 мл
рН 7,4

Получение официального запроса на изготовление КПР подтвердили 79 (около 77%) учреждений, 23 организации не ответили на запрос (дополнительный обзвон также не дал положительного результата).

Для уточнения деталей (техническое обеспечение, кадры и др.) был проведён дополнительный об-

⁵ Государственный реестр лекарственных средств. URL: <https://grls.minszdrav.gov.ru/default.aspx> (дата обращения: 04.04.2025).

⁶ Приказ Минздрава РФ от 22.05.2023 № 249н «Об утверждении правил изготовления лекарственных препаратов в аптечных организациях»

⁷ Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения: официальный сайт. URL: <https://roszdravnadzor.gov.ru/> (дата обращения: 08.10.2024).

звон по телефонам из открытых источников 79 учреждений. В результате нами были получены комментарии/ответы:

- 4 (5%) учреждения сообщили о наличии действующего производственного отдела, соответствующего необходимым санитарным и лицензионным требованиям, и подтвердили готовность к изготовлению КПР с изменением предоставленной прописи.
- 14 (18%) учреждений находятся на стадии ликвидации юридического лица или аптека отсутствует по данному адресу;
- 2 (3%) учреждения подтвердили, что аптеки существуют по указанному адресу, но не относятся к данным организациям (т. е. не относятся к производственным аптекам);
- 35 (44%) учреждений сообщили о наличии действующего производственного отдела, соответствующего необходимым санитарным и лицензионным требованиям, однако изготавливать КПР по конкретной прописи не представляется возможным;
- 24 (30%) учреждения отметили отсутствие производственного отдела, соответствующего необходимым санитарным и лицензионным требованиям, что значительно ограничивает их участие в процессах экстреморального изготовления лекарственных препаратов.

Далее в ходе прямого опроса нами были выявлены причины, по которым 35 учреждений отказались от изготовления прописи. Большинство аптек (19 из 35) в качестве причины отказа указали, что не изготавливают инъекционные и инфузионные растворы, хотя имеют лицензию на изготовление асептических лекарственных препаратов согласно данным реестра Росздравнадзора. В 8 аптеках отсутствует компонент (Плазма-Лит 148). В 7 аптеках нет валидированных методик технологии изготовления, контроля качества, условий стерилизации данного раствора, а также данных по фармацевтической совместимости компонентов раствора.

Кроме того, в результате открытого опроса аптечных учреждений были выявлены ограничения, которые препятствуют развитию производственной возможности аптек:

- отсутствие специализированных помещений, соответствующих стандартам асептического производства и лицензионным требованиям;
- дефицит квалифицированного фармацевтического и технического персонала, необходимого для поддержания производственных процессов на высоком уровне;
- недостаток современного оборудования и технологий, необходимых для обеспечения качества и безопасности экстреморально изготовленных препаратов;
- низкая экономическая целесообразность восстановления и поддержания рецептурно-производственных отделов, что связано с высокими

ми операционными издержками и ограниченным спросом;

- жёсткие нормативные ограничения, регламентирующие использование готовых лекарственных форм в качестве исходных компонентов для изготовления индивидуализированных лекарственных препаратов.

Обсуждение

Результаты исследования подтверждают крайне ограниченный потенциал действующих производственных аптек в России. Несмотря на наличие лицензий у организаций, только небольшая часть из них (4%) действительно располагает условиями и готовностью для изготовления инъекционных/инфузионных лекарственных форм, включая КПР. Это обусловлено рядом факторов:

- отсутствием технологического оснащения и сертифицированных производственных помещений;
- экономической нецелесообразностью поддержки производственных мощностей при переходе медицинских организаций на закупку готовых лекарственных средств;
- отсутствием регламентов, позволяющих использовать технологию компаундирования, как это практикуется в зарубежных странах.

Кроме того, в процессе опроса была выявлена дополнительная причина сокращения числа производственных отделов в аптеках — дефицит специалистов, обладающих знаниями и компетенциями для обеспечения производства стерильных растворов по индивидуальной прописи.

Заключение

Проведённое исследование демонстрирует, что число производственных аптек, которые способны обеспечить потребность в экстреморальных КПР, остаётся крайне ограниченным. Кроме того, выявлены факторы как организационно-экономического, так и функционального характера, ограничивающие развитие этого направления.

Для решения выявленных проблем необходимо комплексное нормативное преобразование, направленное на изменение регуляторных требований и повышение экономической привлекательности аптечного производства, а также на внедрение современных стандартов изготовления и контроля качества в деятельность аптек. Реализация таких инициатив создаст условия для устойчивой работы производственных аптек и существенно укрепит систему лекарственного обеспечения медицинских учреждений КПР экстреморального изготовления в условиях роста потребности в данных растворах на фоне увеличения числа операций и снижения объёмов закупок препаратов промышленного производства.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бокерия Л. А., Милиевская Е. Б., Прянишников В. В., Юрлов И. А. Сердечно-сосудистая хирургия — 2022. Болезни и

врожденные аномалии системы кровообращения. М.; 2023. 334 с.

2. Денисова М. Н., Пасько Д. Н. Российский и международный опыт применения кардиоплегических растворов при кардиохирургических операциях // Вопросы обеспечения качества лекарственных средств. 2024. № 3. С. 89—100.
3. Овод А. И., Новикова М. Д., Симонян Р. З. Фармацевтические и правовые вопросы производства и применения инфузий в анестезиологии (на примере кардиоплегических растворов) // Лабораторная и клиническая медицина. Фармация. 2022. Т. 2, № 1. С. 69—76. DOI: 10.14489/lcmp.2022.01.pp.069—076
4. Овод А. И., Новикова М. Д. Фармацевтический рынок кардиоплегических средств и особенности их применения в Российской Федерации // Медико-фармацевтический журнал «Пульс». 2021. Т. 23, № 9. С. 169—182. DOI: 10.26787/nydha-2686-6838-2021-23-9-169-182
5. Петров А. Ю., Айро И. Н., Бережная Е. С. и др. Проблемы экстемпорального изготовления лекарственных форм в аптечных организациях как формы персонифицированной фармации в Российской Федерации и за рубежом // Медицина. Социология. Философия. Прикладные исследования. 2022. № 6. С. 77—84.
6. Клышко Н. К., Щава С. П., Фургал А. А. и др. Кардиоплегия и защита миокарда в кардиохирургии: современные тенденции // Кардиология и сердечно-сосудистая хирургия. 2020. Т. 13, № 2. С. 108—113. DOI: <https://doi.org/10.17116/kardio202013021108>

Вклад авторов: все авторы сделали эквивалентный вклад в подготовку публикации.
Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Contribution of the authors: the authors contributed equally to this article.
The authors declare no conflicts of interests.

Статья поступила в редакцию 26.05.2025; одобрена после рецензирования 18.06.2025; принятая к публикации 06.11.2025.
The article was submitted 26.06.2025; approved after reviewing 18.06.2025; accepted for publication 06.11.2025.

REFERENCES

1. Bokeria L. A., Milievskaia E. B., Pryanishnikov V. V., Yurlov I. A. Cardiovascular surgery — 2022. Diseases and congenital anomalies of the circulatory system. Moscow; 2023. (In Russ.).
2. Denisova M.N., Pasko D. N. Russian and international experience of using cardioplegic solutions during cardiac surgery. *Journal of pharmaceuticals quality assurance issue*. 2024;3(45):89—100.
3. Ovod A. I., Novikova M. D., Simonyan R. Z. Pharmaceutical and legal issues of production and application of infusions in anesthesiology (on the example of cardioplegic solutions). *Laboratory and Clinical Medicine. Pharmacy*. 2022;2(1):69—76. DOI 10.14489/lcmp.2022.01.pp.069—076
4. Ovod A. I., Novikova M. D. Pharmaceutical market of cardioplegic drugs and features of their application in Russia. *Medical & pharmaceutical journal «Pulse»*. 2021;23(9):169—182. DOI: 10.26787/nydha-2686-6838-2021-23-9-169-182.
5. Petrov A. Yu., Airo I. N., Berezhnaya E. S. et al. Problems of extemporal manufacture of dosage forms in pharmacy organizations as a form of personalized pharmacy in the Russian Federation and abroad. *Medicine. Sociology. Philosophy. Applied research*. 2022;(6):77—84. (In Russ.).
6. Klyshko N. K., Shchava S. P., Furgal A. A. et al. Cardioplegia and myocardial protection in adult cardiac surgery: current trends. *Russian Journal of Cardiology and Cardiovascular Surgery*. 2020;13(2):108—113. DOI: 10.17116/kardio202013021108

Научная статья

УДК 316.4

doi:10.32687/1561-5936-2025-29-4-365-367

Интеграция здравоохранения новых субъектов в систему Российской Федерации

Александра Аркадьевна Штерцер

Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента
Департамента здравоохранения города Москвы, Москва, Россия

aleshertser@gmail.com, <https://orcid.org/0009-0002-8797-693X>

Аннотация. На сегодняшний день комплекс взаимосвязанных факторов политического, социально-экономического и управленческого характера выводит проблематику эффективной интеграции медицинских учреждений в разряд первостепенных задач национального масштаба. Важность определяется острой практической необходимостью разработки и реализации эффективной модели управления, обеспечивала не просто восстановление функциональности медицинских организаций, но их качественную трансформацию и интеграцию в единое российское медицинское пространство в кратчайшие сроки. Были изучены научные статьи по данной проблематике, проанализированы и сделаны выводы, которые помогут улучшать и развивать работу медицинских учреждений в новых субъектах Российской Федерации.

Ключевые слова: новые регионы; легитимация государственной власти; интеграция; лояльность населения; восстановление; медицинская организация

Для цитирования: Штерцер А. А. Интеграция здравоохранения новых субъектов в систему Российской Федерации // Ремедиум. 2025. Т. 29, № 4. С. 365—367. doi:10.32687/1561-5936-2025-29-4-365-367

Original article

Integration of healthcare of the new subjects into the system of the Russian Federation

Alexandra A. Shtertser

Scientific Research Institute of Healthcare Organization and Medical Management of the Moscow Department of Healthcare, Moscow, Russia

aleshertser@gmail.com, <https://orcid.org/0009-0002-8797-693X>

Annotation. The current complex of interconnected political, socio-economic, and managerial factors has rendered the effective integration of medical institutions a national priority. This prioritization is driven by the pressing practical need to develop and implement an effective management model designed not merely to restore the operational capacity of healthcare organizations, but to achieve their qualitative transformation and rapid integration into a unified Russian medical space. A review and analysis of scientific literature on this topic was conducted, resulting in conclusions intended to enhance and advance the operations of medical institutions in the new federal subjects of the Russian Federation.

Keywords: new regions; legitimization of state authority; integration; population loyalty; restoration; medical institution

For citation: Shtertser A. A. Integration of healthcare of the new subjects into the system of the Russian Federation. Remedium. 2025;29(4):365–367. (In Russ.). doi:10.32687/1561-5936-2025-29-4-365-367

Введение

Вхождение новых территорий в состав Российской Федерации представляет собой масштабный цивилизационный проект, в рамках которого интеграция системы здравоохранения приобрела характер не только организационной, но и геополитической задачи. Как верно отмечают авторы аналитических публикаций, именно здравоохранение становится ключевым инструментом формирования социального доверия и легитимации государственной власти на новых территориях [1, 2].

Правовой основой интеграции, как подчёркивается в исследованиях, стал Федеральный закон от 17.02.2023 № 16-ФЗ, установивший особенности переходного периода⁸. Однако, как показывают научные изыскания, успех интеграции определяется не только нормативной базой, но и практической реа-

лизацией в таких ключевых сферах, как материально-техническое переоснащение, кадровая политика, финансовое обеспечение и внедрение единых медицинских стандартов [1–3].

Целью настоящей статьи является комплексный анализ механизмов и результатов интеграции системы здравоохранения новых субъектов РФ на основе данных официальных источников и научных публикаций с акцентом на системность подхода и достижение ключевых показателей эффективности.

⁸ Федеральный закон от 17.02.2023 г. № 16-ФЗ «Об особенностях правового регулирования отношений в сферах охраны здоровья, обязательного медицинского страхования, обращения лекарственных средств и обращения медицинских изделий в связи с принятием в Российской Федерацию Донецкой Народной Республики, Луганской Народной Республики, Запорожской области и Херсонской области».

Материалы и методы

Исследование базируется на применении комплекса общенаучных методов теоретического уровня. Основу работы составил аналитико-синтетический подход, который включил систематический поиск и анализ научной литературы.

Изучены публикации в отечественных рецензируемых журналах, отобранные по критерию релевантности теме интеграции систем здравоохранения. Проведён структурно-функциональный анализ для определения взаимосвязей между политическими, управлеченческими и социальными факторами интеграции. Полученных данных обобщены с целью разработки концептуальных основ для предлагаемой модели управления.

Результаты и обсуждение

Нормативно-правовое регулирование переходного периода

Вхождение новых территорий в состав Российской Федерации стало не только изменением государственных границ, но и масштабным цивилизационным проектом, в рамках которого интеграция системы здравоохранения приобрела характер геополитического и социального императива. В кратчайшие сроки был разработан и принят Федеральный закон № 16-ФЗ, определяющий особенности переходного периода в сфере здравоохранения, а также были приняты все необходимые подзаконные акты.

Это позволило ввести специальный переходный период, в рамках которого был разрешён временный оборот лекарственных средств без обязательной маркировки⁹. Данная мера позволила избежать коллапса фармацевтического рынка и обеспечить непрерывность лекарственной терапии для миллионов граждан в критической фазе интеграции, демонстрируя гибкость управлеченческого подхода. Жителям новых субъектов наладили доступ к бесплатным лекарственным препаратам для лечения ряда заболеваний по программе «14 ВЗН». Пациенты с ВИЧ-инфекцией и больные туберкулёзом с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя получили антибактериальные и противотуберкулёзные препараты. Также в субъекты направили лекарства для профилактики развития сердечно-сосудистых заболеваний и сердечно-сосудистых осложнений¹⁰.

С 1 марта 2023 г. гражданам новых субъектов начали выдавать полисы обязательного медицинского страхования (ОМС), открыли территориальные фонды ОМС. Приводят местные нормативные акты в соответствие с законодательством России. Среди направлений, по которым обновляют нормативную базу: маршрутизация, интеграция порядков оказа-

⁹ Во временный период в новых регионах России разрешили оборот лекарств без маркировки // Vademecum. 2023. 15 июня. URL: <https://vademec.ru/news/2023/06/15/v-novykh-regionakh-rossii-vremenno-razreshili-oborot-lekarstv-bez-markirovki/> (дата обращения: 15.10.2025).

¹⁰ Как интегрируют российское здравоохранение на новые территории. Направления работы и достижения // Управление качеством в здравоохранении. 2024. № 9. URL: <https://e.uprzdrav.ru/1101227> (дата обращения: 15.10.2025).

ния медпомощи и диспансеризации, льготное лекарственное обеспечение³.

Организация медицинской помощи

Организованы масштабные медицинские программы для помощи разным слоям населения.

Для детского населения в качестве первоочередной меры были развернуты выездные медицинские бригады для осмотра детей. Под методическим руководством Национального медицинского исследовательского центра здоровья детей было обследовано 337,8 тыс. детей. Параллельно внедрён расширенный неонатальный скрининг, охвативший в 2023 г. 64% новорождённых (9,5 тыс. детей)¹¹.

Для взрослого населения на новых территориях запущены диспансеризация и профилактические осмотры по порядкам Минздрава России. Для компенсации дефицита кадров на первичном звене были организованы выездные бригады «профилактического патруля», осмотревшие 26,5 тыс. человек. Всего в 2023 г. профилактические мероприятия охватили 1,5 млн жителей новых субъектов⁴.

Материально-техническое переоснащение

Успешная интеграция систем здравоохранения в единое нормативно-правовое и методическое поле требует не только организационно-управленческих решений, но и существенных финансовых вливаний [4]. Эти инвестиции направлены на преодоление системного разрыва в оснащённости, технологиях и стандартах оказания медицинской помощи, сложившегося за предыдущие периоды.

Выделение в 2023 г. целевых средств в размере 2,1 млрд руб. из федерального бюджета стало не просто разовой мерой поддержки, а ключевым инструментом реализации государственной политики в сфере здравоохранения.

В медицинские организации поставлено 69 единиц современного медицинского и 122 единицы лабораторного оборудования. Внедрены 63 новых метода диагностики и лечения (чрескожное коронарное вмешательство, тромболизис, магнитно-резонансная и компьютерная томография и др.). С использованием нового оборудования обследовано 54 635 пациентов, проведено 248 451 лабораторное исследование. Осуществлены поставки 1499 единиц медицинских изделий и 197 единиц автотранспорта¹².

Указанные финансовые вложения следует рассматривать в качестве катализатора дальнейших преобразований. Оснащение учреждений современным оборудованием создало не только физическую инфраструктуру, но и предпосылки для кадрового и

¹¹ Как на новых территориях восстанавливается система оказания медицинской помощи // Российская газета: федеральный выпуск. 2023. 1 марта. URL: <https://rg.ru/2023/03/01/kak-na-novyh-territoriyah-vosstanavlivayetsia-sistema-okazaniia-medicinskoy-pomoshchi.html> (дата обращения: 15.10.2025).

¹² В рамках интеграции новых территорий в систему здравоохранения Российской Федерации // Официальный сайт Министерства здравоохранения Луганской Народной Республики. URL: <https://minzdrav.lpr-reg.ru/v-ramkakh-integracii-novyx-territoriy-v-sistemuzdravooxraneniya-rossijskoj-federacii/> (дата обращения: 15.10.2025).

методического развития¹³. Поставка оборудования потребовала организации обучения местных специалистов работе на нём, что осуществлялось при методической поддержке национальных медицинских исследовательских центров. Возможность применять новые методы диагностики и лечения повысила профессиональный уровень медицинских работников и привлекательность работы в местных лечебно-профилактических учреждениях, способствуя закреплению кадров.

Таким образом, федеральное финансирование в размере 2,1 млрд руб. выступило в роли системообразующего ресурса, который не просто покрыл текущие расходы, но и обеспечил мультиплекативный эффект.

Кадровая политика

Ключевым элементом успешной интеграции новых территорий в российскую систему здравоохранения стала комплексная программа адаптации и повышения квалификации медицинских работников [4, 5]. В качестве показательного примера системного подхода к данному вопросу можно рассмотреть обучающий онлайн-семинар, организованный 11.07.2023 Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения при участии Территориального органа Росздравнадзора по Ростовской области¹⁴.

Семинар был целенаправленно посвящён вопросам соблюдения требований законодательства Российской Федерации в сфере обращения медицинских изделий и порядка проведения их государственной регистрации.

Проведение семинара под эгидой федерального контрольно-надзорного органа (Росздравнадзора) свидетельствует о придании образовательному процессу официального статуса и обеспечении единства правоприменительной практики. Участие Территориального органа Росздравнадзора по Ростовской области обеспечило учёт региональной специфики и опыта соседнего субъекта РФ и создание платформы для прямого диалога между специалистами, а также трансляцию успешных практик интеграции.

Таким образом, образовательные мероприятия, подобные рассмотренному семинару, представляют собой не эпизодические действия, а системный компонент интеграционной политики, направленный на создание профессиональной среды, функционирующей в соответствии с российскими нормативными требованиями и стандартами качества⁵.

¹³ Новые регионы могут получить из федбюджета 2,1 млрд рублей на здравоохранение // Vademeсum. 2023. 22 мая. URL: <https://vademec.ru/news/2023/05/22—05/novye-regiony-mogut-poluchit-iz-fedbyudezhta-2-1-mlrd-rublej-na-zdravookhranenie/> (дата обращения: 15.10.2025).

¹⁴ Более 8 тысяч медиков новых территорий прошли переподготовку // ТАСС: информационное агентство. 2023. 21 ноября. URL: <https://tass.ru/obschestvo/19345667> (дата обращения: 15.10.2025).

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

The author declares no conflicts of interests.

Статья поступила в редакцию 26.05.2025; одобрена после рецензирования 18.06.2025; принятая к публикации 06.11.2025.
The article was submitted 26.06.2025; approved after reviewing 18.06.2025; accepted for publication 06.11.2025.

Заключение

Проведённое исследование позволяет сделать вывод о том, что интеграция здравоохранения новых территорий является многоуровневым процессом, основанным на принципах системного подхода и научно обоснованного управления [5]. Как демонстрируют данные научных изысканий и отчётов, реализованный комплекс мер — от принятия базового федерального закона до организации целевого обучения кадров — позволил в кратчайшие сроки не только стабилизировать систему, но и заложить основы для её качественного развития.

Результаты, достигнутые к 2024 г., подтверждают эффективность выбранной стратегии. Ключевыми факторами успеха стали синхронизация правового поля, масштабное финансовое и материально-техническое обеспечение, создание гибких механизмов лекарственного снабжения и реализация последовательной кадровой политики.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бурак П. И., Ростанец В. Г. Регионы РФ с высокой степенью интеграции экономик как новый объект государственного стратегического планирования и управления // Научные труды Вольного экономического общества России. 2024. Т. 250, № 6. С. 300—322. DOI: 10.38197/2072-2060-2024-250-6-300-322
2. Фесюк И. А., Павлюк А. В. Диагностика состояния социальной интеграции новых регионов РФ и пути повышения ее эффективности // Теория и практика общественного развития. 2025. № 6. С. 29—37. DOI: 10.24158/tipor.2025.6.3
3. Данильченко Я. В., Костомарова Т. С. Об опыте и принципах интеграции медицинских учреждений региона // Менеджмент и бизнес-администрирование. 2014. № 3. С. 180—183. EDN: SWKZVD
4. Царева Т. В. Особенности интеграции населения Северодонецка (ЛНР) в состав РФ: региональный и конфессиональный аспекты // Россия и мир: научный диалог. 2025. № 1. С. 208—223. DOI: 10.53658/RW2025-4-1(15)-208-223
5. Соловьева В. А., Курмангулов А. А. Характеристика количественного состава прикрепленного населения медицинских организаций, внедряющих новую модель на примере субъекта РФ // Университетская медицина Урала. 2024. Т. 10, № 4. С. 29—32. EDN: FFVRTS

REFERENCES

1. Burak P. I., Rostanets V. G. Regions of the Russian Federation with a high degree of economic integration as a new object of state strategic planning and management. *Scientific Works of the Free Economic Society of Russia*. 2024;250(6):300—322. DOI: 10.38197/2072-2060-2024-250-6-300-322
2. Fesyuk I. A., Pavlyuk A. V. Diagnostics of the state of social integration of the new regions of the Russian Federation and ways to increase its effectiveness. *Theory and Practice of Social Development*. 2025;(6):29—37. DOI: 10.24158/tipor.2025.6.3
3. Danilchenko Ya. V., Kostomarova T. S. On the experience and principles of integration of medical institutions in the region. *Management and Business Administration*. 2014;(3):180—183. EDN: SWKZVD
4. Tsareva T. V. Features of the integration of the population of Severodonetsk (LPR) into the Russian Federation: regional and confessional aspects. *Russia and the World: Scientific Dialogue*. 2025;(1):208—223. DOI: 10.53658/RW2025-4-1(15)-208-223
5. Sovina V. A., Kurmangulov A. A. Characteristics of the quantitative composition of the attached population of medical organizations implementing a new model on the example of a constituent entity of the Russian Federation. *University Medicine of the Urals*. 2024;10(4):29—32. EDN: FFVRTS.

Научная статья

УДК 316.6:613+613.2+613.8+796

doi:10.32687/1561-5936-2025-29-4-368-373

Субъективная оценка здоровья девушек в контексте поведенческих факторов образа жизни

Екатерина Владимировна Булычева¹*, Наталья Николаевна Тупикова²

¹Оренбургский государственный медицинский университет, Оренбург, Россия;

²Оренбургский институт путей сообщения — филиал Приволжского государственного университета путей сообщения, Оренбург, Россия

¹bulycheva_yekaterina@list.ru, <https://orcid.org/0000-0002-8215-8674>

²medcol28@yandex.ru, <https://orcid.org/0009-0000-5294-1214>

Аннотация. Введение. Современный образ жизни девушек, включая поведенческие паттерны, социальные практики и ценностные ориентации, оказывает значительное влияние на их физическое и психоэмоциональное благополучие. В условиях роста распространённости нездоровых привычек в данной группе изучение взаимосвязи между образом жизни и субъективной оценкой здоровья приобретает особую актуальность. **Цель** исследования — выявить закономерности взаимосвязи между поведенческими факторами образа жизни (физическая активность, питание, курение, употребление алкоголя) и субъективной оценкой здоровья среди девушек.

Методы. Проведён одномоментный онлайн-опрос 214 девушек 18—22 лет (Me [Q1; Q3] = 20 [19; 21]) с использованием комбинированного опросника, включавшего блоки вопросов о самооценке здоровья, физической активности, питании и вредных привычках. Статистический анализ данных включал расчёты относительных показателей, оценку по критерию χ^2 Пирсона и корреляционный анализ. **Результаты.** Выявлена возрастная динамика: с увеличением возраста снижается доля позитивных оценок здоровья ($r = -0,23$). Регулярная физическая активность ассоциирована с более высокой самооценкой здоровья ($r = 0,45$). Рациональное питание коррелирует с улучшенной субъективной оценкой ($r = 0,38$), тогда как курение ($r = -0,52$) и употребление алкоголя ($r = -0,39$) демонстрируют обратную зависимость. **Заключение.** Результаты подтверждают значимое влияние здорового образа жизни на субъективное восприятие здоровья у девушек. Формирование программ, направленных на повышение физической активности, рационализацию питания и отказ от вредных привычек, может способствовать улучшению как объективного, так и субъективного здоровья в данной группе.

Ключевые слова: самооценка здоровья; физическая активность; питание; курение; алкоголь; девушки

Для цитирования: Булычева Е. В., Тупикова Н. Н. Субъективная оценка здоровья девушек в контексте поведенческих факторов образа жизни // Ремедиум. 2025. Т. 29, № 4. С. 368—373. doi:10.32687/1561-5936-2025-29-4-368-373

Original article

Subjective assessment of girls' health in the context of behavioral lifestyle factors

Ekaterina V. Bulycheva¹*, Natalia N. Tupikova²

¹Orenburg State Medical University, Orenburg, Russia;

²Orenburg Institute of Railways — branch of Volga State University of Railways, Orenburg, Russia

¹bulycheva_yekaterina@list.ru, <https://orcid.org/0000-0002-8215-8674>

²medcol28@yandex.ru, <https://orcid.org/0009-0000-5294-1214>

Annotation. Introduction. The modern lifestyle of girls, including behavioral patterns, social practices and value orientations, has a significant impact on their physical and psycho-emotional well-being. With the increasing prevalence of unhealthy habits in this group, the study of the relationship between lifestyle and subjective assessment of health is becoming particularly relevant. **Objective.** To identify patterns of association between behavioral lifestyle factors (physical activity, nutrition, smoking, alcohol consumption) and subjective health assessment among youth. **Methods.** A cross-sectional online survey was conducted among 214 females aged 18—22 years (Me [Q1; Q3] = 20 [19; 21]) using a combined questionnaire that included sections on self-rated health, physical activity, dietary habits, and harmful behaviors. Statistical analysis involved calculation of relative measures, Pearson's χ^2 test, and correlation analysis. **Results.** Age-related dynamics were revealed: positive health assessments decreased with age ($r = -0.23$). Regular physical activity was associated with higher self-rated health ($r = 0.45$). Balanced nutrition correlated with improved subjective assessment ($r = 0.38$), while smoking ($r = -0.52$) and alcohol consumption ($r = -0.39$) showed inverse relationships. **Conclusion.** The results confirm the significant influence of a healthy lifestyle on the subjective perception of health in girls. The formation of programs aimed at increasing physical activity, rationalizing nutrition and giving up bad habits can help improve both objective and subjective health in this group.

Keywords: self-assessment of health; physical activity; nutrition; smoking; alcohol; girls

For citation: Bulycheva E. V., Tupikova N. N. Subjective assessment of girls' health in the context of behavioral lifestyle factors. *Remedium*. 2025;29(4):368—373. (In Russ.). doi:10.32687/1561-5936-2025-29-4-368-373

Введение

Современный образ жизни женской молодёжи представляет собой комплексную систему поведен-

ческих паттернов, ценностных ориентаций и социально-активных практик, оказывающих существенное влияние на физическое и психоэмоциональное

благополучие этой группы [1—3]. Поведенческие детерминанты образа жизни девушек формируют уникальный социокультурный контекст, в рамках которого происходит становление и развитие личности, что обуславливает необходимость системного анализа их взаимосвязей с показателями здоровья [4]. Понимание механизмов влияния поведенческих факторов на субъективное восприятие здоровья позволяет разрабатывать эффективные стратегии укрепления здоровья девушек и способствовать их позитивному развитию [5, 6]. В современных условиях особую актуальность приобретает изучение того, как различные аспекты образа жизни формируют целостную картину субъективного восприятия собственного здоровья именно в этой группе.

Цель исследования — выявить закономерности взаимосвязи между поведенческими факторами образа жизни (физическая активность, питание, курение, употребление алкоголя) и субъективной оценкой здоровья среди девушек.

Материалы и методы

Среди 214 девушек в возрасте 18—22 лет (M_e [Q1; Q3] = 20 [19; 21]) проведён одномоментный сплошной онлайн-опрос по комбинированному опроснику, включающий блок вопросов по субъективной самооценке здоровья, физической активности, питанию и наличию вредных привычек.

Семейное положение девушек характеризовалось преобладанием лиц, не состоящих в официальном браке (68,0% проживают одни). Часть опрошенных (24,0%) состоит в официальном браке и проживает совместно с супругом/супругой. Доля девушек, проживающих в гражданском браке, — 8,0%. Как и в случае официального брака, респонденты указали, что с супругами проживают совместно.

Репродуктивный статус выборки демонстрирует преимущественно бездетный состав девушек (97,6% не имеют детей). Доля девушек с детьми младше 15 лет составляла 2,1%.

Образовательный уровень выборки характеризуется однородностью: все респонденты имеют среднее специальное образование.

Статистический анализ полученных данных проводился путем расчёта относительных величин: интенсивных и экстенсивных показателей. Определение уровня статистической значимости различий между исследуемыми группами проведено с помощью критерия χ^2 Пирсона. Различия считали значимыми при $p \leq 0,05$. Все расчёты статистических показателей проводили в программе Statistica 10.0.

Результаты

Полученные данные свидетельствуют о том, что у девушек преобладает позитивное восприятие соб-

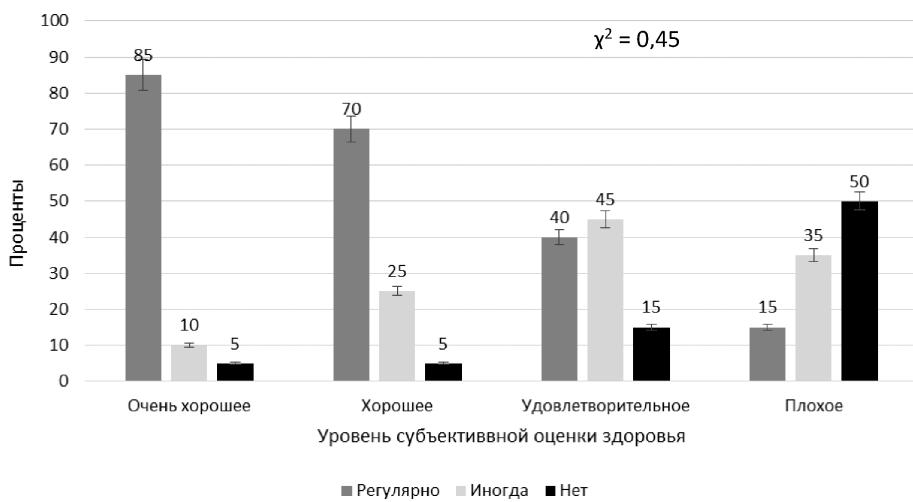


Рис. 1. Взаимосвязь физической активности и субъективной оценки здоровья.

ственного здоровья: 45% девушек оценивают его как «очень хорошее», 35% — как «хорошее». Категории «удовлетворительное» и «плохое» здоровье отмечены у 15 и 5% соответственно.

Проведённое исследование позволило выявить характер взаимосвязи между регулярностью физической активности и субъективной оценкой состояния здоровья девушек (рис. 1). Группа регулярно занимающихся физической активностью демонстрировала наиболее высокие показатели самооценки здоровья: 85% девушек оценили своё здоровье как «очень хорошее», лишь 15% указали на «плохое» состояние здоровья. Группа с эпизодической физической активностью характеризуется существенным снижением показателей самооценки. Доля девушек с оценкой «очень хорошее» здоровье составила 10%; 35% относят своё здоровье к категории «плохое». Группа с отсутствием физической активности демонстрирует наихудшие показатели самооценки. Только 5% девушек оценили своё здоровье как «очень хорошее»; 50% указывают на «плохое» состояние здоровья. Корреляционный анализ выявил умеренную положительную связь между уровнем физической активности и субъективной оценкой здоровья ($r = 0,45$), что свидетельствует о статистически значимой зависимости: чем выше уровень физической активности, тем выше самооценка состояния здоровья.

Данные, представленные на рис. 2, демонстрируют существенную взаимосвязь между характером питания и субъективной оценкой состояния здоровья девушек. В группе с рациональным питанием наблюдается значительно более высокая самооценка здоровья. В противоположность этому, группа с нерациональным питанием демонстрирует существенно более низкие показатели. Статистическая обработка данных выявила умеренную прямую корреляционную связь между характером питания и субъективной оценкой здоровья ($r = 0,38$), что подтверждает статистическую значимость обнаруженной зависимости. Результаты исследования показывают чёткую тенденцию: соблюдение принципов рационального питания коррелирует с более высокой

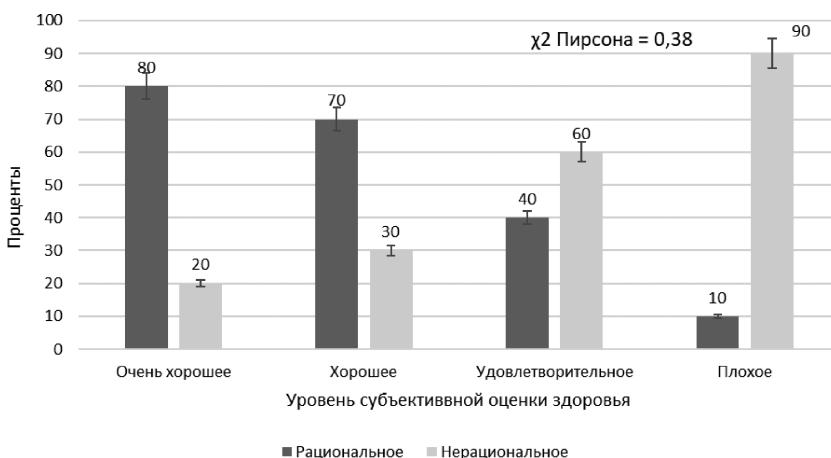


Рис. 2. Субъективная оценка здоровья в зависимости от характера питания.

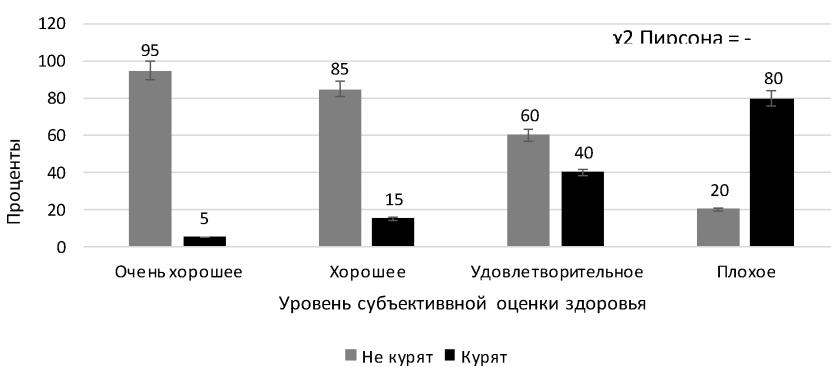


Рис. 3. Субъективная оценка здоровья в зависимости от статуса курения

самооценкой здоровья, в то время как нерациональное питание ассоциировано с более низкими показателями самооценки.

Статус курения и субъективная оценка здоровья девушек представлены на рис. 3. В группе некурящих девушек преобладающее большинство (95%) оценивали своё здоровье как «очень хорошее», лишь 20% указали на «плохое» состояние здоровья. В группе курящих девушек наблюдается кардинально иная картина: крайне низкая доля (5%) оценили здоровье как «очень хорошее», значительное большинство (80%) — как «плохое». Корреляционный анализ выявил умеренную отрицательную связь между статусом курения и субъективной оценкой здоровья ($r = -0,52$), что свидетельствует о значимой обратной зависимости: чем выше статус курения, тем ниже самооценка состояния здоровья.

В группе не употребляющих алкоголь преобладающее большинство (90%) оценили своё здоровье как «очень хорошее», 20% указали на «плохое» состояние здоровья (рис. 4). В группе употребляющих алкоголь наблюдается крайне низкая доля (10%) лиц, кто оценил здоровье как «очень хорошее». Значительное большинство девушек (80%) ука-

зали на «плохое» состояние здоровья. Корреляционный анализ выявил умеренную отрицательную связь между употреблением алкоголя и субъективной оценкой здоровья ($r = -0,39$), что свидетельствует о значимой обратной зависимости: чем выше частота употребления алкоголя, тем ниже самооценка состояния здоровья.

Обсуждение

Полученные результаты свидетельствуют о том, что регулярная физическая активность является значимым фактором, влияющим на субъективное восприятие собственного здоровья, согласуются с опубликованными данными отечественных и зарубежных научных исследований [7, 8]. Самооценка здоровья охватывает чувства человека по поводу своего состояния здоровья, объединяя эмоциональное, социальное и психологическое благополучие [9]. Регулярная физическая активность связана с улучшением психического здоровья, снижением уровня стресса и повышением качества жизни, что приводит к повышению самооценки здоровья [8, 10–11]. Лица, которые регулярно занимаются физическими упражнениями, могут испытывать улучшение самочувствия, более активное социальное взаимодействие и более высокую самооценку, что способствует усилению субъективного ощущения благополучия [8, 12]. Корреляция между физической активностью и самооценкой состояния здоровья была изучена в различных группах населения, включая подростков, взрослых и пожилых людей [13]. У молодых людей повышенный уровень физической активности связан с улучшением самооценки состояния здоровья [10, 14].

Как показало наше исследование среди девушек, соблюдение принципов рационального питания положительно влияет на субъективное восприятие собственного здоровья. Наблюдается существенное различие в показателях самооценки между группами

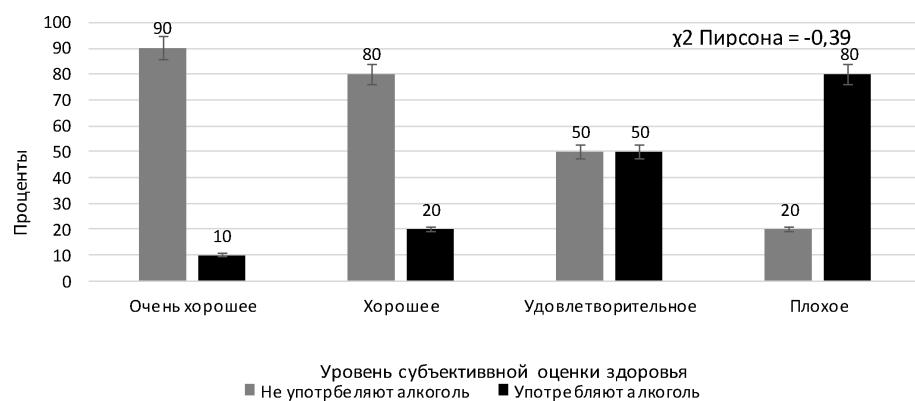


Рис. 4. Субъективная оценка здоровья в зависимости от употребления алкоголя.

ми девушек с рациональным и нерациональным типом питания. Выявленная взаимосвязь подчёркивает важность формирования здоровых пищевых привычек как фактора, способствующего не только объективному улучшению состояния здоровья, но и повышению его субъективной оценки. Правильное питание существенно влияет на субъективную оценку здоровья, влияя на восприятие собственного благополучия [15–17]. Сбалансированная диета, богатая необходимыми питательными веществами, поддерживает физическое и психическое здоровье, способствуя позитивной самооценке состояния здоровья [16–19]. Правильное питание играет решающую роль в поддержании этих аспектов здоровья, тем самым влияя на субъективные оценки состояния здоровья [16, 17, 20]. Влияние питания на субъективные оценки состояния здоровья может варьироваться в зависимости от группы населения [21]. Так, доказано, что общее качество рациона питания связано с самооценкой состояния здоровья молодых людей [22].

Установленная чёткая закономерность, что отказ от курения ассоциирован с более высокой самооценкой здоровья, в то время как курение связано с существенным ухудшением субъективного восприятия состояния здоровья, нашла своё подтверждение в результатах анализа научных исследований [23–25]. Выявлено, что у курильщиков субъективное восприятие здоровья часто ниже, чем у некурящих [18, 26–28].

Как и в случае с курением, отказ от употребления алкоголя у исследуемых девушек ассоциирован с более высокой самооценкой здоровья, в то время как регулярное употребление алкоголя связано с существенным ухудшением субъективного восприятия состояния здоровья. Потребление алкоголя имеет сложную взаимосвязь с субъективной оценкой состояния здоровья, причём на эту взаимосвязь влияют различные факторы [29–31]. В некоторых исследованиях умеренное потребление алкоголя было связано с улучшением субъективного самочувствия [31–33]. Однако другие исследования показывают, что различные формы употребления алкоголя, такие как запой, могут оказывать пагубное воздействие на субъективное здоровье [34–35]. Чрезмерное употребление алкоголя, определяемое как употребление 6 или более порций напитков за один раз, было связано со снижением качества жизни [35]. Эти результаты подчёркивают важность учёта характера употребления алкоголя, а не только общего потребления, при оценке влияния алкоголя на субъективное здоровье [34, 35].

Заключение

Проведённое исследование позволило получить представительные данные о взаимосвязи поведенческих факторов и субъективной оценки здоровья именно в группе девушек 18–22 лет. Целесообразность фокусировки на данной группе обусловлена тем, что молодые женщины в этот период жизни сталкиваются с уникальным комплексом социаль-

но-психологических и физиологических факторов: становление профессиональной траектории, высокая учебная нагрузка, формирование репродуктивного здоровья и часто — изменение привычного образа жизни. Эти обстоятельства определяют тот факт, что девушки являются особо уязвимой группой в отношении формирования рисковых поведенческих паттернов, что может оказывать выраженное влияние на их субъективное благополучие.

Полученные результаты показали, что у девушек регулярная физическая активность и рациональное питание являются значимыми предикторами более высокой самооценки здоровья, в то время как курение и употребление алкоголя тесно связаны с его субъективным ухудшением. Учитывая вышеизложенное, становится очевидной важность разработки и внедрения целенаправленных профилактических программ по укреплению здоровья, ориентированных именно на женскую молодёжь. Формирование у девушек устойчивых моделей здорового образа жизни, включающих регулярную физическую активность, сбалансированное питание и отказ от вредных привычек, является ключевым фактором в улучшении как объективных показателей, так и субъективного восприятия их здоровья в настоящем и будущем.

ЛИТЕРАТУРА

1. Alaric L. Youth lifestyles // Can. J. Fam. Youth. 2016. Vol. 8, N 1. P. 205–211. DOI: 10.29173/cjfy27148
2. Burdette A. M., Needham B. L., Taylor M. G., Hill T. D. Health lifestyles in adolescence and self-rated health into adulthood // J. Health Soc. Behav. 2017. T. 58, № 4. C. 520–536. DOI: 10.1177/0022146517735313
3. Попова Н. В. Современные подходы к формированию здорового и безопасного образа жизни девушек // Педагогическое образование на Алтае. 2021. № 2. С. 126–129.
4. Соколова М. П. Влияние образа жизни и экологических привычек на здоровье молодежи (обзор литературы) // Окружающая среда и здоровье. 2024. № 3. С. 72–80. DOI: 10.32402/dovkil2024.03.072
5. Cárdenas D., Lattimore F., Steinberg D., Reynolds K. J. Youth well-being predicts later academic success // Sci. Rep. 2022. Vol. 12. P. 2134. DOI: 10.1038/s41598-022-05780-0
6. Solaro N., Oggionni G., Bernardelli G. et al. Lifestyle and Perceived well-being in children and teens: importance of exercise and sedentary behavior // Nutrients. 2025. Vol. 17, N 14. P. 2370. DOI: 10.3390/nu17142370
7. Сабгайда Т. П., Зубко А. В., Землянова Е. В. и др. Приверженность студентов с разной самооценкой состояния здоровья к занятиям физическими упражнениями // Социальные аспекты здоровья населения. 2022. Т. 68, № 1. С. 9. DOI: 10.21045/2071-5021-2022-68-1-9
8. Liao T., Yin Y., Hu X. et al. The relationship between physical activity and subjective well-being in Chinese university students: the mediating roles of perceived health, social support and self-esteem // Front. Sports Active Living. 2023. Vol. 5. P. 1280404. DOI: 10.3389/fspor.2023.1280404
9. Mancilla I., Rivera L., Bergstrom J., Molina A. Activity level and successful aging, subjective age, and mental, physical, and general health // Innovation in Aging. 2023. Vol. 7, Suppl 1. P. 710–711. DOI: 10.1093/geroni/igad104.2304
10. Котова М. Б., Максимов С. А., Шальнова С. А. и др. Уровни и виды физической активности в России по данным исследования ЭССЕ-РФ: есть ли след пандемии COVID-19? // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2023. Т. 22, № 8S. С. 3787. DOI: 10.15829/1728-8800-2023-3787
11. Huang C. H., Umegaki H., Makino T. et al. Effect of various exercises on intrinsic capacity in older adults with subjective cognitive concerns // J. Am. Med. Direct. Assoc. 2021. Vol. 22, N 4. P. 780–786.e2. DOI: 10.1016/j.jamda.2020.06.048

12. Скобелина Н. А. Влияние физкультурно-спортивной деятельности на социальное здоровье студенческой молодежи: по материалам регионального исследования // Человек. Спорт. Медицина. 2023. Т. 23, № 3. С. 2577. DOI: 10.14529/hsm230307

13. Granger E., Di Nardo F., Harrison A., et al. A systematic review of the relationship of physical activity and health status in adolescents // Eur. J. Public Health. 2017. Vol. 27, Suppl_2. P. 100—106. DOI: 10.1093/eurpub/ckw187

14. Galán I., Boix R., Medrano M. J. et al. Physical activity and self-reported health status among adolescents: a cross-sectional population-based study // BMJ Open. 2013. Vol. 3, N 5. P. e002644. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2013-002644>

15. Скобелина Н. А. Роль сбалансированного питания в формировании самооценки здоровья у подростков: региональное исследование // Вопросы питания. 2024. Т. 93, № 2. С. 34—41. DOI: 10.14529/hsm230307

16. Alija G., Dauti M., Havziu D. et al. Human health and importance of nutrition // Acta Medica Balkanica. 2024. Vol. 9, N 17—18. P. 153—161. DOI: 10.62792/ut.amb.v9.i17-18.p2563

17. Bekdash R. A. Epigenetics, nutrition, and the brain: improving mental health through diet // Int. J. Mol. Sci. 2024. Vol. 25, N 7. P. 4036. DOI: 10.3390/ijms25074036

18. Иванова А. А., Петров С. Н., Сидорова Е. В. и др. Влияние пищевых привычек на самооценку здоровья у лиц с метаболическим синдромом // Профилактическая медицина. 2023. Т. 26, № 3. С. 45—52. DOI: 10.15829/1728-8800-2023-3787

19. Gupta C., Hande S. Exploring the importance of gut and nutrition in mental health: a step towards nutritional psychiatry // Int. J. Sci. Healthcare Res. 2025. Vol. 10, N 2. P. 74—80. DOI: 10.52403/ijshr.20250209

20. Полякова О., Бонкало Т. Благополучие как компонент субъективной оценки здоровья у студентов // Городское здравоохранение. 2024. Т. 5, № 2. С. 24—32. DOI: 10.47619/2713-2617.zm.2024.v5i2;24—32

21. Mehegan L., Rainville C., Skufca L. The buffering effects of nutrition on age: a generational analysis of diet and health status // Innovation in Aging. 2018. Vol. 2, Suppl_1. P. 471—471. DOI: 10.1093/geroni/igy023.1762

22. Goodwin D. K., Knol L. L., Eddy J. M. et al. The relationship between self-rated health status and the overall quality of dietary intake of US adolescents // J. Am. Dietetic Assoc. 2006. Vol. 106, N 9. P. 1450—1453. DOI: 10.1016/j.jada.2006.06.011

23. Козлова М. И., Федоров А. В. Влияние курения на психологическое благополучие и качество жизни студентов медицинских вузов // Психология здоровья в образовании. 2023. Т. 16, № 2. С. 34—42. DOI: 10.26739/2078-1964-2023-2-34

24. Vogl M., Wenig C. M., Leidl R., Pokhrel S. Smoking and health-related quality of life in English general population: implications for economic evaluations // BMC Public Health. 2012. Vol. 12, N 1. P. 203. DOI: 10.1186/1471-2458-12-203

25. Gawlikowska-Sroka A., Dzieciolowska-Baran E., Szczurowski J. Relationships between tobacco abuse and self-assessment of health // Adv. Exp. Med. Biol. 2016. Vol. 885. P. 39—46. DOI: 10.1007/5584_2015_188

26. Громов Д. И., Лебедева Е. С. Влияние отказа от курения на динамику самооценки здоровья у пациентов с хроническими заболеваниями // Терапевтический архив. 2025. Т. 97, № 3. С. 78—85. DOI: 10.26442/terarkh202597378

27. Park M.-H. Subjective health cognition, well-being, and smoking and drinking behaviors among adolescents // Adv. Soc. Sci. Res. J. 2022. Vol. 9, N 8. P. 421—424. DOI: 10.14738/assrj.98.12970

28. Lee B., Rosen L. V., Mulroy N. M. et al. Disparities in tobacco smoking and risk of cardiovascular disease in people with low socioeconomic status or serious psychological distress: a simulation analysis // Am. J. Prevent. Med. 2025. Vol. 68, N 2. P. 402—407. DOI: 10.1016/j.amepre.2024.10.008

29. Иванова А. А., Петров С. Н., Сидорова Е. В. и др. Влияние алкогольных привычек на самооценку здоровья у лиц с метаболическим синдромом // Профилактическая медицина. 2023. Т. 26, № 3. С. 45—52. DOI: 10.15829/1728-8800-2023-3787

30. Кондратенко В. А. Потребление алкоголя российской молодежью: как предпочтения родителей определяют поведение детей // Мониторинг общественного мнения: экономические и социальные перемены. 2025. № 2. С. 2772. DOI: 10.14515/monitoring.2025.2.2772

31. Perez-Araluce R., Bes-Rastrollo M., Martínez-González M. Á. et al. Effect of binge-drinking on quality of life in the 'Seguimiento Universidad de Navarra' (SUN) cohort // Nutrients. 2023. Vol. 15, N 5. P. 1072. DOI: 10.3390/nu15051072

32. Скворцова Е. С., Лушкина Н. П. Самооценка здоровья подростками и их приверженность программам медицинской профилактики // Социальные аспекты здоровья населения. 2025. Т. 70, S5. С. 21. DOI: 10.21045/2071-5021-2025-70-S5-21

33. Kuitunen-Paul S., Obst E., Schmidt R. et al. Effects of alcohol intoxication on self-reported drinking patterns, expectancies, motives and personality: a randomized controlled experimental study // Addict. Biol. 2018. Vol. 24, N 3. P. 522—530. DOI: 10.1111/adb.12604

34. Park J. E., Hong J. P., Jeon H. J. et al. Age-related differences in the associations among at-risk drinking, alcohol use disorder, and psychological distress across the adult lifespan: a nationwide representative study in South Korea // Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. 2020. Vol. 55, N 10. P. 1335—1344. DOI: 10.1007/s00127-020-01845-5

35. Wu Z., Liu G. G., Ye X. et al. Alcohol drinking and psychological health outcome // Eur. J. Psychol. Open. 2024. Vol. 83, N 2. P. 47—55. DOI: 10.1024/2673-8627/a000056

REFERENCES

1. Alaric L. Youth lifestyles. *Can J Family Youth*. 2016;8(1):205—211. DOI: 10.29173/cjfy27148

2. Burdette A. M., Needham B. L., Taylor M. G., Hill T. D. Health lifestyles in adolescence and self-rated health into adulthood. *J. Health Soc. Behav.* 2017;58(4):520—536. DOI: 10.1177/0022146517735313

3. Popova N. V. Modern approaches to the formation of a healthy and safe lifestyle for girls. *Pedagogicheskoe obrazovanie na Altae*. 2021;2: 126—129

4. Sokolova M. P. The influence of lifestyle and environmental habits on youth health (literature review). *Okruzhayushchaya sreda i zdrav'ye*. 2024;3(112):72—80. DOI: 10.32402/dovkil2024.03.072 (In Russ.)

5. Cárdenas D., Lattimore F., Steinberg D., Reynolds K. J. Youth well-being predicts later academic success. *Sci. Rep.* 2022;12(1):2134. DOI: 10.1038/s41598-022-05780-0

6. Solaro N., Oggionni G., Bernardelli G. et al. Lifestyle and perceived well-being in children and teens: importance of exercise and sedentary behavior. *Nutrients*. 2025;17(14):2370. DOI: 10.3390/nu17142370

7. Sabgaya T. P., Zubko A. V., Zemlyanova E. V. et al. Commitment to physical exercise among students with different self-assessed health status. *Social'nye aspekty zdrav'ya naseleniya*. 2022;68(1):9. DOI: 10.21045/2071-5021-2022-68-1-9 (In Russ.)

8. Liao T., Yin Y., Hu X. et al. The relationship between physical activity and subjective well-being in Chinese university students: the mediating roles of perceived health, social support and self-esteem. *Front. Sports Active Living*. 2023;5:1280404. DOI: 10.3389/fspor.2023.1280404

9. Mancilla I., Rivera L., Bergstrom J., Molina A. Activity level and successful aging, subjective age, and mental, physical, and general health. *Innovation in Aging*. 2023;7(Suppl 1):710—711. DOI: 10.1093/geroni/igad104.2304

10. Kotova M. B., Maksimov S. A., Shalnova S. A. et al. Levels and types of physical activity in Russia according to the ESSE-RF study: is there a trace of the COVID-19 pandemic? *Kardiovaskul'yarnaya terapiya i profilaktika*. 2023;22(8S):3787. DOI: 10.15829/1728-8800-2023-3787 (In Russ.)

11. Huang C. H., Umegaki H., Makino T. et al. Effect of various exercises on intrinsic capacity in older adults with subjective cognitive concerns. *J. Am. Med. Direct. Assoc.* 2021;22(4):780—786.e2. DOI: 10.1016/j.jamda.2020.06.048

12. Skobelina N. A. The influence of sports activities on the social health of student youth: based on regional research data. *Chelovek. Sport. Meditsina*. 2023;23(3):2577. DOI: 10.14529/hsm230307 (In Russ.)

13. Granger E., Di Nardo F., Harrison A. et al. A systematic review of the relationship of physical activity and health status in adolescents. *Eur. J. Public Health*. 2017;27(Suppl 2):100—106. DOI: 10.1093/eurpub/ckw187

14. Galán I., Boix R., Medrano M. J. et al. Physical activity and self-reported health status among adolescents: a cross-sectional population-based study. *BMJ Open*. 2013;3(5):e002644. DOI: 10.1136/bmjopen-2013-002644

15. Skobelina N. A. The role of balanced nutrition in the formation of health self-assessment in adolescents: a regional study. *Voprosy pitaniya*. 2024;93(2):34—41. DOI: 10.14529/hsm230307 (In Russ.)

16. Alija G., Dauti M., Havziu D. et al. Human health and importance of nutrition. *Acta Medica Balkanica*. 2024;9(17—18):153—161. DOI: 10.62792/ut.amb.v9.i17-18.p2563

17. Bekdash R. A. Epigenetics, nutrition, and the brain: improving mental health through diet. *Int. J. Mol. Sci.* 2024;25(7):4036. DOI: 10.3390/ijms25074036
18. Ivanova A. A., Petrov S. N., Sidorova E. V. et al. The influence of eating habits on self-rated health in individuals with metabolic syndrome. *Profilakticheskaya medicina.* 2023;26(3):45—52. DOI: 10.15829/1728-8800-2023-3787 (In Russ.)
19. Gupta C., Hande S. Exploring the importance of gut and nutrition in mental health: a step towards nutritional psychiatry. *Int. J. Sci. Healthcare Res.* 2025;10(2):74—80. DOI: 10.52403/ijshr.20250209
20. Polyakova O., Bonkalo T. Well-being as a component of subjective health assessment among students. *Gorodskoe zdравоохранение.* 2024;5(2):24—32. DOI: 10.47619/2713-2617.zm.2024.v.512;24—32
21. Mehegan L., Rainville C., Skufca L. The buffering effects of nutrition on age: a generational analysis of diet and health status. *Innovation in Aging.* 2018;2(Suppl 1):471—471. DOI: 10.1093/geroni/igy023.1762
22. Goodwin D. K., Knol L. L., Eddy J. M. et al. The relationship between self-rated health status and the overall quality of dietary intake of US adolescents. *J. Am. Dietetic Assoc.* 2006;106(9):1450—1453. DOI: 10.1016/j.jada.2006.06.011
23. Kozlova M. I., Fedorov A. V. The impact of smoking on psychological well-being and quality of life among medical students. *Psichologiya zdorov'ya v obrazovanii.* 2023;16(2):34—42. DOI: 10.26739/2078-1964-2023-2-34 (In Russ.)
24. Vogl M., Wenig C. M., Leidl R., Pokhrel S. Smoking and health-related quality of life in English general population: implications for economic evaluations. *BMC Public Health.* 2012;12(1):203. DOI: 10.1186/1471-2458-12-203
25. Gawlikowska-Sroka A., Dzięciołowska-Baran E., Szczurowski J. Relationships between tobacco abuse and self-assessment of health. *Adv. Exp. Med. Biol.* 2015;885:39—46. DOI: 10.1007/5584_2015_188
26. Gromov D. I., Lebedeva E. S. The effect of smoking cessation on the dynamics of health self-assessment in patients with chronic diseases. *Terapevticheskii arkhiv.* 2025;97(3):78—85. DOI: 10.26442/terarkh202597378 (In Russ.)
27. Park M.-H. Subjective health cognition, well-being, and smoking and drinking behaviors among adolescents. *Adv. Soc. Sci. Res. J.* 2022;9(8):421—424. DOI: 10.14738/assrj.98.12970
28. Lee B., Rosen L. V., Mulroy N. M. et al. Disparities in tobacco smoking and risk of cardiovascular disease in people with low socio-economic status or serious psychological distress: a simulation analysis. *Am. J. Prevent. Med.* 2025;68(2):402—407. DOI: 10.1016/j.amepre.2024.10.008
29. Ivanova A. A., Petrov S. N., Sidorova E. V. et al. The influence of alcohol habits on self-rated health in individuals with metabolic syndrome. *Profilakticheskaya medicina.* 2023;26(3):45—52. DOI: 10.15829/1728-8800-2023-3787 (In Russ.)
30. Kondratenko V. A. Alcohol consumption among Russian youth: how parental preferences shape children's behavior. *Monitoring obshchestvennogo mneniya: ekonomicheskie i social'nye peremeny.* 2025;2:2772. DOI: 10.14515/monitoring.2025.2.2772 (In Russ.)
31. Perez-Araluce R., Bes-Rastrollo M., Martínez-González M. Á. et al. Effect of binge-drinking on quality of life in the 'Seguimiento Universidad de Navarra' (SUN) cohort. *Nutrients.* 2023;15(5):1072. DOI: 10.3390/nu15051072
32. Skvortsova E. S., Lushkina N. P. Adolescents' self-assessment of health and their adherence to medical prevention programs. *Social'nye aspekty zdorov'ya naseleniya.* 2025;70(S5):21. DOI: 10.21045/2071-5021-2025-70-S5-21 (In Russ.)
33. Kuitunen-Paul S., Obst E., Schmidt R. et al. Effects of alcohol intoxication on self-reported drinking patterns, expectancies, motives and personality: a randomized controlled experimental study. *Addict. Biol.* 2018;24(3):522—530. DOI: 10.1111/adb.12604
34. Park J. E., Hong J. P., Jeon H. J. et al. Age-related differences in the associations among at-risk drinking, alcohol use disorder, and psychological distress across the adult lifespan: a nationwide representative study in South Korea. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology.* 2020;55(10):1335—1344. DOI: 10.1007/s00127-020-01845-5
35. Wu Z., Liu G. G., Ye X. et al. Alcohol Drinking and psychological health outcome. *Eur. J. Psychol. Open.* 2024;83(2):47—55. DOI: 10.1024/2673-8627/a000056

Вклад авторов: все авторы сделали эквивалентный вклад в подготовку публикации.
Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Contribution of the authors: the authors contributed equally to this article.
The authors declare no conflicts of interests.

Статья поступила в редакцию 26.05.2025; одобрена после рецензирования 18.06.2025; принятая к публикации 06.11.2025.
The article was submitted 26.06.2025; approved after reviewing 18.06.2025; accepted for publication 06.11.2025.

Научная статья

УДК 614.27:339.138

doi:10.32687/1561-5936-2025-29-4-374-378

СТМ-имитаторы в ассортименте аптечной организации

Елена Евгеньевна Чупандина¹, Татьяна Игоревна Журавлева², Олеся Владимировна Чалая³,
Виолетта Сергеевна Алешина⁴

¹⁻⁴Воронежский государственный университет, Воронеж, Россия

¹chupandina@vsu.ru, <https://orcid.org/0000-0003-2310-4198>

²taniazh48@gmail.com, <https://orcid.org/0009-0009-7807-8493>

³chalaya120@gmail.com, <https://orcid.org/0009-0002-1334-2248>

⁴aleshinavi3@yandex.ru, <https://orcid.org/0009-0003-2739-4951>

Аннотация. Анализ ассортимента собственных торговых марок-имитаторов (СТМ-имитаторов) проводился по показателям вида имитации, группы товаров аптечного ассортимента, производства и ценового сегмента. Идентификацию СТМ-имитаторов и товара-оригинала осуществляли по адаптированной методике Л. Н. Богомоловой и соавт. Были установлены основные характеристики СТМ-имитаторов — комбинированная имитация (64%), включающая сочетание фонетической и цвето-графической имитации (85%); группы товаров аптечного ассортимента — БАДы (57%) преимущественно отечественного производства (85%), производителей «Мирролла», «Квадрат С» более низкого ценового диапазона по сравнению с ценой товаров брендов-производителей. Потребительская оценка схожести представленных позиций СТМ с товаром-оригиналом по среднему проценту равна 75%. Из потребителей, имеющих фармацевтическое образование, 53,5% идентифицировали объекты исследования между собой. Только 39,5% против 75% общей совокупности не увидели различий. Потребители старше 45 лет более склонны к потребительскому заблуждению и практически не идентифицируют СТМ-имитатор от товара бренда. Влияния гендерного аспекта на идентификацию объектов исследования не установлено. Проблема замены лекарственных препаратов на БАДы при оказании фармацевтического информирования потребителя требует жёсткого надзора за циклом обращения СТМ в аптечных организациях.

Ключевые слова: собственная торговая марка; имитатор; анализ ассортимента

Для цитирования: Чупандина Е. Е., Журавлева Т. И., Чалая О. В., Алешина В. С. СТМ-имитаторы в ассортименте аптечной организации // Ремедиум. 2025. Т. 29, № 4. С. 374—378. doi:10.32687/1561-5936-2025-29-4-374-378

Original article

PL-imitators in the assortment of pharmacy

Elena E. Chupandina¹, Tatiana I. Zhuravleva², Olesya V. Chalaya³, Violetta S. Aleshina⁴

¹⁻⁴Voronezh State University, Voronezh, Russia

¹chupandina@vsu.ru, <https://orcid.org/0000-0003-2310-4198>

²taniazh48@gmail.com, <https://orcid.org/0009-0009-7807-8493>

³chalaya120@gmail.com, <https://orcid.org/0009-0002-1334-2248>

⁴aleshinavi3@yandex.ru, <https://orcid.org/0009-0003-2739-4951>

Annotation. The assortment of private label-imitators (PL-imitators) was analyzed according to the indicators of imitation type, pharmaceutical product group, production and price segment. Identification of PL-imitators and original goods was carried out according to the adapted methodology of L. N. Bogomolova, S. A. Starov, A. A. Sumbaeva [8]. The main characteristics of PL-imitators are — combined imitation (64%), including a combination of phonetic and color-graphic — 85%; groups of goods of pharmacy assortment — dietary supplements (57%); mainly domestic production (85%) of manufacturers "Mirrolla", "Kvadrat C", in comparison with the price of goods of brands-manufacturers — lower price range. Consumer assessment of the similarity of the presented PL items with the original product by the average percentage equals 75%. 53.5% of consumers with pharmaceutical education identified the objects of the study with each other. Only 39.5% against 75% of the total population did not see any differences. Consumers above 45 years of age are more prone to consumer confusion and hardly identified PL-imitator from the branded item. There was no effect of gender on the identification of the study items. The problem of substitution of drugs for dietary supplements in the provision of pharmaceutical consumer information requires strict supervision of the PL circulation cycle in pharmacy.

Keywords: private label; imitator, assortment analysis

For citation: Chupandina E. E., Zhuravleva T. I., Chalaya O. V., Aleshina V. S. PL-imitators in the assortment of pharmacy. Remedium. 2025;29(4):374-378. (In Russ.). doi:10.32687/1561-5936-2025-29-4-374-378

Введение

Розничный ритейл фармацевтического бизнеса характеризуется высокой конкуренцией. Ввиду этого аптечные организации (АО) используют различные конкурентные преимущества, в частности ис-

пользование собственных торговых марок (СТМ), которая формирует репутацию компании, повышает лояльность потребителей и маржинальность бизнеса [1—3]. Введение СТМ в АО позволяет максимально быстро реагировать на изменение спроса потребителей. Эффективность такой маркетинго-



Рис. 1. Виды имитаций товаров-оригиналов.

вой стратегии подтверждается показателем объема выручки СТМ в российских аптеках за 5 лет, который вырос с 4,3 млрд руб. в 2019 г. до 20 млрд руб. в 2023 г.¹⁵

Одной из ведущих моделей реализации стратегии выступает СТМ-имитация, что и актуализирует выбранную цель исследования, которая заключается в оценке видов имитаций товаров и их потребительского восприятия в ассортименте АО.

Суть стратегии СТМ-имитации подразумевает частичное или полное копирование бренда-лидера в определенной товарной категории. СТМ-имитатор — это СТМ розничной сети, тем или иным способом целенаправленно копирующий элементы торговой марки бренда-производителя с целью формирования у потребителя ошибочных ассоциаций СТМ-имитатора с товаром-оригиналом и не нарушающий при этом нормативно-правовые аспекты регулирования. Выделяется несколько видов имитаций товаров-оригиналов (рис. 1) [4–8].

Материалы и методы

Объектом исследования выступил ассортимент АО, входящий в состав федеральной сети, расположенной в том числе на территории Воронежской области. Предмет исследования — СТМ-имитаторы товаров аптечного ассортимента и потребительская оценка их схожести с товарами-оригиналами.

Методы исследования: наблюдение, статистический и графический методы, контент-анализ, очно-заочное анонимное анкетирование потребителей с последующей обработкой и анализом полученных результатов применительно к цели исследования.

Установление сходства товара-оригинала и СТМ-имитатора определялось субъективно с позиции респондента на уровне восприятия путем проведения следующего эксперимента: потребителю в течение 4 с демонстрировалось изображение оригинального бренда. Затем оно сменялось изображениями позиций СТМ из разных групп товаров аптечного ассортимента, схожих с оригинальным брен-

дом по ряду элементов, расположенных на одном уровне друг с другом, что имитировало ситуацию изучения полки с товарами в торговом зале АО. Респонденту было необходимо выбрать оригинальный товар бренда из представленных позиций.

Шкалой оценивания выступила номинальная шкала по адаптированной методике Л. Н. Богомоловой, С. А. Ставрова, А. А. Сумбаевой применительно к товарам аптечного ассортимента [7].

Результаты и обсуждение

Ассортимент АО включает 1834 позиций СТМ, среди которых были выявлены 82 позиции СТМ-имитаторов, что составляет 4,5% от ассортимента

СТМ. Под позициями СТМ подразумеваются отдельные товарные единицы, отличающиеся друг от друга индивидуальными характеристиками, например, наименованием производителя, формой выпуска и содержанием активного компонента.

Распределение СТМ-имитаторов по видам имитации указывает на доминирование комбинированной имитации — 64%, сочетающей в себе несколько различных групп имитаций, 23% — цвето-графическая, 12% — фонетическая, 1% — функциональная (рис. 2).

Наиболее востребованным видом имитации является комбинированная имитация, включающая сочетание фонетической и цвето-графической (85%) (рис. 3).

Широта ассортимента СТМ-имитаторов составляет 8 из 12 групп товаров аптечного ассортимента,

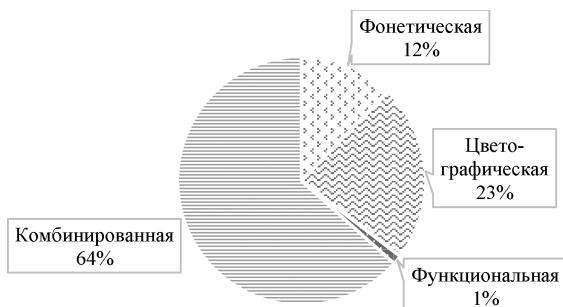


Рис. 2. Структура СТМ-имитаторов по видам имитации, %.

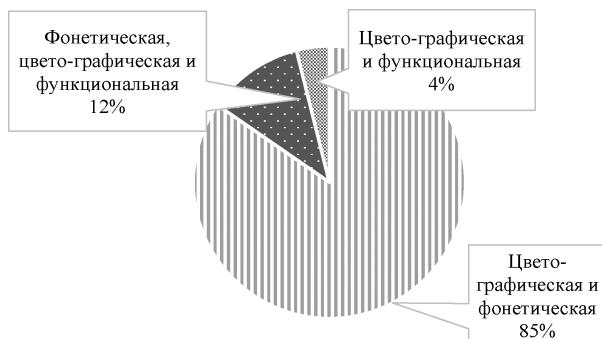


Рис. 3. Структура используемых видов имитаций внутри комбинированной имитации, %.

¹⁵ Беляева Е. Новости GXP. URL: https://gxpnews.net/wp-content/uploads/2024/07/vesna_24.pdf (дата обращения: 22.09.2024).

разрешённых к реализации в АО. Преобладающее количество позиций СТМ-имитаторов отмечено в группах: биологически активные добавки (57%), парфюмерно-косметические средства (23%), предметы и средства личной гигиены около 6% (рис. 4).

Доминирующее место по показателю «Страна производителя» принадлежит отечественным производителям — 85% (ООО «Мирролла», ООО «Квадрат С»), среди зарубежных стран-производителей СТМ-имитаторов преобладают Беларусь и Армения.

Сравнительный анализ цен СТМ-имитаторов и товаров-брендов показал разброс цен в пользу СТМ в диапазоне 15,1—50,5% в зависимости от ассортиментной группы. Исключение составляют 2 группы товаров, где наблюдаются существенные превышения цен над товарами-брендами (табл. 1). Существенное превышение цен СТМ-имитаторов над брендами наблюдается в группах продуктов лечебного, детского и диетического питания (+47,1%) и медицинских изделий (+12,4%).

Для оценки потребительского восприятия схожести СТМ-имитаторов с товарами-брендами было опрошено 75 респондентов-посетителей АО г. Воронежа, которые были дифференцированы по 3 показателям: возраст, наличие специального (фармацевтического) образования, пол. Респонденты, имеющие фармацевтическое образование, не были аффилированы с аптечной сетью, где проводилось исследование. Структура выборки респондентов для исследования представлена в табл. 2.

Таблица 1
Сравнительный анализ средних цен позиций СТМ-имитаторов с аналогичными позициями брендов-производителей

Группа товаров аптечного ассортимента	Средняя цена СТМ-имитатора, руб.	Средняя цена товара бренда-производителя, руб.	Разница между ценой СТМ-имитатора и ценой бренда, %
Биологически активные добавки	664,3	782,3	-15,1
Дезинфицирующие средства	300,3	466,3	-33,5
Парфюмерные и косметические средства	217,3	439,3	-50,5
Продукты лечебного, детского и диетического питания	328	223	47,1
Предметы и средства личной гигиены	171	269	-36,4
Минеральные воды	65,3	77	-15,2
Лекарственные препараты	137	214	-35,9
Медицинские изделия	163	145	12,4

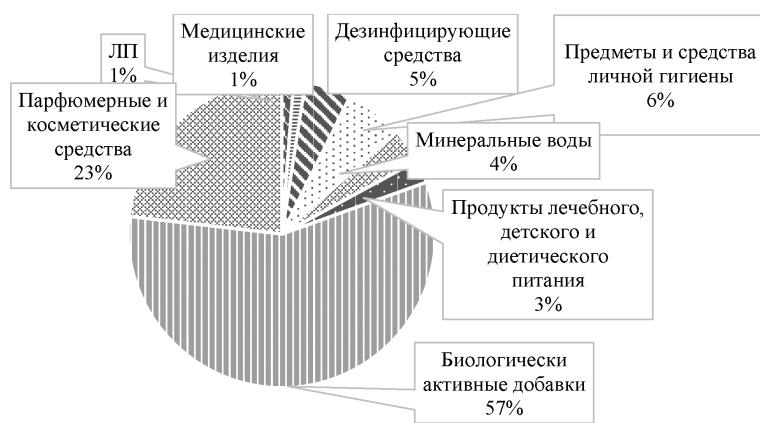


Рис. 4. Структура СТМ-имитаторов по группам товаров аптечного ассортимента, %.

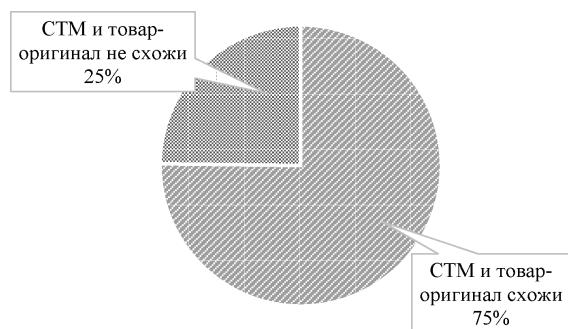


Рис. 5. Потребительская оценка схожести представленных позиций СТМ с товаром-оригиналом по среднему проценту.

Средняя потребительская оценка схожести представленных позиций СТМ с товаром-оригиналом составила 75%, что указывает на высокую степень их смешения в сознании потребителей (минимальный порог сходства до степени смешения составляет 25—30% респондентов¹⁶) (рис. 5).

Потребители, имеющие фармацевтическое образование (52% от всех респондентов), продемонстрировали лучшие показатели идентификации СТМ-имитаторов от товаров брендов. Только 39,5% против 75% общей совокупности не увидели различий (рис. 6).

Потребители старше 45 лет (48% от всех респондентов), более склонны к потребительскому заблуждению и практически не идентифицируют СТМ-имитатор от товара бренда (рис. 7).

¹⁶ Социологическая экспертиза сходства до степени смешения // Сканмаркет. URL: <https://scanmarket.ru/tasks/ekspertiza-skhodstva-znakov-irapakovki> (дата обращения: 25.12.2024).

Таблица 2
Структура выборки респондентов для исследования

Пол	Фармацевтическое образование	Возраст, лет					
		18—24	25—34	35—44	45—54	55—64	старше 65
Мужской	Наличие фармацевтического образования	3	4	3	3	3	3
	Отсутствие фармацевтического образования	3	3	3	3	3	3
Женский	Наличие фармацевтического образования	3	4	4	3	3	3
	Отсутствие фармацевтического образования	3	3	3	3	3	3
Итого...							75

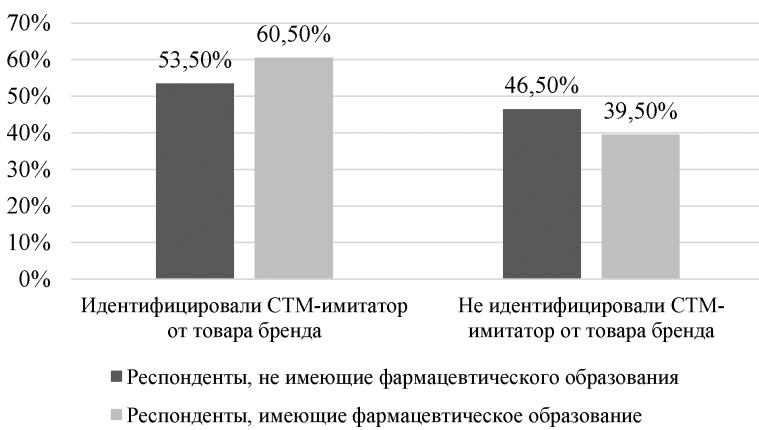


Рис. 6. Потребительская оценка идентификации СТМ-имитаторов от товаров бренда в зависимости от наличия фармацевтического образования, %.

Влияния гендерного аспекта на идентификацию объектов исследования не установлено.

По данным аналогичных исследований¹⁷, давно известная проблема представления БАДов как полноценного лекарственного препарата также была подтверждена в ходе эксперимента и дополнитель но формирует основания для регламентации нормативно-правового регулирования СТМ с целью защиты прав потребителей в части недобросовестного оказания фармацевтического информирования и консультирования посетителей АО.

Заключение

При использовании маркетинговой стратегии СТМ-имитации наиболее широко применяется комплексный подход имитации, основанный на одновременном использовании совокупности имитаций, что позволяет добиваться большего сходства СТМ-имитатора и оригинала между собой.

Высокая степень схожести товаров упрощает процесс присваивания СТМ-имитатору определён-

¹⁷ Минеева Н. К., Тягунов А. А., Касабов К. А., Курбанов Р. Д. Портрет фармацевтического специалиста России // Союз «Профессиональное сообщество провизоров и фармацевтов». URL: https://provizorus.ru/portret_pharm_spec (дата обращения: 05.06.2025).

ных потребительских знаний и опыта использования, эмоциональных отношений и намерений, относящихся к бренду-оригиналу. Даже потребители, имеющие фармацевтическое образование, не в полной мере видят разницу между объектами сравнения, а потребители, не имеющие фармацевтического образования в большей степени, считают, что они приобретают товар-оригинал. Потребители зрелого и пожилого возраста практически не идентифицируют объекты исследования и считают, что приобретают товар-оригинал бренда.

Высокое потребительское заблуждение при выборе СТМ-имитаторов формирует необходимость более жёсткой регламентации отпуска и реализации СТМ-имитаторов в части добросовестного информирования и консультирования потребителей о приобретаемом товаре-имитаторе с целью защиты их прав.

ЛИТЕРАТУРА

1. Soberman D. A. Private labels: psychological versioning of typical consumer products // Int. J. Industr. Org. 2004. Vol. 22. P. 849—861.
2. Габинская О. С., Дмитриева Н. В., Чистякова Г. В., Алымбеков К. А. Удовлетворённость потребителей — важный инструмент управления качеством товаров собственной торговой марки // Наука, новые технологии и инновации Кыргызстана. 2019. № 10. С. 80—92.
3. Kumar N. Private label strategy: how to meet the store brand challenge. Harvard; 2007.
4. Журавлева Т. И., Чупандина Е. Е. Исследование практики формирования ассортимента собственных торговых марок в аптечной организации // Вестник Воронежского государственного университета. Серия: химия. Биология. Фармация. 2024. № 2. С. 86—93.
5. Лизовская В. В. Перспективы развития собственных торговых марок торговых сетей // Вестник факультета управления Санкт-Петербургского государственного экономического университета. 2017. № 1. С. 511—514.
6. Соловьева В. А. Стратегические аспекты управления собственными торговыми марками торговых компаний // Международный научный журнал «Инновационная наука». 2016. № 12. С. 182—183.
7. Богомолова Л. Н., Старов С. А., Сумбаева А. А. Проблемы исследования факторов, влияющих на восприятие российскими потребителями собственных торговых марок — имитаторов



Рис. 7. Потребительская оценка идентификации СТМ-имитаторов от товаров бренда в зависимости от возраста, %.

розничных сетей // Вестник Санкт-Петербургского университета. Серия «Менеджмент». 2011. № 3. С. 96—124.

8. Журавлева Т. И., Чупандина Е. Е. Исследование факторов, влияющих на продвижение и выбор товаров собственной торговой марки в аптечной организации // Вестник Воронежского государственного университета. Серия: химия. Биология. Фармация. 2024. № 4. С. 88—94.

REFERENCES

1. Soberman D. A. Private labels: psychological versioning of typical consumer products. *Int. J. Industr. Org.* 2004;(22):849—861.
2. Gabinskaja O. S., Dmitrieva N. V., Chistjakova G. V., Alymbekova K. A. Customer satisfaction is an important tool for managing the quality of own-brand goods. *Science, new technologies and Innovations of Kyrgyzstan*. 2019;(10):80—92.
3. Kumar N. Private label strategy: how to meet the store brand challenge. Harvard; 2007.
4. Zhuravleva T. I., Chupandina E. E. Practics of forming the private label assortment in a pharmacy. *Bulletin of Voronezh State University. Series: Chemistry. Biology. Pharmacy*. 2024;(2):86—93.
5. Lizovskaja V. V. Prospects for the development of own brands of retail chains. *Bulletin of the Faculty of Management of St. Petersburg State University of Economics*. 2017;(1):511—514.
6. Solov'eva V. A. Strategic aspects of managing own trademarks of trading companies. *International scientific journal Innovative Science*. 2016;(12):182—183. (In Russ.)
7. Bogomolova L. N., Starov S. A., Sumbaeva A. A. The problems of studying the factors influencing the perception of Russian consumers of their PL-imitators of retail chains. *Bulletin of St. Petersburg University. The Management series*. 2011;(3):96—124. (In Russ.)
8. Zhuravleva T. I., Chupandina E. E. Study of factors influencing the promotion and choice of private label in a pharmacy. *Bulletin of the Voronezh State University. Series: Chemistry. Biology. Pharmacy*. 2024;(4):88—94.

Вклад авторов: все авторы сделали эквивалентный вклад в подготовку публикации.
Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Contribution of the authors: the authors contributed equally to this article.
The authors declare no conflicts of interests.

Статья поступила в редакцию 26.05.2025; одобрена после рецензирования 18.06.2025; принятая к публикации 06.11.2025.
The article was submitted 26.06.2025; approved after reviewing 18.06.2025; accepted for publication 06.11.2025.

Научная статья

УДК 614.12

doi:10.32687/1561-5936-2025-29-4-379-383

Влияние дентофобии на качество жизни и обращаемость за стоматологической помощью

Георгий Людвигович Леонов

Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента

Департамента здравоохранения города Москвы, Москва, Россия

mmm1989.13@mail.ru, <https://orcid.org/0009-0001-3802-3887>

Аннотация. В статье рассматривается дентофобия как значимый биопсихосоциальный феномен, влияющий на качество жизни и структуру обращаемости за стоматологической помощью. Показано, что страх стоматологического вмешательства формируется под воздействием личного негативного опыта, социального обучения, культурных представлений и информационных воздействий, что приводит к устойчивому избеганию профилактических визитов и позднему обращению за лечением. Анализ данных исследований демонстрирует, что выраженная стоматологическая тревожность связана с ухудшением стоматологического статуса, снижением психологического благополучия и увеличением потребности в сложных инвазивных вмешательствах. Делается вывод о необходимости комплексного междисциплинарного подхода, включающего совершенствование коммуникации, повышение медицинской грамотности и развитие пациент-ориентированных стратегий оказания помощи.

Ключевые слова: дентофобия; стоматологическая тревожность; качество жизни; обращаемость; избегающее поведение; пациент-ориентированная медицина

Для цитирования: Леонов Л. Г. Влияние дентофобии на качество жизни и обращаемость за стоматологической помощью // Ремедиум. 2025. Т. 29, № 4. С. 379—383. doi:10.32687/1561-5936-2025-29-4-379-383

Original article

The impact of dentophobia on quality of life and access to dental care

George L. Leonov

Scientific Research Institute of Healthcare Organization and Medical Management, Moscow, Russia

mmm1989.13@mail.ru, <https://orcid.org/0009-0001-3802-3887>

Abstract. The article considers dentophobia as a significant biopsychosocial phenomenon that affects the quality of life and the structure of dental care. It is shown that the fear of dental intervention is formed under the influence of personal negative experiences, social learning, cultural beliefs and informational influences, which leads to a steady avoidance of preventive visits and late treatment. An analysis of these studies demonstrates that severe dental anxiety is associated with a deterioration in dental status, a decrease in psychological well-being, and an increased need for complex invasive interventions. The conclusion is drawn about the need for a comprehensive interdisciplinary approach, including improving communication, improving medical literacy and developing patient-oriented care strategies.

Keywords: dentophobia; dental anxiety; quality of life; reversibility; avoidant behavior; patient-oriented medicine

For citation: Leonov L. G. The impact of dentophobia on the quality of life and access to dental care. Remedium. 2025;29(4):379–383. (In Russ.). doi:10.32687/1561-5936-2025-29-4-379-383

Введение

Проблема дентофобии в последние десятилетия привлекает всё большее внимание исследователей в области стоматологии, психологии и социологии здоровья. Несмотря на развитие технологий, внедрение современных методов обезболивания и повышение качества стоматологических услуг, страх перед стоматологическим вмешательством сохраняет устойчивый характер и демонстрирует высокую распространённость среди различных возрастных и социальных групп. Как показывают данные метааналитических исследований, уровень выраженной стоматологической тревожности варьирует от 10 до 20% среди взрослого населения, что позволяет рассматривать данный феномен не как частную эмоци-

ональную реакцию, а как социально значимое и структурированное поведение [1].

Дентофобия формируется под влиянием совокупности биографических, когнитивных, культурных и коммуникативных факторов. Значимую роль играет опыт, полученный в детском возрасте: неудовлетворительная коммуникация с врачом, болезненные вмешательства или отсутствие информирования формируют устойчивую связь «стоматолог — источник боли». Однако не менее существенными оказываются социальные механизмы трансляции страха: рассказы родственников, комментарии в медиапространстве, культурные стереотипы о стоматологии как сфере «неизбежных страданий». В результате дентофобия перестаёт быть индивидуальной особенностью и превращается в элемент кол-

лективного опыта, закреплённый в языке, символах и бытовых нарративах.

Следствием сформированной тревожности становится избегающее поведение, при котором пациент откладывает визит к стоматологу до критического момента, связанного с резкой болью, функциональным нарушением или эстетическим дискомфортом. Однако подобные решения имеют долговременные последствия: позднее обращение существенно снижает эффективность лечения, ведёт к необходимости применения более инвазивных методик и повышает финансовую нагрузку. Более того, пациенты с выраженной дентофобией демонстрируют более низкое качество жизни, включая снижение социальной активности, профессиональной продуктивности и психологического благополучия [2].

Особую актуальность изучение дентофобии приобретает в контексте развития модели пациенториентированной медицины, где ключевыми параметрами эффективности становятся не только клинические результаты, но и субъективные оценки пациентом собственного состояния. Отношение человека к стоматологическому лечению, степень доверия к врачу, информированность о возможностях обезболивания и восстановления — всё это напрямую влияет на готовность обращаться за помощью и соблюдать рекомендации. Соответственно, анализ дентофобии требует междисциплинарного подхода, учитывающего не только физиологические аспекты боли, но и социальные нормы, коммуникативные модели, структуры медицинской грамотности и особенности восприятия медицинских процедур.

Таким образом, изучение влияния дентофобии на качество жизни и обращаемость за стоматологической помощью представляет собой важную исследовательскую задачу, позволяющую не только глубже понять механизмы формирования избегания, но и выработать эффективные стратегии повышения доверия к стоматологической службе, развития профилактической культуры и оптимизации взаимодействия «врач—пациент» [1].

Целью настоящей работы является анализ влияния дентофобии на качество жизни и обращаемость за стоматологической помощью на основе актуальных эмпирических и теоретических данных, с акцентом на выявление социальных и психологических факторов, усиливающих или ослабляющих проявление данного феномена.

Материалы и методы

Исследование носит аналитико-обзорный характер и основывается на интерпретации данных отечественных и зарубежных исследований, проведённых в период с 2004 по 2024 г. В качестве теоретической базы использованы публикации в рецензируемых журналах по медицине, социологии здоровья, психологии и общественному здравоохранению. Особое внимание уделено исследованиям, в которых рассматривалась взаимосвязь между уровнем стоматологической тревожности и показателями

качества жизни, уровня медицинской грамотности и частоты обращений за стоматологической помощью.

Методологически в работе применялись принципы контент-анализа научной литературы, сопоставительный подход, а также интерпретация результатов эмпирических исследований с учётом социокультурного контекста. Объектом анализа выступают взрослые пациенты, проживающие в городских и сельских районах, демонстрирующие различный уровень тревожности, информированности и доступности стоматологической помощи.

В качестве примеров были рассмотрены данные, представленные в публикациях зарубежных авторов, а также отечественные источники, касающиеся состояния стоматологической помощи и психоэмоционального состояния пациентов. Такой подход позволил выявить устойчивые закономерности и выделить факторы, влияющие на выраженность дентофобии и её последствия для здоровья и социальной жизни.

Результаты

Сравнительный анализ литературы показывает, что дентофобия оказывает многокомпонентное воздействие на жизнь человека.

Влияние на обращаемость

Лица с высокой степенью стоматологической тревожности, как правило, демонстрируют устойчивую модель избегания плановых стоматологических визитов, формируя тем самым стратегию обращения за помощью преимущественно в острой, критических ситуациях. Страх предстоящего вмешательства воспринимается ими как эмоционально и физически непереносимое событие, вследствие чего визит откладывается до появления выраженной боли, нарушения жевательной функции или визуально заметных дефектов. Такая форма поведения имеет накопительный характер: чем дольше пациент избегает контакта с врачом, тем более травматичным и сложным становится последующее лечение, что, в свою очередь, усиливает тревожный настрой и закрепляет негативные ожидания.

Эмпирические данные указывают на чёткую связь между уровнем стоматологической тревожности и частотой обращений за профилактической помощью. С.Н. Winkler и соавт. показали, что пациенты с высокими показателями по шкале Dental Anxiety Scale реже посещают стоматолога для профилактических осмотров и профессиональной гигиены полости рта [3]. Параллельно у них отмечаются более высокие значения по индексу качества жизни, отражающие субъективное ощущение дискомфорта, социальной ограниченности и нарушения привычного образа жизни. Таким образом, повышенная тревожность выступает не только психологическим барьером, но и фактором, структурирующим поведение пациента в системе здравоохранения.

Следствием такой закономерности становится характерное смещение моделей обращаемости: про-

филактическая стоматология, ориентированная на раннее выявление и предупреждение заболеваний, уступает место экстренной стоматологической помощи, требующей большей инвазивности, более длительного реабилитационного периода и более высоких финансовых затрат. Это оказывает нагрузку не только на индивидуального пациента, но и на систему здравоохранения в целом, поскольку увеличивает долю срочных обращений и снижает эффективность профилактических программ. Таким образом, влияние дентофобии на обращаемость выходит за пределы сугубо клинической проблемы, превращаясь в значимый социально-медицинский вызов.

Социально-поведенческие факторы

Социально-поведенческие аспекты играют ключевую роль в формировании и поддержании дентофобии. Пациенты с выраженным страхом перед стоматологическим вмешательством нередко демонстрируют устойчивую тенденцию к отсрочке лечения, руководствуясь не рациональными оценками клинической ситуации, а субъективными ожиданиями боли и эмоционального дискомфорта. В исследованиях M. Mehrstedt и соавт. установлено, что такие пациенты чаще прибегают к самолечению — используют анальгетики, противовоспалительные средства, народные методы, стремясь отсрочить необходимость визита к специалисту [2]. Однако подобные стратегии носят временный характер и не устраниют источник заболевания, что приводит к постепенному ухудшению стоматологического статуса.

Сравнительный анализ поведенческих моделей показывает, что избегание контакта с врачом у пациентов данной группы связано не только со страхом боли, но и с определёнными культурными и коммуникативными установками. Распространённые в повседневной среде нарративы о «болезненности» стоматологических процедур, негативный опыт знакомых, а также неконструктивные обсуждения в социальных сетях формируют образ стоматологического лечения как заведомо травмирующего. В итоге страх перестаёт быть индивидуальным переживанием и превращается в социально поддерживаемую норму, транслируемую и закрепляемую в бытовом общении.

Поведенческим следствием такой установки становится выбор более позднего момента обращения к врачу — тогда, когда заболевание уже перешло в осложнённую стадию и требует инвазивных, длительных и дорогостоящих вмешательств. Парадоксально, но именно стремление избежать боли и не- приятных ощущений приводит к тому, что пациент сталкивается с более болезненным лечением, чем при своевременном профилактическом визите. Как показывают клинические наблюдения, это создаёт «замкнутый круг» дентофобии: негативный результат отсрочки усиливает страх, который в свою очередь ещё сильнее снижает готовность к обращению за медицинской помощью.

Таким образом, социально-поведенческие механизмы дентофобии проявляются не только в эмоциональной реакции, но и в системе принятых пациентом решений и действий, влияя на характер и сроки обращения за стоматологической помощью. Это подтверждает необходимость не только клинической, но и психообразовательной и коммуникативной работы со страхами пациентов.

Психологические механизмы

Психологические механизмы формирования дентофобии представляют собой сложную систему взаимосвязанных когнитивных, эмоциональных и поведенческих процессов. Согласно A. E. Carter и соавт., ключевую роль в развитии стойкого страха перед стоматологическими вмешательствами играет личный негативный опыт, особенно полученный в детском возрасте [4]. Болезненные процедуры, недостаточная коммуникация со стороны врача или ощущение беспомощности в стоматологическом кресле фиксируются в памяти как эмоционально насыщенные события и в дальнейшем воспроизводятся в форме тревожного ожидания. Это приводит к формированию устойчивой ассоциации «стоматологическое лечение = страдание», которая активизируется уже при мысли о визите.

Не менее значимым механизмом является наблюдение за чужим опытом. Пациент способен перенимать страхи от родителей, родственников или ближайшего окружения, даже не имея собственных травмирующих переживаний. В такой ситуации страх перед стоматологией носит характер усвоенной реакции, формируемой посредством эмпатического сопереживания и социального обучения. Особенno выражено это у детей, воспринимающих эмоциональные реакции взрослых как нормативные модели реагирования.

Третий механизм — информационное воздействие. Современное медиапространство насыщено историями, комментариями и визуальными образами, подчёркивающими болезненность стоматологических процедур. Нередко такие сообщения выполняют сенсационную или эмоционально заражающую функцию и не отражают реального уровня дискомфорта при современных методах лечения. Однако за счёт высокой повторяемости и доступности подобные информационные сообщения способствуют формированию катастрофизирующих ожиданий, т. е. преувеличеннного образа предстоящей боли и травмы.

Наконец, важную роль играют социальные нарративы, закреплённые на уровне культурных представлений. Образ стоматологического кабинета в массовом сознании долгое время ассоциировался с принудительностью, болезненностью и отсутствием контроля. Даже на фоне развития анестезиологических методик и улучшения качества сервиса эти представления продолжают воспроизводиться в шутках, бытовых поговорках и медиасюжетах. Таким образом, страх становится не только индивидуальным переживанием, но и культурно транслируе-

мой эмоцией, поддерживаемой внутри социального обмена.

Совокупность перечисленных механизмов формирует устойчивое эмоционально-поведенческое состояние, которое работает превентивно: тревога возникает ещё до предъявления стимула (запаха кабинета, вида инструментов или звука бормашины) и провоцирует избегание как основной способ защиты. Это объясняет высокую стабильность дентофобии и её сопротивляемость рациональному убеждению. При этом успешное лечение пациентов с выраженной тревожностью приводит к значимому улучшению психологического комфорта и социальной активности, что подчёркивает необходимость учёта эмоционального статуса [5].

Обсуждение

Психологическая модель избегания, подтверждённая в ряде когнитивных исследований, объясняет это поведение как способ защиты от предполагаемой боли и эмоционального дистресса. В то же время подобная стратегия, приводя к ухудшению стоматологического статуса, повышает вероятность системных осложнений, таких как хронический воспалительный процесс, кардиоваскулярные патологии и снижение иммунного ответа. Успешное лечение пациентов с высокой степенью тревожности способствует значительному улучшению субъективного качества жизни, что подтверждает необходимость учёта эмоционального состояния в клинической практике.

Кроме того, в ходе обзора была выявлена устойчивая связь между уровнем стоматологической тревожности и низким уровнем медицинской грамотности. Лица с недостаточным уровнем знаний о профилактике и современных технологиях лечения демонстрируют более высокие показатели тревожности, что, в свою очередь, снижает вероятность своевременного обращения за помощью. Важно подчеркнуть, что дентофобия проявляется не только в виде эмоционального отклика, но и в повседневных практиках, включая выбор клиники, отказ от местных анестетиков, предпочтение частных кабинетов и даже самолечение. Как указывает M. Mehrstedt и соавт., женщины и молодые люди чаще демонстрируют высокую чувствительность к стоматологическим процедурам, что обусловлено как биологическими, так и социально-психологическими факторами [2].

Таким образом, дентофобия трансформируется из индивидуальной особенности в значимую социомедицинскую проблему, в значительной мере определяющую структуру обращаемости и эффективность стоматологической помощи.

Заключение

Таким образом, дентофобия выступает как значимый биopsихосоциальный феномен, оказывающий влияние не только на индивидуальное восприятие стоматологического лечения, но и на структу-

ру обращаемости населения за стоматологической помощью. Формирующиеся на основе негативного опыта, социального обучения и культурных представлений устойчивые тревожные ожидания приводят к развитию избегания, что способствует позднему обращению и ухудшению стоматологического статуса. Данная модель поведения не только снижает эффективность лечения, увеличивая вероятность инвазивных вмешательств и повышая финансовые затраты, но и приводит к ухудшению качества жизни — снижению социальной активности, психологического комфорта и общего уровня благополучия.

Анализ представленных исследований показывает, что выраженная стоматологическая тревожность коррелирует с более низким уровнем медицинской грамотности, недостаточной информированностью о современных методах обезболивания и недостатком доверия к системе здравоохранения. В этой связи эффективная профилактика и коррекция дентофобии предполагают не только совершенствование клинических методов, но и развитие пациенториентированных коммуникационных стратегий, повышение доступности просветительских программ, формирование позитивных моделей взаимодействия «врач—пациент».

Особое значение приобретают психологическая поддержка, обучение методам саморегуляции, создание условий, в которых пациент не чувствует себя уязвимым, а процесс лечения воспринимается как контролируемый и предсказуемый. Включение данных подходов в практику стоматологической помощи способствует снижению уровня тревоги, повышению регулярности профилактических визитов и улучшению общего стоматологического здоровья населения.

Таким образом, преодоление дентофобии требует комплексного междисциплинарного подхода, объединяющего медицинские, психологические и социокультурные стратегии, направленные на укрепление доверия, повышение информированности и формирование культуры заботы о здоровье полости рта.

ЛИТЕРАТУРА

1. Silveira E. R., Cademartori M. G., Schuch H. S. et al. Estimated prevalence of dental fear in adults: a systematic review and meta-analysis // J. Dent. 2021. Vol. 108. P. 103632. DOI: 10.1016/j.jdent.2021.103632
2. Mehrstedt M., Tönnies S., Eisentraut I. Dental fears, health status, and quality of life // Anesth. Prog. 2004. Vol. 51, N 3. P. 90—94.
3. Winkler C. H., Bjelopavlovic M., Lehmann K. M. et al. Impact of dental anxiety on dental care routine and oral-health-related quality of life in a German adult population — a cross-sectional study // J. Clin. Med. 2023. Vol. 14, N 12. P. 5291. DOI: 10.3390/jcm12165291
4. Carter A. E., Carter G., Boschen M. et al. Pathways of fear and anxiety in dentistry: a review // World J. Clin. Cases. 2014. Vol. 2, N 11. P. 642—653. DOI: 10.12998/wjcc.v2.i11.642
5. Vermaire J. H., de Jongh A., Aartman I. H. Dental anxiety and quality of life: the effect of dental treatment // Commun. Dent. Oral Epidemiol. 2008. Vol. 36, N 5. P. 409—416. DOI: 10.1111/j.1600—0528.2007.00416.x

REFERENCES

1. Silveira E. R., Cademartori M. G., Schuch H. S. et al. Estimated prevalence of dental fear in adults: a systematic review and meta-analysis. *J. Dent.* 2021;108:103632. DOI: 10.1016/j.jdent.2021.103632
2. Mehrstedt M., Tönnies S., Eisentraut I. Dental fears, health status, and quality of life. *Anesth. Prog.* 2004;51(3):90—94.
3. Winkler C. H., Bjelopavlovic M., Lehmann K. M. et al. Impact of dental anxiety on dental care routine and oral-health-related quality of life in a German adult population — a cross-sectional study. *J. Clin. Med.* 2023;14(12):5291. DOI: 10.3390/jcm12165291
4. Carter A. E., Carter G., Boschen M. et al. Pathways of fear and anxiety in dentistry: a review. *World J. Clin. Cases.* 2014;2(11):642—653. DOI: 10.12998/wjcc.v2.i11.642
5. Vermaire J. H., de Jongh A., Aartman I. H. Dental anxiety and quality of life: the effect of dental treatment. *Commun. Dent. Oral Epidemiol.* 2008;36(5):409—416. DOI: 10.1111/j.1600—0528.2007.00416.x

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

The author declares no conflicts of interests.

Статья поступила в редакцию 26.05.2025; одобрена после рецензирования 18.06.2025; принята к публикации 06.11.2025.
The article was submitted 26.06.2025; approved after reviewing 18.06.2025; accepted for publication 06.11.2025.

Научная статья

УДК 614.273

doi:10.32687/1561-5936-2025-29-4-384-388

Современное состояние и перспективы развития российского рынка гомеопатических лекарственных препаратов

Светлана Николаевна Гоголева¹, Анастасия Андреевна Синицына²✉

¹Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н. А. Семашко, г. Москва, Российская Федерация;

²Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н. А. Семашко, г. Москва, Российская Федерация; Научно-образовательный институт фармации им. К. М. Лакина Российской университета медицины, Москва, Россия

¹svgogoleva@mail.ru, <https://orcid.org/0009-0004-9872-9357>

²sinitsyna.anastasiia@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0001-7023-8549>

На основе данных розничных продаж и государственного реестра лекарственных средств в России проведена оценка динамики рынка и структуры потребления гомеопатических лекарственных препаратов по производителям и брендам.

Результаты исследования свидетельствуют об устойчивой положительной динамике рынка с 2021 г. В 2024 г. объём продаж достиг 14,2 млрд рублей и 19,0 млн упаковок. Выявлена высокая концентрация рынка в отношении компаний-производителей, на долю топ-5 приходится более 90% продаж в деньгах и около 85% — в упаковках. Лидирующие позиции занимают зарубежные компании («Heel», «Boiron»), однако наблюдается активный рост доли отечественного производителя «Материя Медика».

Обсуждаются факторы, способствующие росту рынка, включая интерес населения к альтернативной медицине, промоционную активность компаний-производителей и практику назначений со стороны медицинского сообщества. Отмечаются риски, связанные с импортозависимостью, высокой концентрацией брендов, а также с доверием населения и профессионального сообщества. Делается вывод о том, что дальнейшее развитие сегмента будет определяться не научными дискуссиями, а регуляторными и экономическими факторами.

Ключевые слова: фармацевтический рынок; гомеопатический лекарственный препарат; рыночная динамика; концентрация рынка; потребительское поведение; маркетинговые стратегии

Для цитирования: Гоголева С. Н., Синицына А. А. Современное состояние и перспективы развития российского рынка гомеопатических лекарственных препаратов // Ремедиум. 2025. Т. 29, № 4. С. 384—388. doi:10.32687/1561-5936-2025-29-4-384-388

Original article

Current state and prospects for development of the Russian market of homeopathic medicines

Svetlana N. Gogoleva¹, Anastasiya A. Sinitsyna²✉

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

²N. A. Semashko National Research Institute of Public Health, Moscow, Russia; K. M. Lakin Scientific and Educational Institute of Pharmacy of Russian University of Medicine, Moscow, Russia

¹svgogoleva@mail.ru, <https://orcid.org/0009-0004-9872-9357>

²sinitsyna.anastasiia@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0001-7023-8549>

The article analyzes the current conditions and trends of the homeopathic market in the Russian Federation. Based on retail sales data and the state register of medicinal products, an assessment of a market dynamics and the consumption structure by manufacturers and brands was conducted.

The study results indicate sustained market growth since 2021, both in value and in volume. In 2024, sales reached 14.2 billion RUB and 19.0 million packs. A high market concentration among manufacturers was identified, the TOP 5 companies accumulating over 90% of sales in value and about 85% in packs. Leading positions are held by foreign companies (Heel, Boiron); however, the share of the local manufacturer «Materia Medica» is growing actively.

The factors contributing to the market growth are discussed, including public interest in alternative medicine, promotional activities by manufacturers, and prescribing practices within the medical community. Risks related to import dependency, high brand concentration, as well as public and professional trust are noted. It is concluded that the further development of the segment will be determined not by scientific debates, but by regulatory and economic factors.

Ключевые слова: pharmaceutical market; homeopathic product; market dynamics; market concentration; consumer behavior; marketing strategies

For citation: Gogoleva S. N., Sinitsyna A. A. Current state and prospects for development of the russian market of homeopathic medicines. Remedium. 2025;29(4):384–388. (In Russ.). doi:10.32687/1561-5936-2025-29-4-384-388

Введение

Отношение к гомеопатическим лекарственным препаратам (ГЛП) как в мировой, так и в отечест-

венной системе здравоохранения продолжительное время остаётся весьма противоречивым. В мировой практике оно колеблется до диаметрально противоположного положения: от такого, как в Индии, где

гомеопатические методы лечения интегрированы в систему здравоохранения и пользуются признанием со стороны как государства, так и населения [1], до исключения из программ государственного финансирования и наложения обязанности наносить специальную маркировку «не является доказанным лекарственным средством» в ряде западных стран. Обоснованием этого является низкая доказательная база эффективности ГЛП.

В свете продолжающегося поиска безопасных и эффективных методов лечения ГЛП остаются актуальной темой научных дискуссий и исследований. Увеличение интереса к альтернативной медицине и, в то же время, стремление к минимизации побочных эффектов традиционных лекарственных средств «стимулируют» более глубокое изучение гомеопатии, что позволяет расширить арсенал терапевтических средств. Развитие нанотехнологий и использование больших объёмов данных в исследованиях, с одной стороны, и появление мобильных приложений, консультаций по телемедицине, с другой, по мнению ряда учёных, открывают новые возможности для доступной и основанной на фактических данных гомеопатии [2].

Положение гомеопатии в России имеет уникальные черты. Развитая с советских времён система гомеопатии была официально признана в 1995 г. приказом Минздравмедпрома¹⁸, после чего была сформирована нормативно-правовая база, регулирующая производство, лицензирование и медицинское применение ГЛП. На сегодняшний день статус ГЛП установлен п. 15 ст. 4 Федерального закона от 12.04.2010 № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств», который определяет его как «лекарственный препарат, произведённый или изготовленный из фармацевтической субстанции или фармацевтических субстанций в соответствии с требованиями общих фармакопейных статей к гомеопатическим лекарственным препаратам или в соответствии с требованиями фармакопеи страны производителя такого препарата». За последние годы в России было предпринято несколько попыток признать гомеопатию лженаукой и пересмотреть её статус¹⁹, однако это не привело к кардинальным изменениям на фармацевтическом рынке. Хотя такая позиция академической среды накладывает определённый отпечаток на отношение как профессионального сообщества, так и населения к системе гомеопатии.

Результаты исследования, проведённого на платформе профессионального сообщества «Врачи РФ» наглядно демонстрируют «раскол» медицинского сообщества на 2 практических равных лагеря: 46% врачей назначают пациентам ГЛП, тогда как не реко-

мендуют принимать такие средства 54% респондентов²⁰.

Цель работы — оценить текущее состояние рынка ГЛП, динамику его развития в натуральном и денежном выражении, а также выявить особенности структуры потребления в разрезе терапевтических областей, производителей, брендов.

Материалы и методы

Оценка объёма и динамики продаж группы ГЛП проведена на основе данных PharmaTrend компании IQVIA (отпуск через розничную аптечную сеть за счёт средств населения) в период с января 2020 г. по июнь 2025 г. Для оценки статуса в перечне зарегистрированных препаратов был использован Государственный реестр лекарственных средств (2025 г.).

В данной работе рассматривается только рынок ГЛП, зарегистрированных в реестре лекарственных средств. Препараты, изготавливаемые по индивидуальным рецептам в аптечных учреждениях, в анализ не включены.

Результаты

На основе проведённого анализа можно отметить, что с 2021 г. рынок ГЛП демонстрирует устойчивый рост. Пик прироста пришёлся на 2022 г.: +22,5% к 2021 г. (рис. 1). По итогам 2024 г. рынок достиг 14,2 млрд руб. в розничных ценах аптек, что составляет 0,8% общего объёма розничного фармацевтического рынка России. В 2025 г. положительная динамика сохраняется.

Оценивая динамику продаж ГЛП в натуральном выражении, можно отметить, что изменения соответствуют тенденциям, наблюдаемым в денежном выражении. С 2021 г. наблюдается позитивная динамика: средний годовой прирост в упаковках составил 4,3%, что превышает темпы роста розничного фармацевтического рынка. В 2024 г. реализовано 19 млн упаковок ГЛП (рис. 2), в 1-м полугодии 2025 г. рост продолжился.

Стабильно возрастает средняя стоимость упаковки ГЛП, отпускаемой через розничную аптечную сеть, увеличиваясь в среднем на 11,3% в год. В 1-м полугодии 2025 г. она составила 814 руб. в ценах конечного потребления.

Структура потребления по формам выпуска в натуральном и денежном выражении схожи, наиболее востребованными являются ГЛП в форме таблеток для рассасывания и капель для приёма внутрь. При этом доля их потребления планомерно увеличивается в последние годы. Совокупно в 2024 г. на препараты этих форм пришлось порядка 35% продаж в рублях и в упаковках. Доля продаж препаратов в форме гранул, напротив, за последние 10 лет снизилась более чем в 5 раз — с 27 до 5%.

¹⁸ Приказ Министерства здравоохранения и медицинской промышленности РФ от 29.11.1995 №335 «Об использовании метода гомеопатии в практическом здравоохранении».

¹⁹ РАН. Меморандум от 07.02.2017 № 2 «О лженаучности гомеопатии». URL: <https://klrnran.ru/2017/02/memorandum02-homeopathy/>; РАН. Заявление от 14.05.2025 № 1 «О недопустимости включения в российские клинические рекомендации гомеопатических препаратов, а также других препаратов, не содержащих молекул действующих веществ». URL: <https://klrnran.ru/2025/05/zayavlenie-olekarstvennyh-preparatov-ne-soderzhashhih-dejstvujushhih-veshhestv/>

²⁰ Гомеопатия непобедима // GxP news. URL: https://gxpnews.net/2025/07/gomeopatiya-nepovedima/?utm_source=telegram&utm_medium=messenger&utm_campaign=post&=1 (дата обращения: 01.08.2025).



Рис. 1. Динамика продаж ГЛП в денежном выражении, 2020 г. — 1-е полугодие 2025 г.



Рис. 2. Динамика цен и продаж ГЛП в натуральном выражении, 2020 г. — 1-е полугодие 2025 г.

Всего на российском фармацевтическом рынке доступны ГЛП производства 28 компаний, из них более половины (18) российские. В 2020—2024 гг. на фоне стабильной доли в натуральном выражении (порядка 37%) представленность отечественных препаратов в денежном выражении возрастает за счёт роста стоимости приобретаемой упаковки.

Рассматриваемый сегмент рынка отличается высокой концентрацией, причём она активно возрастает на протяжении последних 5 лет. Доля топ-5 производителей в рублёвом исчислении увеличилась с 86,3% в 2020 г. до 91,1% в 2024 г., в 1-м полугодии 2025 г. этот показатель достиг 93,3%. В упаковках уровень несколько ниже, но также наблюдается существенный прирост доли: с 75,2% в 2020 г. до 85,2% в 1-м полугодии 2025 г.

Основная часть продаж сосредоточена у лидера рынка — немецкой компании «Biologische Heilmittel Heel», демонстрирующей в последние годы опережающие темпы роста и вносящего основной вклад в развитие гомеопатического сегмента (табл. 1). Портфель этого производителя представлен 52 брендами. Второе место занимает компания «Boiron» с 61 брендами и долей в продажах 22,3% в денежном выражении. Третье место по объёму реализации в деньгах принадлежит российской и самой быстро-

Таблица 1

Рейтинг топ-5 компаний-производителей по итогам продаж в рублях в 2024 г., %

Компания	Доля продаж в рублях в 2024 г.	CAGR 2020—2024 гг.
«Heel»	41,8	16,8
«Boiron»	22,3	7,2
«Материя Медика»	16,4	21,1
«Bionorica»	8,1	8,2
«Sopharma»	2,4	-3,9
Итого топ-5	91,1	12,8

Таблица 2

Рейтинг топ-5 компаний-производителей по итогам продаж в упаковках в 2024 г., %

Компания	Доля продаж в упаковках в 2024 г.	CAGR 2020—2024 гг.
«Heel»	30,8	10,4
«Boiron»	21,7	—1,0
«Материя Медика»	20,6	5,2
«Bionorica»	5,9	—1,5
«МосФарма»	5,4	—4,9
Итого топ-5	84,4	3,6

растущей компании «Материя Медика», которая за последние 5 лет увеличила свою долю более чем в 1,5 раза — до 16,4% в 2024 г.

Пятерка лидеров по объёму продаж в натуральном выражении представлена двумя российскими компаниями: «Материя Медика» и «МосФарма» (табл. 2).

Несмотря на обширные портфели многих игроков, гомеопатический сегмент характеризуется высокой концентрацией в структуре продаж по брендам. На продажи топ-10 препаратов из 468 представленных в 2024 г. на рынке пришлось 62% оборота в рублях. При этом лидирующий продукт — Траумель С обеспечил 13% оборота всего сегмента в 2024 г. (табл. 3). Самым быстрорастущим в десятке лидирующих брендов является препарат Проспекта компании «Материя Медика», сумевший к 3-му году после выхода на рынок занять 3,1%. Из брендов, имеющих длительную историю на рынке, благодаря активной промоции компаний-производителей, высокие темпы роста отличают препараты Лимфомиозот и Афалаза (табл. 3).

В упаковках топ-10 ёмких брендов по составу существенно не отличается от рейтинга в денежном выражении (табл. 4).

Обсуждение

Полученные результаты свидетельствуют об устойчивом развитии рынка ГЛП в России, несмотря на наличие ряда внутренних и внешних противоречий, таких как различия в восприятии эффективности терапии среди потребителей и медицинских работников и возможные изменения в регуляторной среде. Несмотря на продолжающуюся научную дискуссию о доказательной базе и заявления авторитетных научных институтов, рынок не только не сокращается, но и демонстрирует уверенный рост с 2021 г. Это позволяет говорить о сформировавшейся потребительской базе, которая не ограничена рамками доказательной медицины или которая целенаправленно ищет альтернативные и «натуральные» методы терапии.

Выявленный рост обусловлен комплексом факторов. С одной стороны, это общемировой тренд на интегративную медицину и стремление пациентов минимизировать побочные эффекты фармакотерапии. С другой стороны, ключевым драйвером является агрессивная маркетинговая стратегия крупнейших игроков рынка, направленная как на конечных

Таблица 3

Рейтинг топ-10 препаратов по итогам продаж в рублях в 2024 г., %

Препарат	Доля продаж в рублях в 2024 г.	CAGR 2020—2024 гг.
Траумель С	13,6	13,5
Лимфомиозот	10,3	38,5
Мастодинон	8,1	8,4
Гомеовокс	8,1	20,9
Афалаза	6,6	28,3
Дантинорм бэби	5,7	11,0
Оциллококцинум	4,2	—8,0
Проспекта*	3,1	129,1
Анаферон детский	3,1	8,7
Стодаль	2,5	5,9
Итого топ-10...	65,3	12,7

Причина. *Начало продаж — 2021 г., приведён CAGR 2021—2024 гг.

потребителей через СМИ и социальные сети (формирования позитивного образа и запроса), так и на медицинское сообщество через прямое продвижение, что подтверждается данными о практике назначения ГЛП 46% врачей.

Наиболее значимыми рисками, вытекающими из результатов исследования, являются высокая концентрация и импортозависимость рынка. Доминирование иностранных компаний («Heel», «Boiron») создаёт потенциальную уязвимость в условиях геополитической нестабильности и логистических разрывов. Рост доли в денежном выражении при стагнации в упаковках у отечественных производителей указывает на их пока недостаточную способность конкурировать за объём рынка, ограничиваясь конкурентной борьбой в ценовых сегментах.

Высокая концентрация вокруг ограниченного числа брендов свидетельствует о том, что успех на рынке определяют не только «гомеопатические» происхождение/принадлежность самих продуктов, сколько сила бренда, эффективность маркетинговых бюджетов и устоявшиеся привычки назначения части медицинского сообщества. Феноменально высокие темпы роста отдельных брендов (например, Проспекта, Лимфомиозот) являются прямым следствием успешных инвестиций в их продвижение.

Таблица 4

Рейтинг топ-10 препаратов по итогам продаж в упаковках в 2024 г., %

Препарат	Доля продаж в упаковках в 2024 г.	CAGR 2020—2025
Траумель С	10,6	6,9
Гомеовокс	8,0	7,1
Лимфомиозот	5,9	30,0
Мастодинон	8,2	—1,0
Афалаза	4,9	17,3
Анаферон детский	4,6	0,1
Дантинорм бэби	3,0	0,9
Стодаль	3,2	—4,2
Проспекта*	4,7	121,3
Оциллококцинум	3,4	—14,6
Итого топ-10	56,4	3,1

Причина. *Начало продаж — 2021 г., приведён CAGR 2021—2024 гг.

Таким образом, рынок ГЛП в России является зрелым и высококонцентрированным коммерческим сегментом с чётко выраженным лидерами. Его устойчивость и рост в условиях научного скепсиса подчёркивают глубокий разрыв между доказательной парадигмой и реальными потребительскими практиками, а также эффективностью маркетинговых стратегий. Дальнейшие перспективы сегмента будут зависеть не от результатов научных дискуссий, а от возможности внесения изменений в нормативно-правовую базу, регламентирующую обращение ГЛП, экономической конъюнктуры и способности крупнейших игроков адаптироваться к изменяющимся условиям. Для полноценной оценки ситуации требуются дальнейшие социологические исследования, направленные на изучение мотивации и профиля потребителя, а также опросы практикующих врачей, назначающих данные препараты. Перспективы развития гомеопатического сектора в России определяются скорее административными факторами, чем экономическими условиями.

Заключение

Тренды потребления ГЛП в России показывают устойчивый рост спроса среди населения. Это обусловлено рядом факторов: увеличением интереса к

альтернативным методам лечения, желанием минимизировать побочные эффекты традиционной медицины и поиском натуральных средств для укрепления здоровья. Также драйвером роста являются активное продвижение своих продуктов компаниями-производителями, направленные как на потребителя, популяризацию гомеопатии через СМИ и социальные сети для формирования позитивного восприятия и увеличения спроса, так и на профессиональное сообщество посредством визитов представителей компаний. Отношение и степень доверия к ГЛП среди этих групп нуждаются в дальнейшем изучении.

ЛИТЕРАТУРА

1. Frank R., Ecks S. Towards an ethnography of Indian homeopathy // *Anthropology & medicine*. 2004. Vol. 11, N 3. P. 306—327.
2. Ramanandi V. Futuristic trends in medical sciences // *Selfypage Developers*. 2024. 196 p. URL: https://www.researchgate.net/publication/383362066_Futuristic_Trends_in_Medical_Sciences

REFERENCES

1. Frank R, Ecks S. Towards an ethnography of Indian homeopathy. *Anthropology & Medicine*. 2004;11(3):306—327.
2. Ramanandi V. Futuristic trends in medical sciences. *Selfypage Developers*. 2024. 196 p. URL: https://www.researchgate.net/publication/383362066_Futuristic_Trends_in_Medical_Sciences.

Вклад авторов: все авторы сделали эквивалентный вклад в подготовку публикации.
Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Contribution of the authors: the authors contributed equally to this article.
The authors declare no conflicts of interests.

Статья поступила в редакцию 26.05.2025; одобрена после рецензирования 18.06.2025; принятая к публикации 06.11.2025.
The article was submitted 26.06.2025; approved after reviewing 18.06.2025; accepted for publication 06.11.2025.

Вопросы управления, экономики, цифровизации

Научная статья

УДК 615

doi:10.32687/1561-5936-2025-29-4-389-396

Разработка ИИ-системы для аудита документов систем менеджмента качества в фармацевтической отрасли

Константин Александрович Кошечкин¹✉, Ирина Владимировна Спичак²,
Руслан Валерьевич Калашников³, Ирина Васильевна Жирова⁴

^{1,2}Евразийская академия надлежащих практик, Москва, Россия;

³«ФарМозг», Москва, Россия;

⁴Белгородский государственный национальный исследовательский университет, Белгород, Россия

¹k.koshechkin@lpt.digital, <https://orcid.org/0000-0001-7309-2215>

²spichak@gxp-academy.org, <https://orcid.org/0000-0002-3932-5684>

³rk@pharmabrain.ru, <https://orcid.org/0009-0002-0951-5740>

⁴zhirova@bsuedu.ru, <https://orcid.org/0000-0002-7770-6808>

Аннотация. В условиях строгих регуляторных требований и стремления к непрерывному улучшению фармацевтические компании сталкиваются с необходимостью повышения эффективности и надёжности своих систем менеджмента качества (СМК). Традиционные подходы к аудиту документации СМК, основанные на ручном анализе, являются трудоёмкими, подвержены человеческому фактору и не всегда обеспечивают необходимую глубину анализа. Настоящая статья посвящена описанию прототипа инновационной системы, разработанной компанией «ФарМозг», которая использует технологии искусственного интеллекта (ИИ) для автоматизированного аудита документов СМК. Система предназначена для анализа различных типов документов, включая стандартные операционные процедуры (СОП), планы корректирующих и предупреждающих действий (CAPA), политики качества и отчёты на соответствие широкому спектру международных и национальных стандартов, таких как GMP ЕАЭС, ICH Q10, ISO 9001, PIC/S Guide, GAMP 5 и FDA 21 CFR Part 11. В основе системы лежат алгоритмы обработки естественного языка и машинного обучения, которые позволяют автоматически извлекать ключевую информацию, выявлять несоответствия и потенциальные риски, а также формировать рекомендации по улучшению. В статье подробно описываются методы, лежащие в основе работы системы, включая архитектуру, используемые алгоритмы ИИ и процесс валидации в соответствии с принципами GMP. Кроме того, представлены результаты, демонстрирующие функциональные возможности системы, и проведено сравнение с другими существующими ИИ-решениями в области управления качеством. Обсуждаются преимущества, вызовы и перспективы внедрения ИИ в процессы аудита СМК, подчёркнута важность интеграции с другими цифровыми системами и развития предиктивной аналитики для обеспечения высокого уровня качества и безопасности фармацевтической продукции.

Ключевые слова: система менеджмента качества; искусственный интеллект; информационные системы; фармацевтическая система качества

Для цитирования: Кошечкин К. А., Спичак И. В., Калашников Р. В., Жирова И. В. Разработка ИИ-системы для аудита документов систем менеджмента качества в фармацевтической отрасли // Ремедиум. 2025. Т. 29, № 4. С. 389—396. doi:10.32687/1561-5936-2025-29-4-389-396

Issues of management, economics, digitalization

Original article

Development of an ai system for auditing documents of quality management systems in the pharmaceutical industry

Konstantin A. Koshechkin¹✉, Irina V. Spichak², Ruslan V. Kalashnikov³, Zhirova I. Vasilievna⁴^{1,2}Eurasian Academy of Good Practices, Moscow, Russia;³FarMozg Limited Liability Company, Moscow, Russia;⁴Belgorod State National Research University, Belgorod, Russia¹k.koshechkin@lpt.digital, <https://orcid.org/0000-0001-7309-2215>²spichak@gxp-academy.org, <https://orcid.org/0000-0002-3932-5684>³rk@pharmabrain.ru, <https://orcid.org/0009-0002-0951-5740>⁴zhirova@bsuedu.ru, <https://orcid.org/0000-0002-7770-6808>

Annotation. In the context of strict regulatory requirements and the desire for continuous improvement, pharmaceutical companies are faced with the need to improve the efficiency and reliability of their quality management systems (QMS). Traditional approaches to the audit of QMS documentation, based on manual analysis, are time-consuming, subject to the human factor and do not always provide the necessary depth of analysis FarBrain, which uses artificial intelligence (AI) technologies for automated audit of QMS documents. The system is designed to analyze various types of documents, including standard operating procedures (SOPs), corrective and preventive action plans (CAPAs), quality policies and reports, for compliance with a wide range of international and national standards, such as EAEU GMP, ICH Q10, ISO 9001, PIC/S Guide, GAMP 5 and FDA 21 CFR Part 11. The system is based on natural language processing (NLP) and machine learning (ML) algorithms that automatically extract key information, identify inconsistencies and potential risks, and make recommendations for improvement. The article describes in detail the methods behind the operation of the system, including the architecture, the AI algorithms used, and the validation process in accordance with the principles of GMP. In addition, the results demonstrating the functionality of the system are presented and compared with other existing AI solutions in the field of quality management. The advantages, challenges and prospects of introducing AI into QMS audit processes are discussed, emphasizing the importance of integration with other digital systems and the development of predictive analytics to ensure a high level of quality and safety of pharmaceutical products.

Keywords: quality management system; artificial intelligence; information systems; pharmaceutical quality system

For citation: Koshechkin K. A., Spichak I. V., Kalashnikov R. V., Zhirova I. V. Development of an AI system for auditing documents of quality management systems in the pharmaceutical industry. *Remedium*. 2025;29(4):389–396. (In Russ.). doi:10.32687/1561-5936-2025-29-4-389-396

Введение

Фармацевтическая промышленность характеризуется одним из самых высоких уровней регулирования в мире, поскольку её продукция напрямую влияет на здоровье и безопасность пациентов. В последние десятилетия регуляторные органы значительно усилили требования к качеству лекарственных средств и процессам их производства. Концепция «Качество по замыслу», внедрённая Управлением по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов США (FDA) в начале 2000-х гг. [1], предполагает, что качество должно быть встроено в продукт на этапе его разработки, а не проверяться в конечном продукте. Этот подход требует глубокого научного понимания того, как процесс влияет на свойства и эффективность продукта, а также применения методов анализа рисков, как это описано в руководствах Международного совета по гармонизации (ICH) Q8, Q9 и Q10 [2]. В этих условиях система менеджмента качества (СМК) становится критически важным элементом, обеспечивающим прозрачность, достоверность и целостность данных на протяжении всего жизненного цикла лекарственного средства.

Традиционные методы аудита СМК, основанные на ручном изучении документов, сталкиваются с рядом серьёзных ограничений. Во-первых, объём документации, подлежащей регулярному пересмотру, постоянно растёт, что делает процесс трудоёмким и длительным. Во-вторых, ручной анализ подвержен человеческому фактору, включая усталость, субъек-

тивность и вероятность ошибок, что может привести к пропуску критически важных несоответствий. В-третьих, традиционные подходы не позволяют оперативно выявлять тенденции и закономерности в данных, что затрудняет переход от реактивного к проактивному управлению качеством. Например, при анализе отклонений и САРА-планов сложно вручную выявить повторяющиеся корневые причины и оценить эффективность внедрённых мер. Эти ограничения становятся особенно критичными в условиях стремительно меняющихся регуляторных требований и растущей конкуренции, требующих от компаний повышения операционной эффективности и снижения времени выхода продукта на рынок.

Искусственный интеллект (ИИ) и машинное обучение (machine learning, ML) — это инструменты, позволяющие изменить подходы к управлению качеством фармацевтической продукции [3, 4]. Автоматизация рутинных и трудоёмких процессов с помощью ИИ позволяет оптимизировать анализ документов, выявление несоответствий и подготовку отчётов. Это высвобождает ресурсы экспертов для стратегических задач.

Алгоритмы ИИ обрабатывают большие массивы данных в реальном времени, выявляют закономерности и прогнозируют риски. Такой подход способствует переходу к проактивному управлению качеством. Например, ИИ-системы отслеживают отклонения в производственных процессах, выявляют ранние признаки проблем и предлагают корректирующие меры до возникновения угрозы безопасности.

Кроме того, ИИ может значительно повысить эффективность и точность регуляторной отчётности, автоматически проверяя документы на соответствие требованиям и выявляя потенциальные проблемы до подачи в регуляторные органы. Внедрение ИИ в СМК способствует созданию более гибкой, адаптивной и эффективной системы качества, способной соответствовать требованиям эпохи Pharma 5.0.

Материалы и методы

Прототип ИИ-системы для аудита документов СМК, разработанный компанией «ФарМозг»²¹, представляет собой комплексное решение, предназначенное для автоматизации и повышения эффективности процессов внутреннего аудита в фармацевтической отрасли. Система построена на основе современных технологий ИИ, включая обработку естественного языка (natural language processing, NLP) и ML, и предназначена для анализа широкого спектра документов СМК. Архитектура системы включает несколько ключевых компонентов: модуль извлечения текста из документов, модуль анализа и интерпретации текста, модуль проверки на соответствие регуляторным требованиям, модуль генерации отчётов и рекомендаций. Система разработана с учётом принципов, изложенных в руководствах ICH Q10 и GAMP 5 [2, 5], и предназначена для интеграции в существующие процессы управления качеством, обеспечивая непрерывный мониторинг и улучшение СМК.

ИИ-система «ФарМозг» способна анализировать различные типы документов, входящих в состав СМК фармацевтической компании.

1. Стандартные операционные процедуры (СОПы). Система анализирует СОПы на предмет их полноты, ясности, соответствия регуляторным требованиям и внутренним политикам. Она выявляет пробелы в процедурах, противоречия между различными документами и отсутствующие ссылки на внешние стандарты.

2. Планы корректирующих и предупреждающих действий (corrective and preventive action plans, CAPA). Оценка обоснованности, эффективности и соответствия CAPA принципам риск-ориентированного подхода. Выявление рецидивных отклонений, проверка корректности определения корневых причин и адекватности предложенных мер.

3. Политики качества. Верификация соответствия требованиям стандартов (например, ISO 9001) и согласованности с элементами СМК [6].

4. Рабочие инструкции. Анализ соответствия СОП, регуляторным требованиям, оценка ясности и применимости для персонала.

5. Отчётность. Обработка аудиторских отчётов, отчётов о расследованиях отклонений и качестве продукции. Выявление трендов, паттернов и потенциальных рисков.

ИИ-система «ФарМозг» проводит аудит документов СМК на соответствие широкому спектру международных и национальных регуляторных тре-

бований и стандартов. Это обеспечивает комплексный подход к оценке соответствия и помогает компаниям соответствовать требованиям различных рынков.

Ключевые регуляторные рамки и стандарты, используемые системой для анализа:

- GMP ЕАЭС: система проверяет соответствие требованиям Надлежащей производственной практики (GMP) Евразийского экономического союза [7];
- ICH Q10: система анализирует СМК на соответствие руководству ICH Q10 по фармацевтической системе качества, которое устанавливает модель для эффективной системы качества, охватывающей весь жизненный цикл продукта [2];
- ISO 9001: система проверяет соответствие требованиям международного стандарта ISO 9001 к СМК [6];
- PIC/S Guide: система анализирует документы на соответствие руководству Фармацевтической инспекционной схемы сотрудничества (PIC/S), которая является важным международным форумом для сотрудничества инспекционных служб [8];
- GAMP 5 second edition: система проверяет соответствие принципам GAMP 5 (Good Automated Manufacturing Practice), которые представляют практическое руководство по валидации компьютеризированных систем в фармацевтической отрасли [5];
- EU GMP Annex 11: система анализирует соответствие требованиям Приложения 11 к руководству GMP ЕС, которое регулирует использование компьютеризированных систем [9];
- FDA 21 CFR Part 11: система проверяет соответствие требованиям FDA к электронным записям и электронным подписям [10].

NLP является ключевой технологией, лежащей в основе ИИ-системы «ФарМозг». NLP обеспечивает извлечение ключевой информации из текстов СМК и выявление несоответствий. В системе реализованы следующие методы и модели.

- Sentence Transformers: используются предобученные модели (например, all-MiniLM-L6-v2, all-mpnet-base-v2) для генерации векторных представлений (эмбеддингов) текста [11]. Это позволяет вычислять семантическое сходство между фрагментами документов и идентифицировать противоречия и пробелы;
- косинусное сходство: метрика применяется для оценки семантической близости векторов предложений. Система использует её для обнаружения дублирующихся фрагментов, а также для сопоставления содержания документов с требованиями регуляторных стандартов;
- классификация текста: система использует алгоритмы классификации текста для автоматической категоризации документов и выявления их типа (например, СОП, CAPA, отчёт);
- извлечение именованных сущностей (NER): модели NER используются для извлечения

²¹ URL: <https://pharmabrain.ru/PharmAI>

ключевой информации из документов, такой как названия процессов, ответственные лица, даты, ссылки на стандарты и т. д.

ML дополняет возможности NLP, позволяя системе «ФарМозг» выявлять сложные закономерности в данных СМК и делать предсказания [12]. Применение ML в системе включает:

- предиктивная аналитика: алгоритмы ML анализируют исторические данные об отклонениях, САРА и аудитах для выявления тенденций и предсказания потенциальных рисков. Это позволяет компаниям переходить от реактивного к проактивному управлению качеством;
- кластеризация: алгоритмы кластеризации используются для группировки похожих отклонений или документов, что помогает выявить системные проблемы и повторяющиеся корневые причины;
- детекция аномалий: модели ML могут выявлять аномалии в данных, такие как необычные паттерны в процессах производства или отклонения от установленных норм, что позволяет раньше обнаруживать потенциальные проблемы с качеством;
- нейронные сети: в некоторых случаях могут использоваться нейронные сети для решения более сложных задач, таких как анализ неструктурированных данных или прогнозирование сложных взаимосвязей между различными элементами СМК.

Система использует генеративные модели (в первую очередь большие языковые модели) для синтеза структурированных текстов на основе аналитических данных.

Основные направления применения:

1. Автоматическое резюмирование. Извлечение ключевых процессов, обязанностей и требований из анализируемых документов с формированием компактных информативных сводок.

2. Генерация отчётов. Автоматизированное создание отчётных документов, включающих описание выявленных несоответствий, анализ рисков и конкретные корректирующие рекомендации.

3. Формирование рекомендаций. Генерация предложений по оптимизации СМК на основе анализа лучших практик и регуляторных требований.

4. Контролируемая генерация. Применение методов управляемого синтеза текста (например, каузальное вмешательство в большие языковые модели) для обеспечения точности, релевантности и фактической достоверности выходных данных.

Начальным этапом аудиторского процесса является автоматическое извлечение ключевой информации из загруженных документов. После загрузки документа система применяет NLP-алгоритмы для его анализа и структурирования данных.

Определяется тип документа (СОП, САРА, политика качества и др.). Затем извлекаются метаданные: номер документа, версия, дата утверждения, ответственные лица. На следующем этапе идентифицируется и структурируется основное содержание, включая описания процессов, ссылки на стан-

дарты, обязанности, временные рамки и нормативные требования. Все извлечённые данные сохраняются в структурированном формате, что позволяет легко осуществлять поиск, фильтрацию и дальнейший анализ.

После извлечения ключевой информации система «ФарМозг» переходит к этапу семантического анализа и выявления несоответствий (gaps). На этом этапе система использует комбинацию алгоритмов ML и правил, основанных на регуляторных требованиях. Семантический анализ позволяет системе понимать контекст и смысл извлечённой информации, а не просто искать ключевые слова. Например, система может определить, что в СОП, описывающей процесс очистки оборудования, отсутствует указание на конкретный параметр, требуемый соответствующим приложением к GMP. Для выявления таких пробелов система сопоставляет структурированные данные из анализируемого документа с эталонной базой данных, содержащей требования из различных регуляторных источников, таких как GMP ЕАЭС, ICH Q10, ISO 9001 и др. [2, 6, 7] Система также анализирует связи между различными документами СМК, выявляя потенциальные противоречия или пробелы. Например, она может обнаружить, что в одной процедуре указан один ответственный за процесс, тогда как в другой, связанной с ней, — иной. Результатом этого этапа является детальный список выявленных несоответствий, каждое из которых сопровождается описанием проблемы, ссылкой на конкретное требование стандарта и оценкой риска.

Финальным этапом работы системы «ФарМозг» является автоматическая генерация отчётов и рекомендаций по устранению выявленных несоответствий. На основе результатов семантического анализа и списка пробелов система формирует структурированный и понятный отчёт. Этот отчёт включает в себя введение, описывающее объект и цели аудита, подробный раздел с анализом несоответствий (Gap Analysis), где каждая проблема описывается с указанием её местоположения в документе и ссылкой на нарушенное регуляторное требование.

Самым важным элементом отчёта является раздел с рекомендациями. Используя генеративные модели и анализ исторических данных, система предлагает конкретные и практические действия по устранению каждого выявленного пробела. Эти рекомендации ранжируются по степени приоритета, которая определяется на основе оценки риска для качества продукции и безопасности пациентов. Например, если выявлено несоответствие, связанное с отсутствием валидации критического процесса, система предложит разработать и выполнить план валидации, указав ключевые этапы и ответственных лиц. Все отчёты и рекомендации формируются на русском языке, в формальном и профессиональном стиле, пригодном для использования в качестве внутреннего документа по аудиту.

Валидация ИИ-системы «ФарМозг» проводится в строгом соответствии с принципами GAMP 5, которые представляют собой отраслевой стандарт для

валидации компьютеризированных систем в фармацевтической промышленности. GAMP 5 [5] предлагает гибкий, основанный на рисках подход, который особенно важен при валидации сложных систем, использующих ИИ. В соответствии с GAMP 5 валидация системы «ФарМозг» рассматривается как непрерывный процесс, охватывающий весь жизненный цикл системы, от планирования и спецификации требований до эксплуатации и вывода из эксплуатации.

Ключевыми этапами валидации являются:

1. Планирование и спецификация требований (URS): определение функциональных и эксплуатационных требований к системе, включая критерии производительности, такие как точность и надежность.

2. Проектирование и разработка (DS): создание спецификаций проекта, описывающих архитектуру системы и алгоритмы ИИ.

3. Тестирование (IQ/OQ/PQ): проведение квалификации установки (IQ), квалификации операций (OQ) и квалификации производительности (PQ) для подтверждения того, что система установлена правильно, работает в соответствии со спецификациями и стабильно выполняет свои функции в условиях реального производства.

4. Эксплуатация и мониторинг: непрерывный мониторинг производительности системы после развёртывания для обеспечения её надёжной работы и своевременного выявления любых отклонений.

Система «ФарМозг» разработана и валидирована с учётом требований FDA 21 CFR Part 11 [10], которые регулируют использование электронных записей и электронных подписей в регулируемых отраслях. Соответствие этому регламенту является обязательным для фармацевтических компаний, планирующих использовать систему в США. Ключевые требования 21 CFR Part 11, которые были учтены при разработке системы, включают:

- валидацию системы: обеспечение точности, надёжности и последовательного выполнения требуемых функций, а также способности обнаруживать недействительные или измененные записи;
- целостность записей: защита записей, чтобы они были доступны для проверки в течение всего срока их хранения;
- контроль доступа: ограничение доступа к системе авторизованными лицами и использование проверок полномочий;
- аудит-трейлы: использование компьютеризированных, отмеченных временем аудит-трейлов для неизменной регистрации операций по созданию, изменению или удалению электронных записей;
- обучение персонала: обязательное обучение персонала, работающего с системой или её разработкой.

Применение риск-ориентированного подхода к валидации ИИ-систем является ключевым требованием регуляторов и центральным элементом руко-

водства GAMP 5. Подход основывается на принципе риск-ориентированной валидации, согласно которому объём и глубина валидационных мероприятий определяются уровнем риска, связанного с влиянием системы на качество продукции и безопасность пациента [13].

Для ИИ-системы, такой как «ФарМозг», валидация охватывает оценку рисков, связанных с целостностью данных, производительностью алгоритмов и соответствием регуляторным требованиям. Например, при классификации отклонений (критические, некритические, незначительные) ошибка может привести к недооценке серьёзных проблем, что создаёт высокий риск. В таких случаях валидация должна включать строгое тестирование алгоритмов на разнообразных данных. С другой стороны, если система используется для предоставления общих рекомендаций по улучшению СМК, которые затем рассматриваются и утверждаются человеком, риск может быть ниже, и валидация может быть менее обширной.

Апробация прототипа ИИ-системы «ФарМозг» проводится на нескольких фармацевтических предприятиях, что позволило оценить её функциональные возможности и практическую применимость.

Результаты и обсуждение

Система «ФарМозг» значительно автоматизирует рутинные и трудоёмкие задачи, которые традиционно выполняются вручную внутренними аудиторами:

- сканирование и извлечение текста из документов: система автоматически обрабатывает документы в различных форматах (PDF, DOCX и др.), извлекая текстовую информацию без необходимости ручного ввода;
- классификация документов: система автоматически определяет тип документа (СОП, САРА, политика и т. д.), что позволяет применять соответствующие критерии анализа;
- извлечение ключевой информации: система автоматически выделяет важные данные, такие как названия процессов, ответственные лица, сроки, упоминания о стандартах и другие критические элементы;
- сравнение с регуляторными требованиями: система автоматически сопоставляет содержание документов с базой знаний, содержащей требования различных стандартов, и выявляет потенциальные несоответствия.

Подобная автоматизация высвобождает значительное количество времени специалистов по качеству, позволяя им сосредоточиться на более стратегических задачах, таких как анализ рисков, расследование корневых причин и разработка мер по улучшению.

Система «ФарМозг» обеспечивает повышение точности анализа и минимизацию влияния человеческого фактора. Ручная обработка больших массивов документации сопряжена с рисками ошибок, обусловленных усталостью, невнимательностью и субъективностью оценки. ИИ-система выполняет

анализ на основе формализованных алгоритмов, что гарантирует последовательность и объективность процесса.

Это позволяет минимизировать вероятность пропуска критических несоответствий, которые могут остаться незамеченными при ручном анализе. Система обеспечивает единообразие оценки за счёт применения унифицированных критериев ко всем документам, исключая субъективность и поддерживая согласованность результатов. Кроме того, семантический анализ текста снижает риск ошибок интерпретации, обеспечивая корректное понимание регуляторных требований и внутренних процедур.

Система «ФарМозг» значительно ускоряет процессы анализа и подготовки отчётности. Традиционный аудит документов СМК может занимать от нескольких недель до нескольких месяцев, в зависимости от объёма документации. Система «ФарМозг» способна проанализировать тысячи страниц документов за считанные минуты. Кроме того, система автоматически генерирует структурированные и подробные отчёты, что исключает необходимость ручного составления отчётности.

Это позволяет:

- сократить время подготовки к внешним аудитам: компании могут быстро провести внутренний аудит и устраниТЬ выявленные проблемы до прихода инспекторов;
- оперативно реагировать на изменения в регуляторной среде: система позволяет быстро проанализировать, как новые или изменённые требования повлияют на внутренние процедуры;
- повысить общую эффективность процессов управления качеством: ускорение анализа и отчётности позволяет качественным командам быстрее принимать решения и внедрять меры по улучшению.

При анализе СОП и рабочих инструкций система «ФарМозг» может выявить следующие типы несоответствий:

- отсутствующие элементы: например, в СОП по калибровке оборудования может отсутствовать указание на необходимость документирования результатов калибровки в соответствии с требованиями GMP;
- противоречия между документами: система может обнаружить, что в одной процедуре указан один ответственный за процесс, а в связанной с ней рабочей инструкции — другой;
- устаревшие ссылки: система может выявить ссылки на устаревшие версии стандартов или внутренних документов;
- нечёткие формулировки: система может выявить формулировки, которые допускают двусмысленное толкование, что может привести к непоследовательному выполнению процедур.

На основе выявленных пробелов система генерирует конкретные рекомендации, такие как: «обновить СОП № 123, раздел 4.1, добавив требование о

записи фактических значений, полученных в ходе калибровки, в журнал калибровки формы XYZ-01, в соответствии с требованием EU GMP [9], раздел 3.41».

При анализе САРА система «ФарМозг» фокусируется на оценке качества расследования и обоснованности предложенных мер. Выявленные несоответствия могут включать недостаточное расследование корневой причины: система может выявить, что в плане САРА корневая причина проблемы определена поверхностно (например, «человеческая ошибка») без проведения глубокого анализа. Анализ системы может выявить отсутствие измеримых критериев эффективности в плане САРА, что затрудняет оценку результативности корректирующих действий. Кроме того, обработка исторических данных позволяет идентифицировать повторяющиеся отклонения, свидетельствующие о неэффективности ранее реализованных САРА-мероприятий.

На основании анализа система может рекомендовать пересмотр плана САРА № 456, включая проведение углублённого расследования с применением метода «5 Почему» для выявления системной корневой причины. В план следует внести количественные критерии эффективности, например: «сокращение частоты аналогичных отклонений на 50% в течение 6 месяцев».

При анализе высококачественных документов, таких как политики качества, и различных отчётов система «ФарМозг» оценивает их соответствие стратегическим целям компании и регуляторным требованиям.

Выявленные проблемы могут включать:

- несоответствие политики стандартам: например, политика качества компании может не отражать принципа «постоянного улучшения», который является ключевым требованием стандарта ISO 9001;
- отсутствие связи между отчётом и действиями: система может выявить, что в отчётах об аудитах указываются одни и те же проблемы, но соответствующие корректирующие действия не внедряются или неэффективны;
- недостаточный анализ тенденций: в отчётах может отсутствовать анализ тенденций и закономерностей, что затрудняет принятие проактивных мер.

Рекомендации могут быть следующими: «Пересмотреть политику качества компании, включив в неё явное обязательство руководства к постоянному улучшению системы менеджмента качества в соответствии с требованиями ISO 9001 [6], раздел 5.2. Провести управленический пересмотр результатов внутренних аудитов за последний год и разработать комплексный план действий для устранения системных проблем».

Сравнительный анализ с другими ИИ-системами для аудита СМК

На рынке представлено несколько ИИ-решений, предназначенных для автоматизации процессов

Сравнительный анализ ИИ-систем для управления качеством

Характеристика	Система «ФарМозг»	Система RegulatoryIQ	Система QualiWrite™	Система T1 AI
Основной фокус	Аудит документов СМК, выявление несоответствий, генерация отчетов	Мониторинг изменений в регуляторной среде, анализ влияния на продукты	Автоматизация создания и управления контролируемыми документами (СОП, отчеты)	Анализ данных производства и лабораторий для выявления аномалий и отклонений
Ключевые технологии	NLP, ML, генеративные модели	NLP, веб-скрапинг, анализ данных	NLP, генеративные модели, шаблоны документов	ML, статистический процессный контроль (SPC), анализ временных рядов
Типы анализируемых данных	Документы СМК (СОП, САРА, политики, отчеты)	Регуляторные документы, уведомления, базы данных	Внутренние шаблоны документов, исторические данные	Данные датчиков, партийные записи, результаты испытаний
Основной результат	Отчет с анализом несоответствий и рекомендациями	Уведомления об изменениях, отчеты о влиянии	Черновики документов, обновленные версии СОП	Оповещения об аномалиях, прогнозы качества продукции
Интеграция	EDMS, QMS	Системы управления продуктами, QMS	EDMS, QMS	Системы управления производством, LIMS

управления качеством и соответствия. В таблице проведено сравнение системы «ФарМозг» с другими системами: RegulatoryIQ, QualiWrite™ и T1 AI.

Как следует из данных таблицы, система «ФарМозг» специализируется на глубоком анализе документов СМК и выявлении несоответствий, в то время как другие системы могут иметь более узкую специализацию. Например, RegulatoryIQ ориентирован на мониторинг внешней регуляторной среды, QualiWrite™ — на автоматизацию документооборота, а T1 AI — на анализ производственных данных. Система «ФарМозг» дополняет эти решения, обеспечивая комплексный аудит внутренней документации, что является критически важным элементом для обеспечения регуляторной готовности.

Преимущества и недостатки внедрения ИИ в аудит СМК

Преимущества:

- значительное повышение эффективности: ИИ-системы способны анализировать огромные объемы документов за время, недоступное человеку. Это позволяет быстрее выявлять и устранять несоответствия, сокращать время подготовки к аудитам и ускорять процессы непрерывного улучшения;
- масштабируемость: в отличие от ручных процессов, затраты на использование ИИ-системы не растут пропорционально объему документации. Это делает ИИ особенно ценным для крупных компаний с большим количеством продуктов и сложными СМК;
- снижение затрат: автоматизация рутинных задач позволяет сократить затраты на человеческие ресурсы, высвобождая специалистов для более высокоценных задач.

Недостатки:

- высокие первоначальные инвестиции: внедрение ИИ-системы требует значительных первоначальных инвестиций в программное обеспечение, оборудование и обучение персонала;
- необходимость технической поддержки: ИИ-системы требуют постоянной технической поддержки и обновлений для обеспечения их надежной работы и актуальности.

Использование ИИ-систем в анализе документации СМК сопряжено с проблемами интерпретации и непрозрачности алгоритмических решений. Сре-

ди преимущества выделяется объективность анализа, обусловленная отсутствием субъективности и строгим следованием заданным алгоритмам.

Однако существуют значительные ограничения. Проблема «чёрного ящика» проявляется в непрозрачности процессов принятия решений сложными моделями ML, особенно глубокими нейронными сетями. Это осложняет объяснение выводов системы, что критично для регулируемых отраслей, требующих полной прозрачности и документирования процессов. Дополнительные риски связаны с ошибками интерпретации контекста, особенно при наличии идиоматических выражений, сарказма или сложных грамматических конструкций. Точность ИИ-системы также зависит от качества обучающих данных: наличие ошибок или предвзятости в данных приводит к их воспроизведению в результатах анализа.

Необходимость экспертного контроля («человек в цикле») обусловлена вспомогательной ролью ИИ, который не заменяет, а дополняет человеческую экспертизу, автоматизируя рутинные задачи. Это требует обязательной верификации выводов ИИ квалифицированными специалистами, способными оценить их корректность и принять окончательное решение. Вместе с тем существует риск чрезмерного доверия к результатам ИИ без должной проверки, что может привести к ошибочным решениям. Кроме того, экспертам необходимо постоянное обучение для эффективного взаимодействия с ИИ-системой, понимания её возможностей и ограничений.

Взаимодействие с электронными системами управления документами

Для максимизации эффективности ИИ-система для аудита СМК должна быть интегрирована с другими корпоративными системами, прежде всего с электронными системами управления документами (EDMS) и системами управления качеством (QMS). Интеграция с EDMS позволит системе «ФарМозг» напрямую получать доступ к актуальным версиям документов, автоматически отслеживать изменения и управлять жизненным циклом документов. Интеграция с QMS позволит связывать выявленные несоответствия с конкретными процессами, отклонениями и САРА-планами, создавая единую и целостную экосистему управления качеством. Это обеспечит беспрепятственный обмен данными,

устранит необходимость ручного переноса информации между системами и повысит общую прозрачность и управляемость СМК.

Развитие предиктивной аналитики в области качества

Будущее развитие ИИ в области управления качеством связано с переходом от описательной и диагностической аналитики к предиктивной и прескриптивной аналитике. В настоящее время система «ФарМозг» в основном фокусируется на анализе существующих документов и выявлении уже произошедших несоответствий. В будущем, с накоплением большего объёма исторических данных, система сможет предсказывать потенциальные риски. Используя алгоритмы ML, система сможет анализировать закономерности в данных и предсказывать, где и когда могут возникнуть проблемы качества. На основе предсказанных рисков система сможет рекомендовать конкретные превентивные действия, такие как дополнительное обучение персонала, плановое техническое обслуживание оборудования или пересмотр процедур.

Заключение

Система «ФарМозг», использующая передовые алгоритмы NLP, ML и генеративные модели, демонстрирует высокий потенциал для выявления несоответствий в документации СМК и предоставления конкретных рекомендаций по их устранению. Валидация такой системы в соответствии с принципами GAMP 5 и требованиями FDA 21 CFR Part 11 обеспечивает её соответствие строгим нормативным требованиям.

Однако внедрение ИИ также сопровождается вызовами, включая высокие первоначальные инвестиции, проблему «чёрного ящика» и необходимость постоянного экспертного контроля. Успешное использование ИИ в аудите СМК требует сбалансированного подхода, который сочетает в себе мощность автоматизации с незаменимой человеческой экспертизой.

В будущем развитие ИИ-систем будет направлено на создание более интеллектуальных и предиктивных инструментов, способных не только анализировать прошлые события, но и предсказывать и предотвращать будущие проблемы. Интеграция ИИ-систем с другими цифровыми платформами, такими как EDMS и QMS, создаст единую, взаимосвязанную и высокоэффективную экосистему управления качеством, способную обеспечить высочайшие стандарты безопасности и качества фармацевтической продукции.

ЛИТЕРАТУРА

1. FDA. Guidance for industry. Quality systems approach to pharmaceutical CGMP regulations. Rockville; 2006. 36 p.
2. ICH Harmonised Guideline Q10. Pharmaceutical Quality System. Step 4 version. — International Council for Harmonisation of Technical Requirements for Pharmaceuticals for Human Use, 2008. 16 p.
3. FDA. Artificial INTELLIGENCE/MACHINE LEARNING (AI/ML)-Based Software as a Medical Device (SaMD) action plan. Silver Spring; 2021. 10 p.
4. EMA. Refection paper on the use of artificial intelligence in medicine development. Amsterdam; 2023. 2
5. GAMP 5: a risk-based approach to compliant GxP computerized systems. 2nd ed. Tampa; 2022. 298 p.
6. ИСО 9001:2015. Системы менеджмента качества — требования. Женева; 2015. 29 с.
7. Евразийский экономический союз. Надлежащая производственная практика для лекарственных средств: Приложение 1 к Правилам GMP ЕАЭС (в ред. Решения Совета ЕЭК № 90 от 03.11.2017). М.; 2017. 88 с.
8. PIC/S Guide to good manufacturing practice for medicinal products. PE 009—16 (Part I and Part II). Geneva; 2022. 352 p.
9. EU Guidelines to good manufacturing practice. Medicinal products for human and veterinary use. Annex 11: Computerised Systems. Brussels; 2011. 10 p.
10. Code of Federal Regulations. Title 21, Part 11: Electronic records; electronic signatures. Washington; 2023. 24 p.
11. Reimers N., Gurevych I. Sentence-BERT: sentence embeddings using Siamese BERT-Networks // Proceedings of the 2019 Conference on Empirical Methods in Natural Language Processing. Hong Kong; 2019. P. 3980—3990.
12. ISO/IEC 23053:2022. Framework for AI systems using ML. Geneva; 2022. 42 p.
13. GAMP Good practice guide. Validation of AI and ML applications. Tampa; 2021. 112 p.

REFERENCES

1. FDA. Guidance for industry. Quality systems approach to pharmaceutical CGMP regulations. Rockville; 2006. 36 p.
2. ICH Harmonized Guideline Q10. Pharmaceutical Quality System. Step 4 version. — International Council for Harmonization of Technical Requirements for Pharmaceuticals for Human Use, 2008. 16 p.
3. FDA. Artificial INTELLIGENCE/MACHINE LEARNING (AI/ML)-Based Software as a Medical Device (SaMD) action plan. Silver Spring; 2021. 10 p.m.
4. EMA. Refection paper on the use of artificial intelligence in medicine development. Amsterdam; 2023. 2
5. GAMP 5: a risk-based approach to compliant GxP computerized systems. 2nd ed. Tampa; 2022. 298 p.
6. ISO 9001:2015. Quality Management Systems — Requirements. Geneva; 2015. 29 p.
7. Eurasian Economic Union. Good Manufacturing Practice for Medicinal Products: Appendix 1 to the EAEU GMP Rules (as amended by EEC Council Decision No. 90 of November 3, 2017). Moscow; 2017. 88 p.
8. PIC/S Guide to Good Manufacturing Practice for Medicinal Products. PE 009—16 (Part I and Part II). Geneva; 2022. 352 p.
9. EU Guidelines to Good Manufacturing Practice. Medicinal Products for Human and Veterinary Use. Annex 11: Computerised Systems. Brussels; 2011. 10 p.
10. Code of Federal Regulations. Title 21, Part 11: Electronic Records; Electronic Signatures. Washington; 2023. 24 p.
11. Reimers N., Gurevych I. Sentence-BERT: sentence embeddings using Siamese BERT-Networks // Proceedings of the 2019 Conference on Empirical Methods in Natural Language Processing. Hong Kong; 2019. P. 3980—3990.
12. ISO/IEC 23053:2022. Framework for AI systems using ML. Geneva; 2022. 42 p.
13. GAMP Good practice guide. Validation of AI and ML applications. Tampa; 2021. 112 p.

Вклад авторов: все авторы сделали эквивалентный вклад в подготовку публикации.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Contribution of the authors: the authors contributed equally to this article.
The authors declare no conflicts of interests.

Статья поступила в редакцию 26.05.2025; одобрена после рецензирования 18.06.2025; принятая к публикации 06.11.2025.
The article was submitted 26.06.2025; approved after reviewing 18.06.2025; accepted for publication 06.11.2025.

Обзорная статья

УДК 614.881

doi:10.32687/1561-5936-2025-29-4-397-401

Опыт цифровизации первичной медико-санитарной помощи «Дашборд по доступности»

Игорь Викторович Давронов¹✉, Нина Владимировна Суслонова²,
Ирина Анатольевна Гаранина³

¹Дубненская больница, Дубна, Россия;

^{2,3}Московский областной научно-исследовательский клинический институт имени М. Ф. Владими爾ского, Москва, Россия

¹igorbukhara@yandex.ru, <https://orcid.org/0009-0004-8898-1049>

²ckprz@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-4179-8202>

³i.garanina2012@yandex.ru, <https://orcid.org/0009-0005-1098-6859>

Повышение доступности и качества оказания первичной медико-санитарной помощи (ПМСП), удовлетворённость граждан и эффективность организации медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, внедрение принципов пациентоцентричности учреждений здравоохранения — эти свойства качественной медицинской помощи должны быть реализованы в медицинской организации, в том числе с использованием соответствующих цифровых инструментов. Медицинская организация городского округа Дубны (Подмосковье) системно решает задачи развития взаимодействия с пациентом с акцентом на скорость и наглядность. Визуализация медицинских показателей, оперативные отчёты, изменяющиеся в режиме реального времени и аналитика, полученные с применением сервиса «Дашборд по доступности» ПМСП, позволяют совершенствовать управление медицинской организацией на основе данных, что и предопределило цель настоящего исследования: поиск новых инструментов повышения эффективности управления медицинской организацией, оказывающей ПМСП, и, таким образом, повышение доступности для населения медицинских услуг, оказываемых в амбулаторных условиях.

Ключевые слова: дашборд; анализ данных; управление на основе данных; медицинская организация; визуализация результатов мониторинга

Для цитирования: Давронов И. В., Суслонова Н. В., Гаранина И. А. Опыт цифровизации первичной медико-санитарной помощи «Дашборд по доступности» // Ремедиум. 2025. Т. 29, № 4. С. 397—401. doi:10.32687/1561-5936-2025-29-4-397-401

Review article

Experience of digitalization of primary health care «Dashboard on accessibility»

Igor V. Davronov¹✉, Nina V. Suslonova², Irina A. Garanina³

¹Dubna Hospital, Dubna, Russia;

^{2,3}Moscow Regional Research Clinical Institute named after M. F. Vladimirsy, Moscow, Russia

¹igorbukhara@yandex.ru, <https://orcid.org/0009-0004-8898-1049>

²ckprz@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-4179-8202>

³i.garanina2012@yandex.ru, <https://orcid.org/0009-0005-1098-6859>

Annotation. Improving the accessibility and quality of primary health care (PHC), the satisfaction of citizens and the efficiency of the organization of medical care provided in outpatient conditions, the implementation of the principles of patient-centrism of healthcare institutions — these properties of quality medical care should be implemented in a medical organization, including, using appropriate digital tools. Medical organization of the city district of Dubna (Moscow region) systematically solves the problems of developing interaction with the patient, with an emphasis on speed and visibility. Visualization of medical indicators, real-time reports, and analytics obtained using the PHC Availability Dashboard service, they allow for the improvement of medical organization management based on data, which predetermined the purpose of this study: to find new tools for improving the efficiency of medical organization management in PHC, and thus to increase the availability of medical services provided in outpatient settings.

Ключевые слова: dashboard; data analysis; data-driven management; medical organization; visualization of monitoring results

For citation: Davronov I. V., Suslonova N. V., Garanina I. A. Experience in the digitalization of primary health care «Dashboard on Accessibility». Remedium. 2025;29(4):397–401. (In Russ.). doi:10.32687/1561-5936-2025-29-4-397-401

Введение

Цифровизация является важной составляющей развития системы здравоохранения. В декабре 2021 г. Правительством РФ был утверждён первый вариант стратегии цифровой трансформации здравоохранения России²². В апреле 2024 г. были утверждены новые стратегические направления «в

области цифровой трансформации ключевых отраслей экономики, социальной сферы, ...в том числе здравоохранения», что способствовало более интен-

²² Распоряжение Правительства РФ от 29.12.2021 № 3980-р «Об утверждении стратегического направления в области цифровой трансформации здравоохранения».

сивному развитию цифровых технологий в отрасли²³.

Цифровые технологии в управлении медицинской организации позволяют расширить инфраструктурные и коммуникационные возможности, а также обеспечить более эффективную реализацию социальных функций медицинских организаций [1]. Формирование на основе Единой государственной информационной системы здравоохранения единого цифрового контура позволяет обеспечить связь между процессами организации оказания медицинской помощи и управления ресурсами здравоохранения. Развитие этого направления предполагает создание централизованных цифровых платформ, включая использование искусственного интеллекта для диагностических целей.

Модернизация здравоохранения сегодня невозможна без цифровой трансформации медицины (телемедицина, применение облачных технологий, электронный документооборот) [2]. Инфраструктурное значение для медицинских организаций имеют сегодня комплексные системы автоматизации, электронные порталы и мобильные приложения, которые, в свою очередь, гарантируют новый уровень доступности медицинских услуг для населения [3].

Актуальность темы научного исследования

Авторы многих научных исследований сходятся во мнении, что с учётом возрастающего ресурсного обеспечения и объёма деятельности (задач), стоящих перед современной медицинской организацией, необходимо проведение научных исследований с целью диагностики и решения проблем в области организации управления медицинской организацией в целом и по отдельным направлениям, определения потребности в разработке мер по совершенствованию механизмов и методов управления на основе системного и процессного подходов, способов и систем контроля показателей деятельности с применением новых методов сбора и оценки информации и информационных систем (ИС) [4].

Ряд российских учёных считает необходимым разработку новых организационно-управленческих подходов к деятельности медицинских организаций, мер по их совершенствованию, методик измерения и анализа их внедрения [5, 6]. Анализ использования ИС в деятельности систем здравоохранения показывает, что происходит «трансформация функциональных задач в цифровые модели, поскольку при переходе к цифровой экономике с их помощью реализуется возможность разрешения проблем путём доработки ИС здравоохранения», меняется модель управления медицинской организацией [7, 8]. Вывод В. И. Юдина и соавт. о том, что внедрение в деятельность отрасли цифровых технологий позволит сформировать условия повышения эффективности деятельности в сфере предоставле-

ния медицинских услуг, подтверждает актуальность темы данного научного исследования [9].

Материалы и методы

В 2024 г. прошла реорганизация 2 медицинских организаций Московской области: к ГБУЗ МО «Дубненская больница» была присоединена ГБУЗ МО «Талдомская больница»²⁴. С этого момента начался отсчёт нового этапа развития во вновь созданной больнице инфраструктуры, обеспечивающей интеграцию структурных медицинских подразделений, диагностических служб на базе медицинской информационной системы (МИС) — единой платформы, включающей интеллектуальную систему записи и защищённые каналы телемедицины, а также такие инновационные решения, как личный кабинет пациента, мобильное приложение Единой медицинской информационно-аналитической системы Московской области, которая является региональным сегментом Единой государственной информационной системы здравоохранения.

Медицинские данные, в том числе об обращениях в учреждения здравоохранения, показатели их деятельности, конечно, накапливались в МИС реорганизованных больниц, передавались в медицинский информационный центр региона и ранее, но в полной мере использовать их при принятии управленческих решений в сфере управления медицинскими организациями было сложно. Несмотря на тот факт, что до объединения двух больниц в ГБУЗ МО «Дубненская больница» обе больницы реализовывали проект Минздрава Московской области «Новая модель медицинской организации», оказывающих первичную медико-санитарную помощь (ПМСП) с применением инструментов и методов бережливого производства, однако существовали разные стандарты работы одноименных служб и структурных подразделений поликлиник. Процессы учёта, формирования и передачи отчётности были разрозненные и ограниченные, а имеющиеся возможности МИС не соответствовали передовым технологиям.

Проанализировав основные направления модернизации систем здравоохранения (организация процессов оказания медицинской помощи, повышение производительности труда, управление качеством и безопасностью медицинской деятельности и др.), мы разработали стратегию перехода к управлению медицинской организацией на основе данных, реализация которой возможна только с развитием цифровизации.

В рамках создания инновационной модели управления качеством медицинской помощи создан и продолжает совершенствоваться один из наиболее значимых управленческих проектов с применением МИС — разработка «Дашборда по доступно-

²³ Распоряжение Правительства РФ от 17.04.2024 № 959-р «Об утверждении стратегического направления в области цифровой трансформации здравоохранения».

²⁴ Распоряжение Правительства Московской области от 08.04.2024 № 195-РП «О реорганизации государственных учреждений здравоохранения Московской области, расположенных на территории городского округа Дубна и Талдомского городского округа Московской области».

сти» для формирования аналитики на основе медицинских данных в интересах населения, прикреплённого к ГБУЗ «Дубненская больница». Можно назвать это «витриной данных» с основными метриками, по которым можно оценить доступность к врачам комплексно.

Инструмент управления эффективностью процессов медицинской организации, основанный на информационном подходе (Система Business Intelligence, BI), — это таблицы, цветные диаграммы, графики, которые показывают динамику: стало лучше или хуже по сравнению с прошлым периодом. Взглянув на экран, можно сразу увидеть, какое подразделение работает эффективнее. Главный инструмент бизнес-аналитики BI-система — это программное обеспечение или комплекс решений, которые обеспечивают сбор, трансформацию, хранение и анализ данных для предоставления актуальной и точной информации²⁵.

Результаты

Службой информационных технологий ГБУЗ МО «Дубненская больница» осуществлён значительный объём текущих работ по ремонту и обслуживанию локальных сетей и приобретению вычислительной техники, проведены мероприятия по защите информации и персональных данных.

За прошедшие 1,5 года завершены работы по построению сегмента ЕИМТС Дубненской больницы и на него переключено всё информационное и медицинское оборудование. Создано единое информационное и телекоммуникационное пространство больницы: единая локальная сеть во всех подразделениях, общее файловое хранилище и хранилище электронных документов, единая внутренняя телефонная связь и сотовой связи, и, таким образом, создана интегрированная цифровая платформа.

Начато проведение работ и мероприятий по структурированию и «цифровизации» всех основных процессов и переводу всех служб на работу в МИС и создание альтернативных способов коммуникаций на территории подразделений Дубненской больницы (запись на приём, СМС-информирование, интеграция с IP-телефонией, системами коллтрекинга, протоколы и дневники, истории болезни, инструментальные и лабораторные исследования и др.).

«Эффективная модель медицинской организации по доступности ПМСП» или, кратко, «Дашборд по доступности» — оценка доступности или оценка эффективной модели по доступности строится «на основе двух блоков, показателей процесса и показателей результата, максимальная оценка в сумме по 2 блокам дает 100 баллов. При итоговом балле 90—100 мы оцениваем уровень доступности как отличный и предлагаем поддерживать и масштабировать практики, которые реализованы в медицинской организации. При уровне доступности нашей эффектив-

тивной модели менее 60 баллов мы оцениваем уровень доступности как низкий и критически низкий и рекомендуем мероприятия — срочное вмешательство, в том числе кадровое и организационное с необходимым планом мероприятий под контролем управления».

Обсуждение

В 2025 г. в ГБУЗ МО «Дубненская больница» появился новый рабочий инструмент, благодаря которому у руководителя медицинской организации и топ-менеджеров (заместители главного врача по амбулаторно-поликлинической работе (взрослой и детской) есть возможность проводить контроль работы первичного звена. Удобный интерфейс для управленицев — вся информация в одном месте, с фильтрами по специальностям, городским округам и датам, поэтому достаточно 2—3 мин, чтобы получить всю необходимую информацию.

В медицине BI-системы используются для визуализации финансовых и операционных данных, что помогает принимать решения на основе данных. Если раньше приходилось выгружать показатели и обрабатывать таблицы в ручном режиме, работать с фильтрами и, тем не менее, не получить тех данных, которые сейчас доступны в Дашборде. Например, с помощью ежедневно обновляемой аналитики можно оперативно выявлять поликлиники с нехваткой талонов, перераспределять нагрузку между врачами, планировать расширение мощностей там, где это необходимо.

Ежедневно обновляемая аналитика помогает оперативно выявлять структурные подразделения с нехваткой талонов и перераспределять нагрузку между врачами, планировать расширение мощностей там, где это необходимо, т. е. проводить мониторинг медико-технологической информации и оценивать доступность ПМСП жителям своей территории.

В «Дашборде по доступности» в течение 2—3 мин можно просмотреть:

- рейтинг ГБУЗ МО «Дубненская больница» среди больниц;
- доступность записи к врачу;
- эффективность расписания;
- долю самозаписи от всех созданных слотов;
- функцию врачебной должности;
- сколько создано ячеек на завтра, а также наличие ячеек на 10 дней вперёд;
- листы ожидания;
- укомплектованность кадрами;
- жалобы от пациентов.

Каждой медицинской организации доступен и Дашборд «Комплексный рейтинг АПП»²⁶. На Главном дашборде отображена работа амбулаторного звена Подмосковья с разбивкой по категориям: Профилактика, Качество оказания медицинской помощи, Доступность, Диспансерное наблюдение, Обратная связь.

²⁵ BI-система: что это, как работает аналитика в ней, зачем нужна бизнесу. URL: <https://profclick.ru/blog/bi-sistema-chto-eto-kak-rabotaet-analiti> (дата обращения: 13.10.2025).

²⁶ АПП — амбулаторно-поликлинические подразделения.

По центру расположены показатели комплексного рейтинга (всего показателей, балл, доля, общий балл, динамика). Медицинские организации разбиты на 3 категории по численности прикреплённого населения:

- больше 250 тыс.;
- от 100 тыс. до 250 тыс.;
- меньше 100 тыс.

При нажатии на кнопку «Московская область» открывается окошко, содержащее показатели по комплексному рейтингу АПП с указанием баллов и динамики. По такому же принципу работает детализация по медицинским организациям. Имеется возможность скачать данные по показателям в формате *.xlsx.

Можно выбрать необходимый отчётный период, городской округ и медицинскую организацию. При выборе городского округа он отобразится на тепловой карте, а на центральной таблице по нему отобразятся значения.

В этом разделе можно увидеть оценки по блокам показателей «эффективность расписания» и «доступность», а также увидеть, какие специальности в медицинской организации «западают».

Практически сегодня МИС и Единая медицинская информационно-аналитическая система аккумулируют в себе значительный объём данных, получаемых в процессе работы медицинской организации, и становятся фундаментом для построения эффективной системы управления, в том числе, например, автоматизация рутинных задач по взаимодействию с пациентом: работа с отказами, неявками (автоматически позвонить), повторными визитами или приглашением на следующий этап лечения (напомнить) и т. п.

«Цифровое здравоохранение — это широкое понятие, охватывающее, помимо прочего, такие компоненты, как электронное здравоохранение, мобильное здравоохранение, телездравоохранение и данные здравоохранения. Оно предлагает решения, которые позволяют усилить системы здравоохранения, к примеру, за счёт предоставления услуг здравоохранения непосредственно в домашних условиях и обеспечения доступа к медицинскому обслуживанию для групп населения, не получающих услуг в нужном объёме, за счёт содействия выявлению вспышек инфекционных болезней, а также за счёт интеграции цифровых инструментов, что позволяет сделать процесс оказания медицинской помощи более оперативным и эффективным. При этом использование технологий цифрового здравоохранения не только открывает новые возможности, но и ставит ряд важных вопросов»²⁷.

Конечно, и при реализации нашего проекта были проблемы, поскольку информатизация проходила в условиях непрерывности работы, когда ни на мину-

ту не прекращается основная деятельность больницы; имеет место территориальная разрозненность структурных подразделений двух административных территорий (городов Московской области); сжатые сроки реализации и необходимость сохранения медицинской информации за весь период для обеспечения преемственности медицинской помощи.

С нашей точки зрения, ключевой фактор успеха данного проекта — вовлечение сотрудников, и с этой целью проведено очное и дистанционное обучение персонала всех структурных подразделений больницы.

Очевидно, что ИТ-системы не создают процессы — они лишь помогают оцифровать и упорядочить существующие. Унификация процессов, их создание и совершенствование — именно от этого зависит результат: меньше ошибок, доступность данных для анализа. Созданная цифровая платформа будет и в дальнейшем способствовать развитию больницы.

У врача первичного амбулаторного приёма есть большой перечень мероприятий, которые он должен проводить с пациентами участка, группами диспансерного наблюдения и др. В реальных условиях данная плановая работа врача обычно не носит системный характер, а спорадически выполняется врачом, зачастую без использования ИС либо с их ограниченным использованием. В дальнейшем предполагается разработать «методологию перестройки организационной модели структуры рабочего дня врача с использованием МИС, позволяющих планировать работу с пациентами в парадигме исполнения задач основных инцидентов МЗ РФ, а также исполнение разделов обязанностей участковых врачей, врачей-специалистов поликлиники»²⁸.

Коллективу ГБУЗ МО «Дубненская больница» понятны планы представить «идеальную» модель работы врача поликлиники по принципу управления участком на основании данных и запланированной дальнейшая работа в этом направлении.

Заключение

Информатизация системы управления ГБУЗ МО «Дубненская больница» позволила приступить к формированию инновационной информационной технологии управления медицинской организацией, основанной на стандартизации и повышении операционной эффективности процессов. У нас есть возможность получать в режиме мониторинга медико-технологическую информацию, обеспечивающую обоснованное принятие управлеченческих решений. Такая информационная поддержка и формализация процессов оказания медицинской помощи населению, как и внедрение новых механизмов взаимодействия с пациентами, тесно связанных с использованием цифровых технологий, позволяет повы-

²⁷ Всемирная организация здравоохранения. Цифровое здравоохранение: преобразование системы медицинского обслуживания и расширение его доступности бизнесу. URL: <https://www.who.int/europe/ru/news/item/09-09-2020-digital-health-transforming-and-extending-the-delivery-of-health-services> (дата обращения: 13.10.2025).

²⁸ А что так можно было? участковый врач, врач специалист — жизнь не по сценарию... URL: <https://itmportal.ru/resources/presentations/a-что-так-могло-быть-участковый-врач-врач-специалист-жизн-не-по-стенарию-/> (дата обращения: 13.10.2025).

сить доступность и качество медицинской помощи населению.

ЛИТЕРАТУРА

1. Осадчая С. М., Осадчая А. Н. Цифровые технологии в управлении медицинским учреждением // Бизнес. Образование. Право. 2022. № 1. С. 132—136. DOI:10.25683/VOLBI.2022.58.160
2. Павлов В. Н., Ханов А. М., Тюрганов А. Г. Цифровая медицина: ожидания и перспективы // Общественное здоровье. 2022. Т. 2, № 2. С. 73—76. DOI: 10.21045/2782-1676-2022-2-2-73-76
3. Давидович Е. И., Кугач В. В. Информатизация медицины и фармации в Азиатском и Австралийском регионах // Вестник фармации. 2018. № 1. С. 77—87.
4. Лобкова Е. В., Петриченко А. С. Региональная экономика: теория и практика. 2018. Т. 16, № 2. С. 274—295. DOI :10.24891/re.16.2.274
5. Руголь Л. В., Сон И. М., Стародубов В. И., Погонин А. В. Некоторые итоги реформирования здравоохранения // Социальные аспекты здоровья населения. 2018. Т. 64, № 6. С. 6—18. DOI: 10.21045/2071-5021-2018-64-6-18
6. Руголь Л. В., Ходакова О. В., Галеева М. В. и др. Методические подходы к формированию структуры центрального органа исполнительной власти в сфере охраны здоровья субъекта РФ // Социальные аспекты здоровья населения. 2022. Т. 68, № 6. DOI: 10.21045/2071-5021-2022
7. Заболотная Н. В., Гатилова И. Н., Заболотный А. Т. Цифровизация здравоохранения: достижения и перспективы развития // Экономика. Информатика. 2020. № 2. С. 380—389. DOI: 10.18413/2687-0932-2020-47-2-380-389
8. Гусев А. В., Плисс М. А., Левин М. Б., Новицкий Р. Э. Тренды и прогнозы развития медицинских информационных систем в России // Врач и информационные технологии. 2019. № 2. С. 38—49.
9. Юдин В. И., Широкова О. В. Перспективы и роль цифровых технологий в реформировании российского здравоохранения //

Здоровье мегаполиса. 2020. Т. 1, № 1. С. 72—86. DOI: 10.47619/2713—2617.zm.2020.v1i1;72—86

REFERENCES

1. Osadchaya S. M., Osadchaya A. N. Digital technologies in the management of a medical institution. *Business. Education. Law.* 2022;(1):132—136. DOI: 10.25683/VOLBI.2022.58.160
2. Pavlov V. N., Khanov A. N., Tyurganov A. G. Digital medicine: expectations and prospects. *Public Health.* 2022;2(2):73—76. DOI: 10.21045/2782-1676-2022-2-2-73-76
3. Davidovich E. I., Kugach V. V. Informatization of medicine and education in the Asian and Australian regions. *Vestnik farmatsii.* 2018;(1):77—87.
4. Lobkova E. V., Petrichenko A. S. Managing the effectiveness of the regional health system. *Regional Economics: Theory and Practice.* 2018;16(2):274—295. DOI: 10.24891/re.16.2.274
5. Rugol L. V., Son I. M., Starodubov V. I., Pogonin A. V. Some results of healthcare reform. *Social aspects of public health.* 2018;64(6):6—18. DOI: 10.21045/2071-5021-2018-64-6-18
6. Rugol L. V., Khodakova O. V., Galeeva M. V. et al. Methodological approaches to the formation of the structure of the central executive authority in the field of health care of the constituent entity of the Russian Federation. *Social Aspects of Public Health.* 2022;68(6):4. DOI: 10.21045/2071-5021-2022
7. Zabolotnaya N. V., Gatilova I. N., Zabolotny A. T. Digitalization of healthcare: achievements and prospects for development. *Economics. Informatics.* 2020;(2):380—389. DOI: 10.18413/2687-0932-2020-47-2-380-389
8. Gusev A. V., Pliss M. A., Levin M. B., Novitsky R. E. Trends and forecasts for the development of medical information systems in Russia. *Doctor and Information Technologies.* 2019;(2):38—49.
9. Yudin V. I., Shirokova O. V. Prospects and role of digital technologies in reforming Russian healthcare. *Health of the Megalopolis.* 2020;1(1):72—86. DOI: 10.47619/2713—2617.zm.2020.v1i1;72—86

Вклад авторов: все авторы сделали эквивалентный вклад в подготовку публикации.
Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Contribution of the authors: the authors contributed equally to this article.
The authors declare no conflicts of interests.

Статья поступила в редакцию 26.05.2025; одобрена после рецензирования 18.06.2025; принятая к публикации 06.11.2025.
The article was submitted 26.06.2025; approved after reviewing 18.06.2025; accepted for publication 06.11.2025.

Научная статья

УДК 340.132.83

doi:10.32687/1561-5936-2025-29-4-402-406

О понятийном аппарате государственного контроля (надзора) в сфере охраны здоровья

Олеся Борисовна Старжинская¹, Михаил Алексеевич Шишов²✉

^{1,2}Ростовский государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону, Россия

¹starzhinskaya_ob@rostgmu.ru, <https://orcid.org/0000-0003-3097-1732>

²shishov_ma@rostgmu.ru, <https://orcid.org/0000-0001-8494-3062>

Статья посвящена совершенствованию понятийного аппарата государственного контроля (надзора) в сфере охраны здоровья в части профилактических мероприятий. В статье рассмотрены структурные особенности термина «профилактика», предусмотренные различными сферами законодательства, а также изучена специфика профилактических мероприятий, предусмотренных положениями о государственном контроле (надзоре) в сфере обращения лекарственных средств, качества и безопасности медицинской деятельности. Разработаны и предложены определения для различных видов профилактических мероприятий, определены аспекты, в отношении которых потенциально возможно законодательное совершенствование. Применение вышеуказанных предложений позволит обеспечить единообразное толкование и применение различных профилактических мероприятий, а также учесть специфику сферы здравоохранения, включая многовековой опыт управления рисками.

Ключевые слова: риски; профилактика; профилактические мероприятия; государственный контроль (надзор); охрана здоровья

Для цитирования: Старжинская О. Б., Шишов М. А. О понятийном аппарате государственного контроля (надзора) в сфере охраны здоровья // Ремедиум. 2025. Т. 29, № 4. С. 402—406. doi:10.32687/1561-5936-2025-29-4-402-406

Original article

On the conceptual apparatus of state control (supervision) in the field of health protection

Olesya B. Starzhinskaya¹, Mikhail A. Shishov²✉

^{1,2}Rostov State Medical University, Rostov-on-Don, Russia

¹starzhinskaya_ob@rostgmu.ru, <https://orcid.org/0000-0003-3097-1732>

²shishov_ma@rostgmu.ru, <https://orcid.org/0000-0001-8494-3062>

The article is devoted to the improvement of the conceptual apparatus of state control (supervision) in the field of health protection in terms of preventive measures. The article examines the structural features of the term «prevention» provided for in various areas of legislation, and also studies the specifics of preventive measures provided for by the provisions on state control (supervision) in the field of circulation of medicines, as well as the quality and safety of medical activities. Definitions for various types of preventive measures have been developed and proposed, aspects have been identified in relation to which legislative improvement is potentially possible. The application of the above proposals will ensure a uniform interpretation and application of various preventive measures, as well as take into account the specifics of the healthcare sector, including centuries-old experience in risk management.

Keywords: risk; prevention; preventive measures; state control (supervision); health protection

For citation: Starzhinskaya O. B., Shishov M. A. On the conceptual apparatus of state control (supervision) in the field of health protection. *Remedium*. 2025;29(4):402–406. (In Russ.). doi:10.32687/1561-5936-2025-29-4-402-406

Введение

Правовое регулирование порядка организации и осуществления государственного контроля (надзора) в сфере здравоохранения динамично изменяется в течение последнего десятилетия. Одной из причин является смена концепции его организации — переход от контроля, базирующегося на сплошных проверках в отношении всех медицинских или фармацевтических организаций, к контролю, основанному на системе управления рисками, методология которой достаточно подробно разработана в финансово-экономической сфере. Кратко система управления рисками заключается в следующих этапах: определении цели, идентификации и оценке рисков, препятствующих её наступлению (если это объективно возможно), принятию мер по нивелированию

рисков с параллельным формированием промежуточной и итоговой отчётности. В основе риска лежит неопределённость, а управление рисками — это, по сути, сокращение негативных вариантов неопределённости для формирования желаемого варианта будущего. Своеобразный парадокс состоит в том, что контрольно-надзорная деятельность, призванная управлять неопределённостью, подпадает под действие конституционного принципа правовой определённости обязательных требований, согласно которому они не должны порождать противоречий или быть неясными по своему содержанию.

Основу контрольно-надзорной деятельности, в том числе применительно к медицинской деятельности, а также сфере обращения лекарственных средств, составляют нормы Федерального закона от

31.07.2020 № 248-ФЗ «О государственном контроле (надзоре) и муниципальном контроле в Российской Федерации» (далее Закон о контроле), согласно которым своеобразными её «столпами» выступают контрольно-надзорные и профилактические мероприятия. В научной литературе обращается внимание на следующие требующие внимания аспекты: отсутствие необходимой теоретической основы механизмов профилактики [1]; несовпадение правового содержания термина «профилактика» в различных сферах законодательства [2], при одновременном отсутствии в Законе о контроле определений как для общего понятия «профилактические мероприятия», так и для различных их видов [3]; недостаточность норм о специфике контроля к различным его составляющим [4]. При этом сфера охраны здоровья, одновременно объединяющая в себе различные виды деятельности: медицинскую, фармацевтическую, обращение медицинских изделий, донорской крови и её компонентов, — имеет особую специфику, в том числе выраженную в особых видах контроля, перечисленных в статье 85 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее — Основы охраны здоровья граждан). В данном контексте на первый план одновременно выходят как неприемлемость искажённых трактовок [5], предусмотренных Законом о контроле, так и востребованность уже сложившихся в различных сферах деятельности «профилактических практик» [6].

Цель статьи — разработка специального понятийного аппарата для каждого из видов профилактических мероприятий, предусмотренных в рамках федерального государственного контроля (надзора) качества и безопасности медицинской деятельности, а также федерального государственного контроля (надзора) в сфере обращения лекарственных средств. Задачи: изучить структурные особенности термина «профилактика», предусмотренные для различных сферам, а также выделить отдельные аспекты, в отношении которых возможно законодательное совершенствование.

Материалы и методы

Проведён сравнительный анализ законодательных актов Российской Федерации, содержащих определения термина «профилактика», а также требования к профилактическим мероприятиям, применяемым в рамках государственного контроля (надзора), осуществляемого в отношении медицинских и фармацевтических организаций.

Источниками, помимо вышеуказанных Основ охраны здоровья граждан, а также Закона о контроле, являлись также нормы федеральных законов: от 23.06.2016 № 182-ФЗ «Об основах системы профилактики правонарушений в Российской Федерации» (далее Закон № 182-ФЗ), от 24.06.1999 № 120-ФЗ «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних», от 21.12.1994 № 69-ФЗ «О пожарной безопасности», от 08.01.1998 № 3-ФЗ «О наркотических средствах и психотропных веществах», от 18.06.2001 № 77-ФЗ

«О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации», «Концепция противодействия терроризму в Российской Федерации» (утверждённая Президентом РФ 05.10.2009), а также нормы Постановлений Правительства РФ: от 25.06.2021 № 990 «Об утверждении Правил разработки, утверждения и актуализации контрольными (надзорными) органами программы профилактики рисков причинения вреда (ущерба) охраняемым законом ценностям» (далее Правила программы профилактики), от 29.06.2021 № 1048 «Об утверждении Положения о федеральном государственном контроле (надзоре) качества и безопасности медицинской деятельности», от 29.06.2021 № 1049 «О федеральном государственном контроле (надзоре) в сфере обращения лекарственных средств» (далее Положения о контроле в сфере медицинской деятельности и обращения лекарственных средств).

Результаты

Несмотря на то что этимологические истоки профилактики связывают её с древнегреческим «отцом медицины» Гиппократом, различные определения для данного термина предусмотрены несколькими федеральными законами, регулирующими «недицинские» сферы. В частности, установлены особые определения для профилактики: правонарушений, пожаров, незаконного потребления наркотических средств, безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних.

При этом при детальном рассмотрении вышеизложенных понятий прослеживается определённая структура, содержащая:

- конкретизированное негативное явление, например правонарушения или антиобщественные действия;
- перечисление перечня мер, предохраняющих от наступления негативного явления, среди которых выделяют: социальные, политические, экономические, педагогические, культурные, физкультурно-спортивные информационные, организационные, правовые (или их сочетания, например, административно-правовые меры);
- цель предохраняющих мер, как правило, заключающуюся в выявлении и устраниении причин и условий, способствующих наступлению определённого негативного явления, а также его последствий.

В сфере здравоохранения правовая конструкция общего термина «профилактика», или его частной вариации «профилактика туберкулёза», имеют сходную структуру. При этом, как было отмечено выше, соответствующие положения «Основ охраны здоровья граждан» в целом не предусматривают специальных понятий для профилактики в контексте утверждённого перечня видов государственного контроля (надзора) в сфере охраны здоровья.

В то же время в Законе о контроле, с одной стороны, используются термины: профилактика рисков причинения вреда, профилактические мероприятия, профилактика нарушений обязательных

требований, профилактический визит, программа профилактики рисков, а с другой стороны, отсутствуют соответствующие определения. При этом достаточно подробно регламентированы виды профилактических мероприятий, их принципы (законность, обоснованность, соразмерность) и цели, заключающиеся в стимулировании добросовестности и формировании информированности подконтрольных лиц об обязательных требованиях, при одновременном устранении факторов, способных привести как к нарушениям обязательных требований, так и к причинению вреда. Таким образом, в рамках риск-ориентированной модели государственного контроля в сфере охраны здоровья, отрицательными факторами, предотвратить которые призваны профилактические мероприятия, являются причинение вреда жизни и здоровью граждан и нарушение обязательных требований при осуществлении медицинской и фармацевтической деятельности.

В сфере юриспруденции профилактика, в том числе в силу соответствующих норм Закона № 182-ФЗ, подразделена на два вида: индивидуальную и общую, что созвучно общезвестной классификации медицинской профилактики: массовая (популяционная), групповая и индивидуальная.

Положениями о контроле в сфере медицинской деятельности и обращения лекарственных средств установлен закрытый перечень следующих профилактических мероприятий, которые по отношению к медицинским организациям, а также специфике воздействия, можно условно разделить на три группы:

- 1-я группа: административно-правовые индивидуальные (объявление предостережения) и групповые (проведение обязательного профилактического визита);
- 2-я группа: информационно-правовые индивидуальные (консультирование, проведение профилактического визита, не относящегося к обязательным) и массовые (информирование);
- 3-я группа: массовые информационно-аналитические (обобщение правоприменительной практики).

При этом своеобразным парадоксом является наличие следующих элементов дублирования. Например, усматривается значительное правовое сходство между обязательным профилактическим визитом и таким контрольным (надзорным) мероприятием, как плановая выездная проверка — оба они подлежат планированию, имеют почти одинаковый набор контрольных (надзорных) действий, по их результатам составляется соответствующий акт, а при наличии оснований — предписание об устранении выявленных нарушений. Основное различие между ними в том, что в силу ограничений статьи 28.1 Кодекса РФ об административных правонарушениях исключается возбуждение дела об административном правонарушении по итогам обязательного профилактического визита. Отмечается частичное совпадение мер, предусмотренных для профилактического визита и консультирования —

информирование об обязательных требованиях в сфере охраны здоровья или обращения лекарственных средств. В целом индивидуальный характер консультирования во многом предопределяет тождество данного особого вида профилактического мероприятия с ранее утверждёнными процедурами проведения личных приёмов, а также рассмотрения обращений, установленных Федеральным законом от 02.05.2006 № 59-ФЗ «О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации». Основное отличие — специальные запреты, предусмотренные для консультирования в части формы и объёма предоставляемой информации. Обращает на себя внимание сходное содержание условий «малозначительности», предусмотренных в административном праве, с предусмотренными Законом о контроле критериями объявления предостережения (формальное наличие нарушений, сопровождающиеся фактически отсутствующей угрозой или фактом наступления вреда здоровью пациента или медицинского работника).

Также обращает на себя внимание несовпадение приоритетов профилактических мероприятий, содержащихся в «Правилах программы профилактики», а также в «Положениях о контроле в сфере медицинской деятельности и обращения лекарственных средств». В первом случае указано, что профилактические мероприятия должны быть ориентированы на решение конкретных проблем. Во втором — данная конкретизация отсутствует, а требования к содержанию профилактических мероприятий в большей степени отсылают к общим правилам Закона о контроле.

Обсуждение

Правоприменительная практика Конституционного суда РФ указывает на то, что отсутствие определений для терминов, установленных нормативными правовыми актами, не всегда означает правовую неопределенность, в том числе в связи с возможностью системного толкования — использования норм иных отраслей права. В то же время термин «профилактика» широко используется в различных сферах законодательства в разных контекстах. Наличие отдельных вышеуказанных тождественных элементов профилактических, а также контрольно-надзорных мероприятий потенциально затрудняет истолкование соответствующих различий в части их нормативного содержания.

Соответственно для обеспечения единообразного понимания различных составляющих государственного контроля (надзора), осуществляемого в отношении медицинских и фармацевтических организаций, представляется целесообразным законодательное закрепление основных понятий, касающихся профилактических мероприятий. В частности, возможно предложить следующие определения применительно к лицам, осуществляющим медицинскую деятельность и обращение лекарственных средств.

Профилактические мероприятия в сфере охраны здоровья — сочетание применяемых на индивиду-

альном, групповом и массовом уровнях совокупности мер, направленных на предупреждение как противоправного поведения медицинских организаций, так и факторов, способствующих возникновению и распространению нарушений обязательных требований в сфере охраны здоровья и (или) причинению вреда здоровью пациентов и медицинских работников.

Информирование — вид профилактических мероприятий, применяемый на массовом уровне, направленный на формирование надлежащей осведомленности подконтрольных лиц об особенностях правового регулирования медицинской деятельности, а также обращения лекарственных средств, включая сведения о перечне нормативно-правовых актов и содержании обязательных требований, а также поддержание императива добросовестного поведения, посредством размещения на официальном сайте контрольного (надзорного) органа в сети «Интернет» и в иных установленных формах, сведений, предусмотренных Законом о контроле, а также положениями о видах федерального государственного контроля (надзора).

Консультирование — вид профилактических мероприятий, применяемый на индивидуальном уровне, направленный на повышение уровня правовой грамотности медицинских и фармацевтических организаций, заключающийся в предоставлении данных о конкретных правовых актах и содержащихся в них обязательных требованиях, а также иных аспектах государственного контроля (надзора) посредством применения информационно-правовых мер.

Обобщение правоприменительной практики — вид профилактических мероприятий, применяемый на массовом уровне, предусматривающий применение информационно-аналитических мер, состоящих в ежегодном мониторинге, анализе и представлении результатов контрольной (надзорной) деятельности, направленный на информирование контролируемых лиц о наиболее массовых видах нарушений обязательных требований в сфере охраны здоровья, факторах, способствующих их возникновению, соответствующей правоприменительной практике судов и органов, уполномоченных рассматривать дела об административных правонарушениях.

Объявление предостережения — вид профилактических мероприятий, применяемый на индивидуальном уровне, направленный на недопущение распространения противоправного поведения, посредством применения административно-правовых мер, заключающихся в уведомлении медицинской организации о наличии у контрольно-надзорного органа данных о факте или высокой вероятности несоблюдения обязательных требований, в том числе относящихся к малозначительным, с приложением перечня рекомендаций о правомерных способах обеспечения добросовестного поведения.

Обязательный профилактический визит — вид профилактических мероприятий, применяемый на групповом уровне (в отношении организаций, отно-

сящихся к определённой категории риска причинения вреда), направленный на раннее выявление и предупреждение неблагоприятных последний нарушения обязательных требований в медицинской деятельности, а также сфере обращения лекарственных средств, посредством применения административно-правовых мер, заключающихся в том числе в проведении контрольных (надзорных) действий, и выдачи соответствующих предписаний об устранении выявленных нарушений.

Профилактический визит, не относящийся к обязательным профилактическим визитам, — вид профилактических мероприятий, применяемый на индивидуальном уровне, направленный на разъяснение подконтрольному лицу определённых обязательных требований и особенностей управления рисками причинения вреда применительно к медицинской и/или фармацевтической деятельности посредством применения информационно-правовых мер.

Заключение

Любой из предусмотренных законодательством видов профилактики, в общем виде заключающихся в определённых действиях, направленных на предупреждение конкретного негативного явления (будь то заболевание или правонарушение), по сути является частью системы управления рисками. При этом методология профилактики, параллельно разрабатывающаяся в сфере экономики и здравоохранения, во многом одинакова, что свидетельствует о единых базовых принципах, потенциально применимых в сфере государственного контроля (надзора). Например, несомненным достижением является разделение медицинской профилактики на первичную (предупреждение заболеваний) и вторичную (предупреждение обострения или развития осложнений уже имеющихся заболеваний) [7]. Как следствие целесообразен тезис о том, что и профилактические мероприятия, применяемые в рамках государственного контроля (надзора) в отношении медицинских и фармацевтических организаций, также должны быть разделены на первичные (направленные на предупреждение нарушений обязательных требований) и вторичные (направленные на раннее выявление и прекращение уже имеющихся нарушений). В данном контексте на своё место становится проведение осмотров или экспертиз, или истребование документов, или иных контрольных (надзорных) действий в рамках обязательного профилактического визита, что не всегда находит понимание среди правоведов [8].

Нормами Закона о контроле предусмотрена необходимость установления допустимых уровней риска, следовательно нецелесообразно «распылять» усилия контрольных (надзорных) органов на профилактику всех возможных нарушений обязательных требований в сфере охраны здоровья. В научной медицинской литературе определены риски, характерные для медицинской деятельности [9], а также для сферы обращения лекарственных средств [10]. В данном контексте представляется обоснован-

ным конкретизировать (например, на уровне программ профилактики) перечень наиболее массовых, а также социально значимых нарушений обязательных требований при осуществлении медицинской или фармацевтической деятельности и соответствующий перечень рекомендованных профилактических мероприятий.

Заслуживает внимания раздел стратегического управления рисками посредством метода декомпозиции и построения иерархической структуры рисков на примере модели пирамиды, где на вершине находится стратегическая цель, на первом уровне — факторы, напрямую предопределяющие достижение цели, на каждом последующем уровне — факторы, от которых зависит вышележащий уровень. В настоящее время Президентом РФ, а также Правительством РФ утверждён ряд национальных проектов, в том числе «Продолжительная и активная жизнь», с определёнными основными показателями, которые можно рассматривать как стратегические цели. Представляется целесообразным возможное дополнение действующих программ профилактики разделами, содержащими перечень стратегических целей в сфере охраны здоровья, с построением иерархической структуры рисков первого-второго уровней и определением соответствующего перечня профилактических мероприятий.

В комплексе применение вышеуказанных предложений позволит обеспечить единообразное толкование и применение различных профилактических мероприятий, а также учесть специфику сферы здравоохранения, включая опыт управления рисками.

ЛИТЕРАТУРА

1. Карицкая А. А. Дефекты механизма профилактики административных правонарушений в контексте реформы контрольно-надзорной деятельности // Журнал российского права. 2024. № 7. С. 148—160.
2. Башлаков-Николаев И. В. Административная ответственность в сфере конкуренции: проблемы и пути их устранения // Конкурентное право. 2025. № 1. С. 10—13.
3. Евдокимов А. С., Сергун П. П. Система профилактических мероприятий, применяемых при осуществлении государственного контроля (надзора): оценка регулирующего воздействия // Административное право и процесс. 2023. № 7. С. 53—59.
4. Батарин А. А. Оперативный контроль в системе государственного контроля (надзора): проблемы реализации и пути повышения эффективности // Вестник Санкт-Петербургского государственного университета. Право. 2024. № 4. С. 974—992.

Вклад авторов: все авторы сделали эквивалентный вклад в подготовку публикации.
Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Contribution of the authors: the authors contributed equally to this article.
The authors declare no conflicts of interests.

Статья поступила в редакцию 26.05.2025; одобрена после рецензирования 18.06.2025; принятая к публикации 06.11.2025.
The article was submitted 26.06.2025; approved after reviewing 18.06.2025; accepted for publication 06.11.2025.

5. Винокурова М. А. Причины и условия, способствующие совершению нарушений обязательных требований в сфере оказания качественной медицинской помощи // Вестник Нижегородского университета им. Н. И. Лобачевского. 2019. № 4. С. 93—97.
6. Винокурова М. А., Майорова Е. Н. Модель системы профилактики нарушений при осуществлении государственного контроля (надзора) // Юридическая наука и правоохранительная практика. 2023. № 3. С. 24—31.
7. Серегина И. Ф., Драпкина О. М., Колоколов А. В. и др. Проблемные вопросы качества проведения диспансеризации и профилактических медицинских осмотров взрослого населения и пути их решения // Вестник Росздравнадзора. 2020. № 5—1. С. 51—59.
8. Переседов А. М. Институт превенции в законодательстве о контроле (надзоре) // Административное право и процесс. 2021. № 12. С. 51—54.
9. Кузьмина М. А., Зуев А. В., Сертакова О. В. Проблемы обеспечения внутреннего контроля качества и безопасности медицинской помощи населению // Ремедиум. 2023. Т. 27, № 1. С. 36—41.
10. Кузнецова Е. В., Журавлева М. В., Михайлов И. А., Хабриев Р. У. Анализ факторов риска лекарственной безопасности в медицинских организациях города Москвы в 2020—2022 годах // Ремедиум. 2024. Т. 28, № 1. С. 4—9.

REFERENCES

1. Karitskaya A. A. Defects in the mechanism of prevention of administrative offenses in the context of the reform of control and supervisory activities. *Journal of Russian Law*. 2024;(7):148—160.
2. Bashlakov-Nikolaev I. V. Administrative liability in competition: problems and solutions. *Competition Law*. 2025;(1):10—13.
3. Evdokimov A. S., Sergun P. P. The system of preventive measures applied in carrying out of state control (supervision): an evaluation of the regulatory impact. *Administrative law and process*. 2023;(7):53—59.
4. Batarin A. A. Operational control in the system of state control (supervision): Implementation problems and ways to improve efficiency. *Vestnik of Saint Petersburg University. Law*. 2024;(4):974—992.
5. Vinokurova M. A. Causes and conditions contributing to the commission of violations of mandatory requirements in the field of rendering quality health care services. *Vestnik of Lobachevsky State University of Nizhni Novgorod*. 2019;(4):93—97.
6. Vinokurova M. A., Mayorova E. N. Model of the system of preventing violations when implementing the state control (supervision). *Legal Science and Law Enforcement Practice*. 2023;(3):24—31.
7. Seregina I. F., Drapkina O. M., Kolokolov A. V. et all Quality issues of preventive and prophylactic medical examinations of adult population and feasible solutions. *Vestnik Roszdravnadzora*. 2020;(5—1):51—59.
8. Peresedov A. M. The Institution of Prevention in Laws on Control (Supervision). *Administrative law and process*. 2021;(12):51—54.
9. Kuzmina M. A., Zuev A. V., Sertakova O. V. Problems of ensuring internal quality control and safety of medical care to the population. *Remedium*. 2023;27(1):36—41.
10. Kuznetsova E. V., Zhuravleva M. V., Mikhailov I. A., Khabriev R. U. Analysis of drug safety risk factors in medical organizations of Moscow in 2020—2022 years. *Remedium*. 2024;28(1):4—9.

Медицинские и фармацевтические кадры: проблемы и пути решения

Научная статья

УДК 614.2

doi:10.32687/1561-5936-2025-29-4-407-412

Роль квалификации медицинских работников в обеспечении эффективного функционирования системы здравоохранения

Анастасия Викторовна Гажева¹, Назир Шихмизаевич Сархадов²

¹Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента, Москва, Россия;

²Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н. А. Семашко, г. Москва, Российская Федерация

GazhevaAV@zdrav.mos.ru <https://orcid.org/0000-0003-2665-5606>
Uro-sarkhadov@mail.ru <https://orcid.org/0009-0004-3528-4733>

Аннотация. Квалификационный уровень медицинских работников является ключевым фактором, определяющим эффективность функционирования системы здравоохранения. В данной статье анализируется влияние профессиональной подготовки медицинского персонала на качество оказания медицинской помощи. Особое внимание уделено различным аспектам квалификации специалистов — от уровня теоретических знаний до практических умений, обеспечивающих надлежащее выполнение профессиональных обязанностей. Современное здравоохранение находится под воздействием стремительного развития технологий и внедрения инновационных методов лечения, что обуславливает необходимость постоянного совершенствования профессиональных компетенций и систематического повышения квалификации медицинских работников. В статье рассматривается значимость концепции непрерывного образования, которая становится неотъемлемой частью профессиональной деятельности медицинских работников, что, по мнению авторов, становится особенно важным в условиях быстро меняющейся медицинской среды, где новые исследования и разработки требуют от врачей постоянного обновления знаний и адаптации к инновациям. Итоги проведённого исследования подчёркивают, что инвестиции в повышение квалификации медиков оказывают многогранное влияние, приводя не только к улучшению качества лечебного процесса, но и к оптимизации организационных аспектов в здравоохранении.

Ключевые слова: квалификация; медицинские работники; система здравоохранения; непрерывное образование; инвестиции в образование

Для цитирования: Гажева А. В., Сархадов Н. Ш. Роль квалификации медицинских работников в обеспечении эффективного функционирования системы здравоохранения // Ремедиум. 2025. Т. 29, № 4. С. 407—412. doi:10.32687/1561-5936-2025-29-4-407-412

Medical and pharmaceutical personnel: problems and solutions

Original article

The role of the qualifications of medical professionals in ensuring the effective functioning of the healthcare system

Anastasiya V. Gazheva¹, Nazir Sh. Sarkhadov²

¹Scientific Research Institute of Healthcare Organization and Medical Management, Moscow, Russia;

²N. A. Semashko National Research Institute of Public Health, Moscow, Russia

GazhevaAV@zdrav.mos.ru <https://orcid.org/0000-0003-2665-5606>
Uro-sarkhadov@mail.ru <https://orcid.org/0009-0004-3528-4733>

Annotation. The qualification of medical professionals is one of the most important components of the effective functioning of the healthcare system. This article examines the impact of the level of qualification of medical workers on the quality of medical services provided. The main focus of the work is the analysis of various aspects related to the role of the qualification of medical personnel, including not only theoretical training, but also practical skills that are necessary for the successful performance of professional duties. Modern healthcare is significantly influenced by new technologies and medical practices, which makes the issue of professional development relevant. The article examines the importance of the concept of continuing education, which is becoming an integral part of the professional activities of medical professionals, which, according to the author, becomes especially important in a rapidly changing medical environment, where new research and development require doctors to constantly update knowledge and adapt to innovations. The results of

the study emphasize that investments in advanced medical training have a multifaceted impact, leading not only to an improvement in the quality of the treatment process, but also to an optimization of organizational aspects in healthcare.

Keywords: qualifications; medical workers; healthcare system; continuing education; investments in education

For citation: Gazheva A. V., Sarkhadov N. S. The role of qualifications of medical workers in ensuring the effective functioning of the healthcare system. *Re-medium*. 2025;29(4):407–412. (In Russ.). doi:10.32687/1561-5936-2025-29-4-407-412

Введение

Здравоохранение представляет собой сложную и многогранную систему, в которой взаимодействуют различные компоненты — от пациентов и медицинских работников до учреждений и государственной политики — и, являясь неотъемлемой частью общества, напрямую влияет на его благосостояние. В рамках многопрофильной структуры здравоохранения квалифицированные медицинские кадры выступают в качестве ключевого элемента, обеспечивающего эффективное функционирование всех компонентов [1]. Квалификация медицинских работников затрагивает не только их теоретическую подготовку, но и практические навыки, а также способность адаптироваться к изменяющимся условиям и требованиям времени.

В условиях стремительного развития медицинских знаний, внедрения новых технологий и изменения профиля заболеваний требуется высокий уровень профессиональной подготовки медицинских кадров, что становится важнейшим условием для обеспечения не только качественного обслуживания пациентов, но и успешной диагностики и лечения. Квалифицированные специалисты способны не только применять современные методы и технологии, но и принимать обоснованные решения, руководствуясь последними медицинскими исследованиями и рекомендациями, что непосредственно сказывается на качестве жизни населения [2].

Актуальность темы квалификации медицинских работников становится особенно очевидной на фоне глобальных вызовов, таких как старение населения, изменение экологических условий и появление новых патологий. Цель данной статьи заключается в изучении роли и значимости квалификации медицинских работников в современных условиях системы здравоохранения.

Обзор литературы

В рамках написания научной статьи были исследованы разнообразные литературные источники, которые охватывают ключевые аспекты квалификации медицинских работников и их влияния на систему здравоохранения. Начинается обзор с фокусировки на фундаментальных работах, таких как исследования, выявляющие важность квалифицированного медицинского персонала для эффективного функционирования здравоохранения. Одним из таких источников является работа Е. А. Величко и соавт., в которой обсуждается корреляция между уровнем подготовки врачей и исходами лечения пациентов, что подчёркивает значимость квалификации для повышения качества медицинских услуг. Также важным источником данных стали публика-

ции официальных статистических органов, например, отчёты Федеральной службы государственной статистики о состоянии трудоизнанности и квалификации медицинского персонала, которые предоставляют количественные данные, необходимые для анализа динамики изменения квалификации кадров в здравоохранении. Кроме того, в обзоре использованы работы, посвящённые управлению человеческим капиталом в здравоохранении, которые акцентируют внимание на необходимости создания системного подхода к подготовке медицинских работников и их постоянному обновлению знаний. Также следует отметить наличие специализированных изданий, например, сборники материалов конференций, где обсуждаются современные управлочные технологии и практики, направленные на оптимизацию работы медицинских учреждений и повышение квалификации их сотрудников.

Материалы и методы

Для изучения влияния квалификации медицинских работников на качество медицинских услуг и функционирование системы здравоохранения в настоящем исследовании использовался комплексный подход, включающий как количественные, так и качественные методы анализа. К количественным данным, собранным в рамках исследования, относятся официальные статистические показатели, опубликованные Министерством здравоохранения РФ, которые позволили установить динамику изменений медицинских работников, а также определить общий уровень квалификации, представленный по различным категориям. К качественным данным относились результаты вторичного анализа исследований, проведённых другими авторами. Сопоставление данных из различных источников стало основой для сравнения и выявления статистически значимых взаимосвязей. Важным элементом методологии исследования стал статистический анализ, который использовался для обработки количественных данных. Таким образом, комплексный подход, использованный в исследовании, позволил глубже разобраться в роли квалификации медицинских работников в обеспечении высокого качества медицинских услуг и оптимизации работы системы здравоохранения, что в свою очередь подчёркивает важность текущих инвестиций в их профессиональное образование и развитие.

Результаты

Качество медицинских услуг, безусловно, является важнейшей составляющей успешной работы системы здравоохранения и играет критическую роль в обеспечении безопасности и благополучия пациентов [3]. Качество медицинской помощи можно

оценивать по трем основным компонентам: структурному, технологическому и результативному [4], каждый из которых имеет свои специфические аспекты и критерии, которые в совокупности позволяют получить полное представление о качестве оказания медицинских услуг.

Структурный компонент качества включает в себя все ресурсы и условия, необходимые для оказания медицинской помощи, а именно: доступность медицинских учреждений, наличие необходимого оборудования, количество и квалификацию медицинского персонала, а также организацию внутренней инфраструктуры. Наличие эффективных структурных компонентов системы здравоохранения обеспечивает доступность и безопасность медицинской помощи для пациентов. В частности, современное диагностическое оборудование и высокий уровень профессиональной подготовки медицинского персонала являются решающими факторами, определяющими качество и результативность лечения.

Технологический аспект деятельности медицинских организаций связан с процессом оказания помощи и включает используемые методы диагностики и терапии, клинические протоколы, а также соблюдение установленных стандартов, направленных на повышение безопасности пациентов. Существенное значение в этом контексте приобретает внедрение принципов доказательной медицины — применение наиболее эффективных и научно обоснованных методов диагностики и лечения, подтверждённых результатами клинических исследований. Кроме того, технологический компонент предполагает системное управление процессами оказания медицинской помощи, что позволяет снижать риск ошибок, обеспечивать стабильное качество услуг и предсказуемость клинических исходов.

Результативный компонент, в свою очередь, связан с конечными результатами медицинского вмешательства и включает в себя как краткосрочные, так и долгосрочные исходы лечения пациентов, такие как уровень выздоровления, качество жизни после вмешательства, степень удовлетворённости пациентов и их семей, а также показатели снижения заболеваемости и смертности. Результаты помогают не только оценить эффективность предоставляемых услуг, но и выявить области для улучшения.

Эти три компонента действуют в единой системе, и их взаимосвязь критически важна для обеспечения высокого качества медицинской помощи. Так, успешное лечение (результативный компонент) часто зависит от наличия соответствующих ресурсов и кадрового обеспечения (структурный компонент) и от правильного применения методов лечения (технологический компонент). При низком уровне структурного компонента сложно обеспечить необходимый уровень технологического компонента и, как следствие, неблагоприятные результаты.

Следовательно, возможно предположить, что высокий уровень качества структурного компонента является потенциальной возможностью предоставления высокого уровня качества технологии и результата, вследствие чего одним из ключевых

факторов, влияющих на качество, является квалификация медицинских работников. Данный аспект охватывает не только базовое образование, но и постоянное профессиональное развитие, которое позволяет врачам и медсёстрам оставаться в курсе последних достижений и технологий в области медицины.

Результаты исследования авторов Е. А. Величко, Н. П. Истомина и А. Ю. Некрасова доказывают, что что уровень подготовки медицинского персонала напрямую коррелирует с исходами лечения: «Врачи хирургических специальностей с большим стажем работы, категорией, имеющие учёную степень или учёное звание, при работе учитывают гораздо большее количество факторов, влияющих в итоге на качество оказания стационарной медицинской помощи» [5].

Автор согласна, что высококвалифицированные специалисты, обладая глубокими знаниями и практическими навыками, могут более точно устанавливать диагнозы и выполнять хирургические вмешательства.

Также стоит отметить важность адаптивности квалифицированных медицинских работников в условиях непредсказуемости клинических ситуаций [5]. Они способны быстро реагировать на изменения состояния пациента и корректировать подходы к лечению, что особенно важно в экстренных условиях. К тому же высокая квалификация медицинских работников позволяет минимизировать количество потенциальных ошибок, что немаловажно для обеспечения безопасности пациентов.

Кроме того, квалифицированные медики обладают развитыми навыками коммуникации, что значительно улучшает взаимодействие с пациентами. Эффективное общение создаёт атмосферу доверия и способствует более глубокому пониманию пациентами своего состояния и процесса лечения [5], что в свою очередь приводит к повышению уровня удовлетворённости пациентов и их приверженности к назначенному терапии.

Таким образом, влияние квалификации медицинских работников на качество медицинских услуг является многофакторным процессом, который затрагивает все аспекты взаимодействия между врачом и пациентом.

Рассмотрим распределение численности врачей по квалификационным категориям в 2010—2022 гг. в организациях системы Минздрава России согласно данным официальной статистики.

За исследуемый период наблюдается значительное снижение числа врачей с первой квалификационной категорией. В 2010 г. этот показатель составлял 18%, а к 2022 г. он снизился до 10%, что может указывать на дефицит специалиста с первой квалификацией, и потенциально может негативно сказаться на общем качестве медицинского обслуживания, если не будет принято своевременных мер для повышения квалификации.

Показатели по второй квалификационной категории остаются на низком уровне и не изменяются с 2010 г. — все годы фиксируется 4%, что может гово-



Рис. 1. Распределение численности врачей по квалификационным категориям в 2010—2022 гг. в организациях системы Минздрава России, %.

Федеральная служба государственной статистики. Здравоохранение в России 2023. URL: <https://rosstat.gov.ru/storage/mediabank/Zdravoohran-2023.pdf> (дата обращения: 21.12.2024).

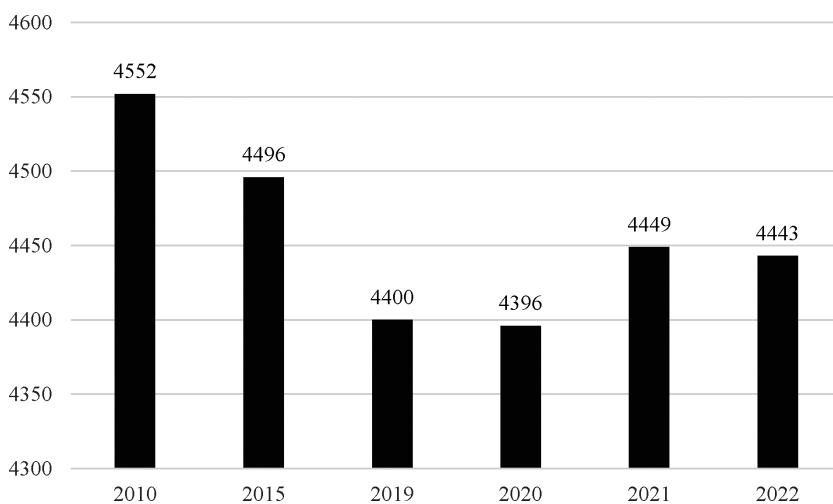


Рис. 2. Среднегодовая численность занятых в здравоохранении в 2010—2022 гг., тысяч человек.

Федеральная служба государственной статистики. Здравоохранение в России 2023. URL: <https://rosstat.gov.ru/storage/mediabank/Zdravoohran-2023.pdf> (дата обращения: 21.12.2024).

рить о недостаточной привлекательности данной категории для врачей, а также о возможном недостаточном внимании к системе, которая направлена на повышение квалификации в данной области.

Таким образом, улучшение образовательных программ, регулярное повышение квалификации, а также внедрение стандартов эффективной практики являются ключевыми шагами к повышению качества здравоохранения в целом.

В настоящее время непрерывное образование и профессиональное развитие в сфере здравоохранения становятся настоятельной необходимостью в условиях стремительных изменений в медицине, технологий и лечебных практиках. Для решения проблем, связанных с необходимостью непрерывного образования в здравоохранении, автор предлагает несколько подходов и стратегий, направленных на улучшение системы профессиональной подготовки и повышения квалификации медицинских специалистов.

Во-первых, акцент на внедрение программ непрерывного медицинского образования, которые должны быть обязательными для врачей и медсестёр, становится первоочередной задачей.

Во-вторых, необходимо создание платформ для обмена знаниями и опытом среди медицинских работников. Это может осуществляться через профессиональные сообщества, конференции, семинары и вебинары, которые способствуют обсуждению актуальных вопросов здравоохранения, новых технологий и методов лечения.

Третьим аспектом является необходимость интеграции новых технологий в процесс обучения, например: использование современных инструментов, таких как симуляторы, виртуальная и дополненная реальность, что может значительно улучшить качество образования и предоставить врачам возможность безопасно тренироваться в сложных клинических ситуациях.

Кроме того, автор рекомендует развивать программы менторства и профессиональной поддержки для более молодых специалистов, т. к. именно опытные врачи и медсестры могут играть ключевую роль в обучении и наставничестве, передавая свои знания и опыт, что сделает процесс обучения более персонализированным и эффективным.

Наконец, для повышения уровня квалификации медицинских работников необходима поддержка со стороны государственных и частных учреждений, которая может проявляться в виде финансирования образовательных программ, создания благоприятных условий для участия в курсах повышения квалификации и обеспечения доступа к ресурсам, необходимым для профессионального роста.

Следовательно, непрерывное образование в здравоохранении должно стать основой, отвечающей требованиям времени и потребностям пациентов, при которой использование многогранного подхода поможет сформировать высококвалифицированную медицинскую помощь, которая будет соответствовать современным вызовам и поддерживать профессиональный уровень медицинских работников на должной высоте.

Обсуждения

На федеральном уровне разработан проект «Обеспечение медицинских организаций системы здравоохранения квалифицированными кадрами», направленный на выполнение целей Указа № 474²⁹. Проект сосредотачивается на решении одной из наиболее актуальных проблем в сфере здравоохранения.

нения — кадровом дефиците, особенно в области первичной медико-санитарной помощи.

По мнению авторов И. Л. Попова и В. В. Тонконог: «Уменьшение числа работников в этой сфере может привести к снижению качества медицинского обслуживания, увеличению нагрузки на оставшихся специалистов и ухудшению доступности медицинской помощи для населения» [6]. Данные официальной статистики подтверждают снижение числа занятых в здравоохранении (рис. 2).

Исходя из данных, представленных на рис. 2, в 2010 г. среднегодовая численность занятых в здравоохранении составила 4552 тыс. человек. С течением времени наблюдается общая тенденция к незначительному снижению численности: к 2015 г. количество занятых сократилось до 4496 тыс. человек, продолжая снижаться и в последующие годы, и к 2019 г. численность занятых достигла 4400 тыс. человек, что является наименьшим показателем за рассматриваемый период.

В 2020 г., когда мир столкнулся с пандемией COVID-19, численность занятых в здравоохранении составила 4396 тыс. человек, что немного ниже, чем в 2019 г., тем не менее в 2021 г. наблюдается рост до 4449 тыс. человек, который может быть обусловлен увеличением числа работников, привлечённых для борьбы с пандемией, и улучшением состояния системы здравоохранения. В 2022 г. среднегодовая численность занятых вновь снизилась до 4443 тыс. человек, что является относительной стабильностью, но показывает, что количественный состав в сфере здравоохранения не восстановился до уровня 2010 г.

В целом, можно отметить, что в рассматриваемый период наблюдается динамика, которая свидетельствует о некоторых колебаниях численности, занятых в здравоохранении, о чём свидетельствуют периодические спады, указывающие, по мнению автора, на структурные проблемы в системе, а также на реформистские процессы, влияющие на кадровый состав.

Отрицательная динамика, приводящая к кадровому дефициту, существенно влияет на качество оказываемой помощи, где важнейшим аспектом решения этой проблемы является необходимость подготовки и дальнейшего повышения квалификации медицинских работников.

Проект предполагает внедрение системы непрерывного образования, что позволяет медицинским специалистам поддерживать свои знания и навыки на актуальном уровне, учитывая постоянно изменяющиеся условия в медицине и новые технологические достижения. Кроме того, использование дистанционных образовательных технологий открывает новые горизонты для обучения, что даёт возмож-

ность специалистам получить знания в удобное для них время и в комфортной обстановке.

Возможно заключить, что в настоящее время реализация федерального проекта «Обеспечение медицинских организаций системы здравоохранения квалифицированными кадрами» направлена не только на достижение высокого уровня квалификации медицинских специалистов, но и на создание возможностей для их непрерывного профессионального роста, соответствующего как личным амбициям, так и потребностям организации.

Возможно заключить, что формирование культуры непрерывного образования среди медицинских работников становится ключевым фактором для поддержания высокого уровня здоровья населения. Создание среды, в которой обучение рассматривается как неотъемлемая часть профессиональной деятельности, способствует повышению мотивации сотрудников. Кроме того, такая культура способствует поддержанию стандарта качества медицинских услуг и повышению уровня ответственности медработников перед пациентами.

Важно сказать, что квалификация медицинских работников играет ключевую роль в формировании и функционировании системы здравоохранения в целом, поскольку от уровня подготовки и знаний специалистов зависит не только качество медицинских услуг, но и экономическая эффективность всей системы. Вложения в образование и профессиональное развитие медиков имеют множество положительных последствий, которые напрямую отражаются на экономике здравоохранения.

Во-первых, высококвалифицированные специалисты способны более точно диагностировать болезни и назначать соответствующее лечение, что снижает вероятность ошибок и необходимость в повторных госпитализациях, тем самым сокращая расходы на лечение, которые несут как пациенты, так и система здравоохранения в целом [5]. При этом снижение числа повторных обращений не только экономит средства, но и повышает уровень доверия к медицинским услугам.

Во-вторых, обучение и развитие медицинских работников способствуют внедрению новых методов лечения и современного оборудования, что ведёт к более эффективному использованию ресурсов здравоохранения [3]. Образованные специалисты могут оптимизировать процессы, регулирующие расходные материалы и использование медицинской техники, что также приводит к снижению издержек, более того, они способны внедрять инновационные подходы в управление здоровьем населения, что способствует улучшению общественного здоровья и снижению долговременных затрат.

Преимущества инвестиций в обучение медицинских работников трудно переоценить, но стоит отметить, что они проявляются в долгосрочной перспективе. Сильная профессиональная база позволяет создать устойчивую и адаптивную систему здравоохранения, готовую к новым вызовам, что в свою очередь способствует улучшению здоровья населения, создаёт более продуктивную рабочую силу и

²⁹ Министерство здравоохранения Российской Федерации. Федеральный проект «Обеспечение медицинских организаций системы здравоохранения квалифицированными кадрами». URL: <https://minzdrav.gov.ru/poleznye-resursy/natsproektzdravoohranenie/kadry> (дата обращения: 24.12.2024).

ведёт к улучшению экономических показателей страны.

Следовательно, влияние квалификации медицинского персонала на экономику здравоохранения высоко. Инвестиции в образование могут стать катализатором для стандартов качества, доступности и устойчивости, которые необходимы для эффективного функционирования системы. Чем выше уровень квалификации медицинских работников, тем больше шансов на формирование качественно нового подхода к здравоохранению, что в долгосрочной перспективе приведёт к улучшению здоровья и благосостояния всего населения.

Заключение

Таким образом, квалификация медицинских работников является краеугольным камнем, обеспечивающим эффективное функционирование системы здравоохранения. Высокий уровень профессиональной подготовки позволяет минимизировать ошибки в диагностике и лечении, увеличивает уровень доверия со стороны пациентов и создаёт условия для общественного здоровья.

Непрерывное образование и индивидуальное стремление медицинских работников к повышению своей квалификации становятся необходимостью в условиях быстро меняющейся среды.

Инвестиции в образование медицинского персонала — это не только путь к улучшению качества медицинских услуг, но и важный шаг в сторону оптимизации всей системы здравоохранения.

Таким образом, для достижения высоких стандартов медицинского обслуживания следует уделять особое внимание квалификации медицинских работников, развивая и поддерживая её в рамках системы непрерывного образования.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ананченкова П. И., Тимченко Т. Н., Тонконог В. В. Неравенство в здравоохранении и проблема доступности лекарственных средств: роль медицинского туризма. М., 2024. 114 с.
2. Бякерев М. А., Кolesnev A. A., Tonkonog V. V. Risk-management in medical organizations. In: *Paradigms of social and economic processes in Russia and trends in their transformation: a collection of materials of the All-Russian scientific and practical conference dedicated to the 105th anniversary of the Financial University under the Government of the Russian Federation and the 30th anniversary of the Novorossiysk branch Financial University (Novorossiysk, March 21, 2024)*. Krasnodar; 2024:79—83. (In Russ.)

Вклад авторов: все авторы сделали эквивалентный вклад в подготовку публикации.
Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Contribution of the authors: the authors contributed equally to this article.
The authors declare no conflicts of interests.

Статья поступила в редакцию 26.05.2025; одобрена после рецензирования 18.06.2025; принятая к публикации 06.11.2025.
The article was submitted 26.06.2025; approved after reviewing 18.06.2025; accepted for publication 06.11.2025.

экономических процессов России и тенденции их трансформации: сборник материалов Всероссийской научно-практической конференции, посвященной 105-летию Финансового университета при Правительстве РФ и 30-летию Новороссийского филиала Финансового университета (Новороссийск, 21 марта 2024 года). Краснодар; 2024. С. 79—83.

3. Ананченкова П. И., Тонконог В. В. Некоторые вопросы управления человеческим капиталом в здравоохранении // Труды научно-исследовательского института организации здравоохранения и медицинского менеджмента: сборник научных трудов. М.; 2023. С. 240—244.
4. Попович В. К., Шикина И. Б., Турчиев А. Г., Бакланова Т. Н. Роль медицинских кадров при реализации политики в области качества медицинской помощи // Социальные аспекты здравоохранения. 2011. № 1. С. 15.
5. Величко Е. А., Истомин Н. П., Некрасов А. Ю. Социологический опрос как инструмент, влияющий на оценку качества оказания медицинской помощи хирургических отделений многопрофильных стационаров // Социальные аспекты здравоохранения. 2018. № 4. С. 2.
6. Попов И. Л., Тонконог В. В. Современные аспекты кадрового потенциала сферы здравоохранения // Труд и социальные отношения. 2024. Т. 35, № 3. С. 51—61.

REFERENCES

1. Ananchenkova P. I., Timchenko T. N., Tonkonog V. V. Inequality in healthcare and the problem of accessibility of medicines: the role of medical tourism. Moscow; 2024. 114 p. (In Russ.)
2. Byakerev M. A., Kolesnev A. A., Tonkonog V. V. Risk management in medical organizations. In: *Paradigms of social and economic processes in Russia and trends in their transformation: a collection of materials of the All-Russian scientific and practical conference dedicated to the 105th anniversary of the Financial University under the Government of the Russian Federation and the 30th anniversary of the Novorossiysk branch Financial University (Novorossiysk, March 21, 2024)*. Krasnodar; 2024:79—83. (In Russ.)
3. Ananchenkova P. I., Tonkonog V. V. Some issues of human capital management in healthcare. In: *Proceedings of the Scientific Research Institute of Healthcare Organization and Medical Management: Collection of scientific papers*. Moscow; 2023:240—244. (In Russ.)
4. Popovich V. K., Shikina I. B., Turchiev A. G., Baklanova T. N. The role of medical personnel in the implementation of policy in the field of quality of medical care. *Social aspects of public health*. 2011;(1):15. (In Russ.)
5. Velichko E. A., Istomin N. P., Nekrasov A. Yu. Sociological survey as a tool influencing the assessment of the quality of medical care in surgical departments of multidisciplinary hospitals. *Social aspects of public health*. 2018;(4):2. (In Russ.)
6. Popov I. L., Tonkonog V. V. Modern aspects of the personnel potential of the healthcare sector. *Labor and social relations*. 2024;35(3):51—61.

Научная статья

УДК 614.2

doi:10.32687/1561-5936-2025-29-4-413-417

Организационно-управленческие условия разработки и внедрения корпоративных программ оздоровления сотрудников

Юрий Гарегинович Егиазаров

Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента

Департамента здравоохранения города Москвы, Москва, Россия

uriyegiazarov@gmail.com, <https://orcid.org/0009-0005-0679-7350>

Аннотация. В статье исследуются организационно-управленческие условия, обеспечивающие разработку и успешное внедрение корпоративных программ оздоровления сотрудников (wellness-программ). На основе анализа международного и российского опыта выявлены ключевые социально-экономические и организационные факторы, определяющие эффективность данных инициатив в коммерческих компаниях. Сформирована авторская классификация корпоративных программ здорового образа жизни по целям, формам реализации, целевым группам работников и уровням интеграции в управленческую систему организации. Обоснована необходимость интеграции wellness-программ в стратегию управления человеческими ресурсами и формирования устойчивого бренда работодателя.

Ключевые слова: корпоративные программы оздоровления; wellness-программы; управление человеческими ресурсами; корпоративная социальная ответственность; организационно-управленческие условия; здоровый образ жизни

Для цитирования: Егиазаров Ю. Г. Организационно-управленческие условия разработки и внедрения корпоративных программ оздоровления сотрудников // Ремедиум. 2025. Т. 29, № 4. С. 413—417. doi:10.32687/1561-5936-2025-29-4-413-417

Original article

Organizational and managerial conditions for the development and implementation of corporate employee wellness programs

Yuri G. Egiazarov

Scientific Research Institute of Healthcare Organization and Medical Management of the Department of Healthcare of the City of Moscow, Moscow, Russia

uriyegiazarov@gmail.com, <https://orcid.org/0009-0005-0679-7350>

Annotation. The article examines the organizational and managerial conditions that ensure the development and successful implementation of corporate employee wellness programs. Based on the analysis of international and Russian experience, key socio-economic and organizational factors determining the effectiveness of these initiatives in commercial companies have been identified. The author's classification of corporate healthy lifestyle programs by goals, forms of implementation, target groups of employees and levels of integration into the management system of the organization has been formed. The necessity of integrating wellness programs into the human resource management strategy and corporate social responsibility as a condition for productivity growth, staff retention and the formation of a sustainable employer brand is substantiated.

Keywords: corporate wellness programs; wellness programs; human resource management; corporate social responsibility; organizational and managerial conditions; healthy lifestyle

For citation: Egiazarov Yu. G. Organizational and managerial conditions for the development and implementation of corporate employee wellness programs. Remedium. 2025;29(4):413–417. (In Russ.). doi:10.32687/1561-5936-2025-29-4-413-417

Введение

Современные компании функционируют в условиях высокой конкуренции, цифровизации и усложнения социально-экономических процессов, что требует новых подходов к управлению человеческими ресурсами. Одним из ключевых вызовов для бизнеса становится сохранение и укрепление здоровья работников, поскольку именно оно напрямую связано с производительностью труда, вовлеченностью и устойчивостью организаций.

По данным Всемирной организации здравоохранения, неинфекционные заболевания, во многом связанные с образом жизни и условиями труда,

ежегодно становятся причиной 74% случаев смертности в мире, а экономические потери от преждевременной заболеваемости и смертности оцениваются в 2—3% мирового валового внутреннего продукта [2]. Аналитика Всемирного экономического форума показывает, что хронические заболевания и стрессовые факторы труда ежегодно обходятся мировым корпорациям более чем в 1 трлн долларов из-за потерь рабочего времени и снижения производительности [6].

Для России проблема усугубляется демографическими факторами: сокращением численности трудоспособного населения и высокой распространённостью заболеваний, связанных с низкой физиче-

ской активностью и вредными привычками. По данным Росстата, в 2023 г. около 41% взрослого населения в возрасте 20–65 лет имело избыточную массу тела, а 23% — курили ежедневно^{30, 31}. Кроме того, число случаев временной нетрудоспособности — 29,3 млн, что на 11% больше, чем в 2021 г. (26,3 млн) и на 54% больше, чем в 2019 г. (19,0 млн)³².

Несмотря на то что корпоративные программы оздоровления сотрудников (wellness-программы) активно развиваются в странах с высоким уровнем экономического развития, в России они остаются относительно новым и недостаточно масштабным явлением. При этом международный опыт показывает, что каждый доллар, вложенный в корпоративные программы здоровья, приносит бизнесу от 2,3 до 3,2 долларов возврата в форме снижения затрат на медицинское страхование, уменьшения абсентеизма и повышения продуктивности [5].

Таким образом, внедрение корпоративных программ оздоровления сотрудников выступает не только инструментом заботы о персонале, но и фактором повышения эффективности компаний, формирования бренда работодателя и выполнения обязательств в сфере корпоративной социальной ответственности (КСО). Однако успешность их реализации зависит от организационно-управленческих условий: поддержки топ-менеджмента, развития корпоративной культуры здоровья, наличия инфраструктуры, партнёрства с внешними провайдерами и интеграции в стратегию управления человеческими ресурсами.

Цель настоящего исследования заключается в выявлении ключевых факторов, определяющих внедрение корпоративных wellness-программ, и в разработке классификации данных инициатив, позволяющей систематизировать существующие практики и предложить управленческие ориентиры для российских компаний.

Материалы и методы

В основу исследования положен комплексный междисциплинарный подход, сочетающий элементы сравнительного анализа, контент-анализа, статистической обработки данных и систематизации управленческих практик. Системный подход позволил рассматривать корпоративные программы оздоровления как элемент комплексной системы управления человеческими ресурсами и корпоративной социальной ответственности. Сравнительный анализ использовался для сопоставления практик внедрения wellness-программ в России и за рубежом, выявления факторов, способствующих или препятствующих их успешной реализации. Кон-

тент-анализ документов международных организаций и российских ведомств позволил структурировать информацию о социально-экономических детерминантах и организационно-управленческих условиях реализации программ. Статистический анализ применялся для оценки динамики заболеваемости, временной нетрудоспособности, демографических тенденций, а также для интерпретации экономических эффектов внедрения корпоративных wellness-программ. Метод типологизации и классификации использован для разработки авторской классификации корпоративных программ ЗОЖ по целям, формам реализации, целевым группам работников и уровням интеграции в управленческую систему организации.

Результаты и обсуждение

Анализ международных и отечественных исследований позволяет утверждать, что развитие корпоративных программ здоровья детерминируется как социально-экономическими, так и организационными факторами. Их совокупность формирует основу для принятия управленческих решений и определяет успешность внедрения wellness-программ в коммерческих компаниях.

Социально-экономические факторы

Во-первых, важным стимулом для работодателей становится рост издержек на оплату больничных и медицинского страхования. По оценкам экспертов НИУ ВШЭ, затраты бизнеса на компенсацию временной нетрудоспособности и медицинские льготы в среднем составляют до 6–8% фонда оплаты труда в развитых странах, а для отдельных отраслей (финансы, ИТ) эта доля может достигать 10% [4]. Для России эта проблема также актуальна: по данным Минздрава РФ (2023), временная нетрудоспособность работающих граждан в 2022 г. превысила 400 млн человеко-дней, что эквивалентно более 1% ВВП [3]. Таким образом, инвестиции в профилактику заболеваний и поддержку здоровья сотрудников могут восприниматься как мера экономии.

Во-вторых, критическим фактором является высокая стоимость текучести кадров и снижение вовлечённости работников. Исследования Gallup (2023) показывают, что низкая вовлечённость сотрудников обходится мировым компаниям примерно в 7,8 трлн долларов ежегодно, а стоимость замещения одного квалифицированного специалиста достигает 50–200% его годового оклада³³. Wellness-программы в этом контексте становятся инструментом укрепления лояльности, снижения выгорания и повышения приверженности корпоративным ценностям.

В-третьих, существенную роль играют демографические вызовы. Старение трудоспособного населения приводит к увеличению доли работников с хроническими заболеваниями, а также к росту за-

³⁰ В России снизилась доля людей с нормальным весом. Что статистика говорит о том, как толстеют мужчины и женщины. URL: <https://www.rbc.ru/society/31/07/2024/66a7be759a7947a9a841d6d2> (дата обращения: 29.09.2025).

³¹ Молодой, но в возрасте: эксперты составили портрет среднего российского курильщика. URL: <https://dzen.ru/a/Z0GvQMEgylspaCmp> (дата обращения: 29.09.2025).

³² Щербакова Е. Заболеваемость населения России, 2022–2023 годы. URL: <https://www.demoscope.ru/weekly/2024/01027/barom02.php> (дата обращения: 29.09.2025).

³³ State of the Global Workplace. URL: <https://www.gallup.com/workplace/349484/state-of-the-global-workplace.aspx> (дата обращения: 29.09.2025).

просов на программы профилактики и поддержания здоровья. В соответствии со «Стратегией действий в интересах граждан старшего поколения в РФ до 2030 года», опубликованной на сайте Минтруда, с учётом продолжающегося повышения пенсионного возраста к 2030 г. доля граждан старше трудоспособного возраста в России снизится до 23%, а их численность сократится до 32,9 млн человек³⁴. Это требует внедрения комплексных программ, адаптированных к возрастным особенностям персонала, включая скрининг хронических заболеваний, фитнес-программы низкой интенсивности и поддержку ментального здоровья.

Наконец, всё более заметным становится фактор формирования «экономики заботы» и усиления роли КСО в оценке инвестиционной привлекательности компаний. Инвесторы и стейкхолдеры всё чаще обращают внимание на нефинансовую отчётность (ESG-показатели), где инициативы по охране здоровья сотрудников становятся одним из индикаторов устойчивого развития. В этом контексте wellness-программы рассматриваются не только как внутренний HR-инструмент, но и как элемент позиционирования компании на рынке.

Организационные факторы

Рассматривая организационные факторы, детерминирующие разработку корпоративных программ здоровьесбережения, следует отметить, что ключевое значение имеет корпоративная культура, ориентированная на здоровье, баланс «работа—жизнь» и развитие сотрудников. Организации, в которых культивируется поддержка здорового образа жизни (ЗОЖ), демонстрируют более высокий уровень участия персонала в wellness-программах и более выраженный социальный эффект. При этом культура здоровья должна быть институционализирована: отражена в миссии компании, политике управления человеческими ресурсами (HRM) и корпоративных коммуникациях.

Вторым важным условием выступает наличие развитых систем HRM, готовых к интеграции wellness-программ. Если HR-службы ограничиваются кадровым администрированием, внедрение программ ЗОЖ оказывается затруднительным. В отличие от этого компании с современными HR-практиками (performance management, talent management, HR-аналитика) обладают большим потенциалом для мониторинга эффективности программ здоровья.

Не менее значимым является фактор поддержки топ-менеджмента и наличия долгосрочной стратегии. Международные исследования подтверждают, что программы здоровья, поддержанные высшим руководством и интегрированные в стратегию компании, на 40% чаще показывают устойчивые результаты, чем инициативы, реализуемые на уровне отдельных подразделений³⁵.

Четвёртый фактор связан с инфраструктурными возможностями компании. Корпоративные фитнес-залы, медицинские кабинеты, цифровые платформы здоровья и мобильные приложения для мониторинга физической активности или психоэмоционального состояния создают благоприятную среду для регулярного участия сотрудников в wellness-программах. В условиях цифровизации именно гибридные решения — сочетание онлайн-платформ и офлайн-активностей — становятся наиболее перспективными.

Наконец, немаловажную роль играет партнёрство с внешними провайдерами медицинских и спортивных услуг. Современные компании всё чаще делегируют часть функций по реализации wellness-программ специализированным организациям, что позволяет снизить издержки, обеспечить профессиональную экспертизу и повысить качество предлагаемых услуг.

Эти факторы формируют как предпосылки, так и ограничения внедрения программ ЗОЖ: компании с развитой корпоративной культурой здоровья и доступом к финансовым ресурсам демонстрируют более высокую результативность подобных инициатив [1].

Таким образом, внедрение корпоративных программ здоровья обусловлено целым комплексом факторов, включающих как макроэкономические и демографические тенденции, так и внутренние организационные условия. Сочетание социальной мотивации (улучшение здоровья сотрудников) и экономической целесообразности (снижение издержек и повышение продуктивности) формирует основу устойчивого интереса бизнеса к данным инициативам. При этом решающую роль играет институционализация культуры здоровья и готовность управлеченческих систем к интеграции wellness-программ в стратегию развития организации.

Систематизация корпоративных wellness-программ позволяет выстроить единую логику их интеграции в управлеченческую систему организации. Авторская классификация может быть представлена следующим образом:

По целям:

- профилактические (ориентированные на снижение факторов риска заболеваний, формирование культуры здоровья);
- восстановительные (реабилитация после заболеваний, профилактика профессионального выгорания);
- мотивационные (повышение вовлечённости, стимулирование участия работников в программах ЗОЖ);
- стратегические (встроенные в систему КСО и устойчивого развития).

По формам реализации:

- инфраструктурные (корпоративные фитнес-центры, спортивные секции, медкабинеты);

³⁴ Минтруд: треть населения России старше 55 лет. URL: <https://tass.ru/obschestvo/22430231> (дата обращения: 29.09.2025).

³⁵ SHRM Releases 2023 Employee Benefits Survey Results. URL: <https://hrtechcube.com/shrm-releases-2023-employee-benefits-survey-results/> (дата обращения: 07.09.2025).

- цифровые (мобильные приложения для мониторинга здоровья, онлайн-платформы с чекапами, телемедицина);
- образовательные (лекции, тренинги, курсы по стресс-менеджменту и питанию);
- мотивационные (система бонусов, льгот, корпоративные членджи).

По целевым группам работников:

- универсальные (для всех сотрудников);
- целевые (для групп риска: офисные работники, сотрудники с хроническими заболеваниями, женщины в период беременности и др.);
- управленческие (программы для руководителей среднего и высшего звена как носителей корпоративной культуры здоровья).

По уровням интеграции:

- локальные (разовые проекты или пилоты внутри подразделений);
- функциональные (интеграция в HR-политику и управление персоналом);
- стратегические (встроенные в систему КСО, бренд работодателя и политику устойчивого развития).

Такая классификация позволяет не только систематизировать существующие практики, но и выстроить алгоритм их адаптации к различным организациям с учётом отраслевой специфики и корпоративной культуры.

Заключение

Корпоративные программы оздоровления работников в последние годы претерпевают качественную трансформацию: они перестают восприниматься как вспомогательный элемент кадровой политики или социальный бонус для персонала и становятся частью стратегического управления человеческими ресурсами и КСО. Подобные инициативы всё чаще включаются в комплексную систему устойчивого развития компаний, интегрируясь в их бизнес-модели и формируя новый стандарт отношений между работодателем и сотрудником.

Детерминанты их внедрения многогранны и включают как социально-экономические, так и организационные факторы. К числу первых относятся: необходимость снижения затрат на оплату больничных и медицинское страхование, стремление к повышению производительности и вовлечённости работников, а также вызовы демографического характера — старение рабочей силы и рост хронической заболеваемости. Ко вторым относятся: наличие устойчивой корпоративной культуры здоровья, стратегическая поддержка менеджмента, развитая инфраструктура (физическая и цифровая), готовность HR-систем к интеграции wellness-программ и способность компаний к партнёрству с внешними провайдерами услуг.

Предложенная классификация корпоративных программ ЗОЖ по целям, формам реализации, целевым группам работников и уровням интеграции позволяет систематизировать разнообразные практики и выработать алгоритм их внедрения. Так, профилактические и мотивационные программы

выполняют функции первичного влияния на образ жизни сотрудников, восстановительные — способствуют снижению последствий профессионального выгорания и хронических заболеваний, а стратегические — закрепляют культуру здоровья в организационной структуре и усиливают бренд работодателя. Формы реализации варьируют от инфраструктурных и образовательных до цифровых и мотивационных решений, что обеспечивает гибкость применения. Ориентация на разные целевые группы сотрудников позволяет компаниям адресно воздействовать на наиболее уязвимые категории персонала, а распределение программ по уровням интеграции демонстрирует движение от локальных инициатив к системным компонентам корпоративной стратегии.

Таким образом, классификация играет не только аналитическую роль, но и служит управленческим инструментом для разработки эффективных решений. Она позволяет руководителям компаний выбирать наиболее релевантные форматы wellness-программ, оценивать их эффективность по социальным и экономическим показателям и корректировать стратегию в соответствии с меняющимися условиями внешней и внутренней среды.

В долгосрочной перспективе именно системная интеграция wellness-программ в стратегию устойчивого развития компаний станет ключевым условием их результативности. Такой подход позволяет рассматривать их не просто как HR-инструмент, направленный на снижение издержек и повышение эффективности, а как социальный вклад бизнеса в общественное здоровье. Укрепление здоровья сотрудников способствует снижению нагрузки на государственную систему здравоохранения, повышению качества жизни населения и формированию нового уровня взаимодействия бизнеса, общества и государства.

Следовательно, корпоративные программы оздоровления работников необходимо рассматривать как многоуровневую управленческую практику, объединяющую интересы компаний (рост эффективности, снижение издержек, повышение устойчивости), работников (улучшение здоровья, снижение профессионального стресса, рост удовлетворённости трудом) и общества в целом (повышение уровня здоровья нации, развитие экономики заботы и устойчивого развития).

ЛИТЕРАТУРА

1. Алексашина Т. В., Ананченкова П. И., Белкин М. В. и др. Современные проблемы экономики труда и пути их решения. М.-Берлин; 2019.
2. The World Health Organization. Noncommunicable diseases progress monitor 2023. Geneva; 2023.
3. Лебедева-Несея Н. А., Костарев В. Г., Никифорова Н. В., Цинкер М. Ю. Заболеваемость с временной утратой трудоспособности работающего населения: федеральные и региональные показатели и тенденции 2005—2014 гг. // Гигиена и санитария. 2017. Т. 96, № 11. С. 1054—1059.
4. Обзор международного опыта в поддержке занятости и населения в условиях борьбы с пандемией коронавируса // Анали-

тический бюллетень НИУ ВШЭ об экономических и социальных последствиях коронавируса в России и в мире. 2022. № 2. С. 62—74.

5. Baicker K., Cutler D., Song Z. Workplace wellness programs can generate savings // *Health Aff. (Millwood)*. 2010. Vol. 29, N 2. P. 304—311. DOI: 10.1377/hlthaff.2009.0626 2010

6. World Economic Forum. Global Health and Healthcare Strategic Outlook: Shaping the Future of Health and Healthcare. Geneva; 2022.

REF ERENC E S

1. Aleksashina T. V., Ananchenkova P. I., Belkin M. V. et al. Modern problems of labor economics and ways to solve them. Moscow-Berlin; 2019. (In Russ.)

2. The World Health Organization. Monitoring progress in the field of noncommunicable diseases, 2023. Geneva; 2023.

3. Lebedeva-Nesvrya N. A., Kostarev V. G., Nikiforova N. V., Tsinker M. Yu. Morbidity with temporary disability of the working population: federal and regional indicators and trends 2005—2014. *Hygiene and sanitation*. 2017;96(11):1054—1059.

4. Review of international experience in supporting employment and the population in the fight against the coronavirus pandemic. *HSE Analytical Bulletin on the economic and social consequences of the coronavirus in Russia and around the world*. 2022;(2):62—74. (In Russ.)

5. Baicker K., Cutler D., Song Z. Workplace wellness programs can generate savings. *Health Aff. (Millwood)*. 2010;29(2):304—311. DOI: 10.1377/hlthaff.2009.0626

6. The World Economic Forum. Global strategic perspective in the field of healthcare: shaping the future of healthcare. Geneva; 2022.

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

The author declares no conflicts of interests.

Статья поступила в редакцию 26.05.2025; одобрена после рецензирования 18.06.2025; принятa к публикации 06.11.2025.

The article was submitted 26.06.2025; approved after reviewing 18.06.2025; accepted for publication 06.11.2025.

История медицины и фармации

Обзорная статья

УДК 614.19

doi:10.32687/1561-5936-2025-29-4-418-424

История становления и развития системы медицинской реабилитации в России и за рубежом: обзор литературы

Андрей Викторович Поверин¹, Регина Ямилевна Поверина^{2✉}

^{1,2} Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы, Москва, Россия

¹andrey.poverin@mail.ru, <https://orcid.org/0009-0006-8905-0347>

²rpovertina@yandex.ru, <https://orcid.org/0009-0006-2169-9043>

Медицинская реабилитация, выполняя задачи профилактики инвалидизации населения, характеризуется не только гуманистическим, но и важнейшим экономическим значением в качестве средства сохранения и преумножения человеческого капитала. На основе анализа научных публикаций по теме исследования в рецензируемых научных изданиях, осуществлённого с использованием общеизученных методов анализа, синтеза, структурирования и группировки информации, в работе показано, что мировой опыт организации медицинской реабилитации характеризуется некоторыми общими решениями: разнообразием учреждений восстановительного лечения, позволяющим оказывать реабилитационную помощь в нужном объёме и максимально близко к месту жительства пациента; широким распространением реабилитации на дому и на уровне общины; большим вниманием к окупаемости реабилитационных мероприятий и выделением профессиональной реабилитации в качестве ведущего направления. В то же время в России современное состояние системы медицинской реабилитации является следствием длительного стихийного развития в отсутствие единой теоретической, нормативной и организационной основы. Этим обуславливаются как её проблемы: отсутствие методологического единства и преемственности реабилитационных программ и учреждений; недостаточные материально-техническая оснащённость и кадровое обеспечение реабилитационных учреждений; эклектическое разнообразие форм и методов организации медицинской реабилитации наряду с неразвитостью её амбулаторного звена и др.; так и наиболее актуальные направления развития.

Ключевые слова: медицинская реабилитация; социальная реабилитация; реабилитационная медицина; восстановительная медицина; обзор

Для цитирования: Поверин А. В., Поверина Р. Я. История становления и развития системы медицинской реабилитации в России и за рубежом: обзор литературы // Ремедиум. 2025. Т. 29, № 4. С. 418—424. doi:10.32687/1561-5936-2025-29-4-418-424

History of Medicine and Pharmacy

Review article

The history of the formation and development of medical rehabilitation system in Russia and abroad: literature review

Andrey V. Poverin¹, Regina Ya. Poverina^{2✉}

^{1,2}Scientific Research Institute of Healthcare Organization and Medical Management of the Moscow City Department of Healthcare, Moscow, Russia

¹andrey.poverin@mail.ru, <https://orcid.org/0009-0006-8905-0347>

²rpovertina@yandex.ru, <https://orcid.org/0009-0006-2169-9043>

Medical rehabilitation, while fulfilling the tasks of preventing disability of the population, is characterized not only by its humanistic, but also by its crucial economic importance as a means of preserving and increasing human capital. Based on the analysis of scientific publications on the research topic in peer-reviewed scientific journals, carried out using general scientific methods of analysis, synthesis, structuring and grouping of information, the paper shows that the world experience in organizing medical rehabilitation is characterized by some common solutions: a variety of rehabilitation treatment facilities that allow providing rehabilitation care in the right volume and as close as possible to the place of residence patient; widespread rehabilitation at home and at the community level; great attention to the payback of rehabilitation measures and the allocation of vocational rehabilitation as a leading area. At the same time, in Russia, the current state of the medical rehabilitation system is the result of prolonged spontaneous development in the absence of a unified theoretical, regulatory and organizational framework. This causes both its problems: lack of methodological unity and continuity of rehabilitation programs and institutions; insufficient material and technical equipment and staffing of rehabilitation institutions; the eclectic variety of forms and methods of organization of medical rehabilitation, along with the underdevelopment of its outpatient link, and others; as well as the most relevant areas of development.

Ключевые слова: medical rehabilitation; social rehabilitation; rehabilitation medicine; restorative medicine; review

For citation: Poverin A. V., Poverina R. Ya. The history of the formation and development of the medical rehabilitation system in Russia and abroad: a literature review. *Remedium*. 2025;29(4):418–424. (In Russ.). doi:10.32687/1561-5936-2025-29-4-418-424

Введение

Медицинская реабилитация относится сегодня к ключевым направлениям здравоохранения и социального обеспечения, предполагая, в современной трактовке³⁶, восстановление не только нарушенных функций организма и трудоспособности, но и социального функционирования пациента, а также обеспечение приемлемого уровня его удовлетворённости качеством жизни. Выполняя задачи профилактики инвалидизации населения, реабилитация имеет не только гуманистическое, но и важнейшее экономическое значение в качестве средства сохранения и преумножения человеческого капитала.

В то же время, несмотря на доказанную эффективность реабилитации в преодолении последствий различных заболеваний, на сегодня её доступность населению нашей страны нельзя назвать достаточной³⁷. Это обусловлено тем обстоятельством, что на протяжении длительного времени проблемы данного направления здравоохранения оставались на периферии внимания государства.

За последние 5 лет внимание к развитию медицинской реабилитации в нашей стране повысилось, что отразилось, в частности, в формировании социальной инициативы «Оптимальная для восстановления здоровья медицинская реабилитация» и в дальнейшем в трансформации её в федеральный проект в составе Национального проекта «Продолжительная и активная жизнь». Мероприятия федерального проекта направлены в первую очередь на исправление недостатков в материально-техническом оснащении и укомплектованности кадрами отделений медицинской реабилитации, а также на открытие новых реабилитационных отделений с учётом потребности в развитии системы медицинской реабилитации субъектов Российской Федерации. Тем не менее многие проблемы медицинской реабилитации продолжают сохранять своё значение и сегодня, что актуализирует изучение различных направлений совершенствования системы медицинской реабилитации, в том числе зарубежного опыта в данной сфере.

Материалы и методы

Работа основана на анализе публикаций по вопросам организации медицинской реабилитации в Российской Федерации и за рубежом в рецензируемых научных изданиях, а также действующих нормативных правовых актов Российской Федерации, осуществленного с использованием общенаучных

методов структурирования и группировки информации, анализа и синтеза.

Результаты и обсуждение

Всемирная организация здравоохранения определила медицинскую реабилитацию как «комбинированное и координированное применение медицинских, психологических, социальных, педагогических и профессиональных мероприятий с целью подготовки и переподготовки (переквалификации) индивидуума, выведения его на оптимум трудоспособности» [1]. После накопления значительного опыта в области реабилитации различных групп больных это определение было несколько расширено. В настоящее время принято говорить, что реабилитация предполагает, наряду с распознаванием и лечением какого-либо заболевания, обязательный учёт нарушенных навыков и угроз ограничения или ущемления участия индивида в профессиональной и общественной жизни и применение соответствующего комплекса мер медицинского, педагогического, профессионального и социального характера, включая различные виды помощи по преодолению последствий заболевания, изменению образа жизни и снижению воздействия факторов риска [2]. Иными словами, говорится о компенсации вызванных заболеванием нарушений в психической, соматической и социальной сферах функционирования больного, затрагивающих не только собственно трудовой его аспект, но и коммуникативный, семейный, общественный, индивидуальный и др.

Несмотря на то, что данные определения сформулированы и введены в практику во второй половине XX в., а первые научные основы данного направления были заложены в конце XIX в., отдельные подходы к восстановительному лечению известны ещё древнейшей медицине. В Древнем Китае, например, для уменьшения хронической боли широко применялась двигательная терапия (аналог современной лечебной физкультуры), Гален во II в. н.э. разработал систему упражнений для восстановления после военных травм, греческим врачом Геродикусом предложен комплекс гимнастических упражнений, направленный на лечение и профилактику различных заболеваний [3]. Большой вклад в развитие данного направления в медицине был внесён Гиппократом, который фактически впервые выделил восстановление возможностей и независимости инвалидов в отдельную отрасль медицинской науки [4].

В дальнейшем развитие медицинской реабилитации на протяжении длительного времени шло в направлении, заложенном врачами античности, что, впрочем, в известной мере можно сказать и обо всей медицинской науке в целом. Идеи о пользе в восстановительных процессах гимнастики и особых диет развивали врачи и философ Маймонид (1187), итальянский учёный и врач Джилорамо

³⁶ Пункт 1 статьи 40 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

³⁷ Отчет о результатах экспертно-аналитического мероприятия «Аудит реализации мер, направленных в 2022–2023 годах и истекшем периоде 2024 года на достижение показателей федерального проекта «Оптимальная для восстановления здоровья медицинская реабилитация». Утвержден Коллегией Счетной палаты Российской Федерации 30.01.2025. URL: <https://ach.gov.ru/checks-medreabilitatsiya> (дата обращения: 21.10.2025).

Меркуриалис (1569) [4], а среди работ, оказавших существенное влияние на становление современной парадигмы восстановительной медицины, следует отметить труды Д. К. Тиссо (1780), который убедительно отстаивал необходимость движения для пациентов, перенесших инсульт, операцию или страдающих неврологическими патологиями, в то время как в традициях того времени таким пациентам предписывался постельный режим, а также французского невролога Ф. Реймона, предложившего актуальную и сегодня концепцию нервно-мышечного переобучения [5].

Что касается организации медицинской реабилитации, то первое специализированное учреждение такого профиля было открыто во Франции в 1674 г. Широко известный парижский Дом Инвалидов был учреждён для ухода за состарившимися и получившими травмы солдатами армии [6]. Более широко по всей Европе специализированные приюты для людей с инвалидностью и иными нарушениями, признанными врачами неизлечимыми, начали создаваться во второй половине XIX в. Впрочем, оказываемая ими помощь ограничивалась уходом за пациентами, причём минимальным, в связи с тем, что финансирование таких учреждений велось по остаточному принципу [7]. Всё это дало основание дать раннему этапу развития служб и учреждений медицинской реабилитации название «forget and hide» («забыть и скрыть») [4].

Перелом в развитии медицинской реабилитации был связан с окончанием Первой мировой войны, которая имела масштаб, доселе неведомый в истории [7]. В её ходе погибли не менее 10 млн солдат, а 21 млн получили ранения различной степени тяжести. Только в США, на территории которых даже не происходило военных действий, разом обнаружилось более 120 тыс. солдат-инвалидов, нуждающихся в помощи, которую не могла оказать действующая система здравоохранения. Кроме того, все эти ветераны имели право на выплату военных пенсий и пожизненное оказание медицинской помощи, что тяжёлым бременем легло на государственный бюджет страны. Только к окончанию войны США потратили на лечение и пенсионное обеспечение ветеранов свыше 5 млрд долл., что превысило расходы на саму военную кампанию [8]. В связи с этим ещё в ходе войны в госпиталях США стали организовываться реабилитационные палаты и отделения, которым ставилась задача не только восстановления элементарных функций пациентов, таких как самостоятельное обслуживание или передвижение, но и, по возможности, возвращения их трудоспособности. В 1922 г. там же была создана первая в мире организация, целью которой является разработка направлений реабилитации инвалидов — Международное общество реабилитации нетрудоспособных [4].

Ещё больший толчок развитию медицинской реабилитации дала Вторая Мировая война. Благодаря развитию медицины в целом и, в особенности, появлению антибиотиков, соотношение убитых и раненых в этой войне значительно изменилось в сто-

рону последних. Кроме того, гораздо существенное влияние на становление современной парадигмы восстановительной медицины, следует отметить труды Д. К. Тиссо (1780), который убедительно отстаивал необходимость движения для пациентов, перенесших инсульт, операцию или страдающих неврологическими патологиями, в то время как в традициях того времени таким пациентам предписывался постельный режим, а также французского невролога Ф. Реймона, предложившего актуальную и сегодня концепцию нервно-мышечного переобучения [5].

Что касается организации медицинской реабилитации, то первое специализированное учреждение такого профиля было открыто во Франции в 1674 г. Широко известный парижский Дом Инвалидов был учреждён для ухода за состарившимися и получившими травмы солдатами армии [6]. Более широко по всей Европе специализированные приюты для людей с инвалидностью и иными нарушениями, признанными врачами неизлечимыми, начали создаваться во второй половине XIX в. Впрочем, оказываемая ими помощь ограничивалась уходом за пациентами, причём минимальным, в связи с тем, что финансирование таких учреждений велось по остаточному принципу [7]. Всё это дало основание дать раннему этапу развития служб и учреждений медицинской реабилитации название «forget and hide» («забыть и скрыть») [4].

Перелом в развитии медицинской реабилитации был связан с окончанием Первой мировой войны, которая имела масштаб, доселе неведомый в истории [7]. В её ходе погибли не менее 10 млн солдат, а 21 млн получили ранения различной степени тяжести. Только в США, на территории которых даже не происходило военных действий, разом обнаружилось более 120 тыс. солдат-инвалидов, нуждающихся в помощи, которую не могла оказать действующая система здравоохранения. Кроме того, все эти ветераны имели право на выплату военных пенсий и пожизненное оказание медицинской помощи, что тяжёлым бременем легло на государственный бюджет страны. Только к окончанию войны США потратили на лечение и пенсионное обеспечение ветеранов свыше 5 млрд долл., что превысило расходы на саму военную кампанию [8]. В связи с этим ещё в ходе войны в госпиталях США стали организовываться реабилитационные палаты и отделения, которым ставилась задача не только восстановления элементарных функций пациентов, таких как самостоятельное обслуживание или передвижение, но и, по возможности, возвращения их трудоспособности. В 1922 г. там же была создана первая в мире организация, целью которой является разработка направлений реабилитации инвалидов — Международное общество реабилитации нетрудоспособных [4].

Что касается организации медицинской реабилитации, то первое специализированное учреждение такого профиля было открыто во Франции в 1674 г. Широко известный парижский Дом Инвалидов был учреждён для ухода за состарившимися и получившими травмы солдатами армии [6]. Более широко по всей Европе специализированные приюты для людей с инвалидностью и иными нарушениями, признанными врачами неизлечимыми, начали создаваться во второй половине XIX в. Впрочем, оказываемая ими помощь ограничивалась уходом за пациентами, причём минимальным, в связи с тем, что финансирование таких учреждений велось по остаточному принципу [7]. Всё это дало основание дать раннему этапу развития служб и учреждений медицинской реабилитации название «forget and hide» («забыть и скрыть») [4].

Что касается организации медицинской реабилитации, то первое специализированное учреждение такого профиля было открыто во Франции в 1674 г. Широко известный парижский Дом Инвалидов был учреждён для ухода за состарившимися и получившими травмы солдатами армии [6]. Более широко по всей Европе специализированные приюты для людей с инвалидностью и иными нарушениями, признанными врачами неизлечимыми, начали создаваться во второй половине XIX в. Впрочем, оказываемая ими помощь ограничивалась уходом за пациентами, причём минимальным, в связи с тем, что финансирование таких учреждений велось по остаточному принципу [7]. Всё это дало основание дать раннему этапу развития служб и учреждений медицинской реабилитации название «forget and hide» («забыть и скрыть») [4].

емости. По подсчётом Управления реабилитационного обслуживания США, на каждую тысячу долларов, потраченную на программы реабилитации инвалидов, общество может получить в среднем 35 тыс. долл. за счёт возвращения реабилитированного пациента к производительному труду. В связи с этим значительное место в реабилитационных программах занимает профессиональная реабилитация [14].

Канада — первая в мире страна, закрепившая положение о равенстве прав и возможностей инвалидов конституционно [15]. Первоочередной задачей оказания реабилитационной помощи канадские реабилитологи называют максимизацию участия инвалидов в производственном процессе и общественной жизни, в связи с чем ведущую роль в процессе реабилитации играют такие специалисты, как оккупационные терапевты и сестры-менеджеры, основная задача которых состоит, во-первых, в определении индивидуальных потребностей пациентов, а во-вторых — в поиске направлений компенсации имеющихся ограничений функционирования для достижения наиболее высокого уровня удовлетворённости качеством жизни.

Законодательством **Великобритании** медицинская реабилитация закреплена в качестве неотъемлемого этапа деятельности всех медицинских учреждений. Как в специализированных, так и в многопрофильных лечебных учреждениях организованы реабилитационные отделения и палаты. Реабилитация основывается на индивидуальном подходе к пациентам, для каждого из которых программа реабилитации разрабатывается персонально и реализуется бригадой специалистов-реабилитологов, в состав которой, помимо врача, входят также психологи, социальные работники, физиотерапевты, специалисты по лечебной физкультуре и др. Широко развита в Великобритании и сеть специализированных реабилитационных центров, пансионатов, домов ухода и т. п., которые объединяются с медицинскими учреждениями в крупные комплексные центры. Несмотря на высокую затратность, в стране распространена и реабилитация инвалидов на дому [16].

В основе законодательства **Германии**, регулирующего отношения в сфере медицинской реабилитации, лежит мысль о экономической целесообразности реабилитации инвалидов, поскольку она обходится, в конечном счёте, дешевле, чем пожизненное обеспечение их пенсиями, пособиями и льготами. В связи с этим финансирование реинтеграции инвалида в общественную и трудовую жизнь имеет приоритет перед пенсионным и иным социальным обеспечением. Важное внимание уделяется срокам оказания реабилитационной помощи — она должна оказываться как можно раньше, иметь при этом комплексный характер и осуществляться со строгим соблюдением этапности [17]. Широко поощряется профессиональная реабилитация [18].

В **Финляндии** деятельность по медицинской реабилитации законодательно интегрирована в сферу социальной защиты населения и кооперируется не

только и не столько со здравоохранением, сколько со сферами образования и занятости. Финансирование реабилитационных мероприятий, а также выплата нуждающимся людям пособий на время прохождения реабилитационного курса и возможной профессиональной подготовки производится за счёт средств социального страхования [19]. Организационно реабилитационные подразделения создаются в Финляндии при территориальных центрах здравоохранения, обычно в виде небольших специализированных отделений на 20—50 коек. В стране также развита сеть частных реабилитационных центров, в которых нередко размещаются государственные заказы на восстановительное лечение [20].

Из стран бывшего социалистического лагеря интересен опыт организации медицинской реабилитации в **Польше**, одной из первых в мире разработавшей многоуровневую единую систему и программу реабилитации. В неё включены реабилитационные консультации, действующие на уровне муниципалитетов, амбулаторные и стационарные реабилитационные отделения на уровне городских и районных объединений, и крупные реабилитационные центры, расположенные в больших городах. Право и возможность использовать в своей работе реабилитационные подходы и методы имеет, при необходимости, любой врач. Следует отметить, что польский опыт в данной сфере был отмечен Всемирной организацией здравоохранения как достойный перенимания [21].

На становление медицинской реабилитации (восстановительной медицины) в **России** оказали влияние, в целом, те же факторы, которые действовали в этой сфере и в мире. Концептуальные основы реабилитации были заложены в основание социальной политики Советского государства еще в первые годы его существования — среди первых постановлений (декретов) новой власти были «Правительственное сообщение о социальном страховании» (1917) и «Положение о социальном обеспечении трудящихся» (1918), вводившие одно из базовых условий обеспечения существования системы реабилитации — обеспечение всех случаев утраты нетрудоспособности за счёт государства [22].

В тот же период теоретические основы восстановительной медицины в нашей стране разрабатывались рядом крупных специалистов, в числе которых З. П. Соловьев, Р. Ф. Ланга и Н. А. Семашко. Последний, в частности, сформулировал одно из ключевых положений восстановительной медицины, согласно которому восстановление трудоспособности должно вестись планомерно, с учётом индивидуальных, в том числе психологических, особенностей личности больного, и с привлечением самого широкого спектра мер социальной поддержки [23]. В это время получило широкое развитие санаторно-курортное лечение, введена экспертиза трудоспособности и система регулярных мер по трудоустройству больных [22].

Как и во всём мире, в нашей стране проблема восстановительного лечения получила особое внимание после окончания Второй Мировой войны.

Госпиталями, занимавшимися восстановительным лечением инвалидов Великой Отечественной войны, в послевоенные период был накоплен значительный опыт реабилитации пациентов с различными функциональными расстройствами, в первую очередь — с нарушениями опорно-двигательного аппарата. В последующем выработанные методы восстановительного лечения стали применяться к более широкому кругу пациентов и нозологий [24]. Интенсивное же развитие системы реабилитации в СССР началось после IX Конференции министров здравоохранения социалистических стран в Праге, на которой впервые был введен в профессиональный оборот собственно термин «реабилитация», определены принципы восстановительной медицины и основы её организации [25]. Эти принципы и основы, как и сформированная на их основании система восстановительной медицины, сохраняет свою актуальность в нашей стране и на сегодняшний день.

Кризис здравоохранения, начавшийся в нашей стране в 1990-е гг. в связи с очередной сменой политической парадигмы и продлившийся свыше десятилетия, в наибольшей мере повлиял именно на отрасль восстановительной медицины, которая оказалась на длительное время «забыта». Лишь в 2001 г. коллегиями Минздрава России был впервые в постсоветский период поставлен вопрос о необходимости разработки правовых и организационных основ медицинской реабилитации и обеспечения её преемственности с другими службами системы здравоохранения [25].

Нормативное обеспечение данного решения потребовало значительного времени — только в 2005 г. в Единую номенклатуру государственных и муниципальных учреждений здравоохранения были введены специализированные реабилитационные учреждения и подразделения, ещё позднее — в 2009 г., в номенклатуру специальностей в сфере здравоохранения были включены специальности «физиотерапия», «восстановительная медицина» и «лечебная физкультура и спортивная медицина» (а специальность «врач физической и реабилитационной медицины» — в 2015 г.), соответствующие же профессиональные стандарты разрабатывались и утверждались в 2018—2020 гг. Даже само понятие медицинской реабилитации было законодательно закреплено только в 2011 г с принятием Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Организация медицинской реабилитации как целостного направления впервые урегулирована Приказом Минздрава России от 29.12.2012 № 1705н «О порядке организации медицинской реабилитации», в котором были введены общие положения о порядке организации медицинской реабилитации и правила деятельности реабилитационных учреждений и подразделений, определены рекомендации относительно оснащения и штатных нормативов таких учреждений и подразделений.

Данный документ в настоящее время утратил силу в связи с изданием Приказа Минздрава России

от 23.10.2019 № 878н «Об утверждении Порядка организации медицинской реабилитации детей» и Приказа Минздрава России от 31.07.2020 № 788н «Об утверждении Порядка организации медицинской реабилитации взрослых». В дальнейшем вступил в силу Приказ Минздрава России от 28.02.2023 № 81н «Об утверждении порядка организации медицинской реабилитации на дому, включая перечень медицинских вмешательств, оказываемых при медицинской реабилитации на дому, порядка предоставления пациенту медицинских изделий и порядка оплаты медицинской реабилитации на дому». Эти три документа сегодня являются определяющими в сфере организации медицинской реабилитации. Отмечается, в то же время, что ряд положений этих, а также предшествующих директив нереализуемы в полном объёме в связи с недостаточным количеством самих реабилитационных учреждений и специализированных коек, нехваткой профильных специалистов, недостатком финансирования [10].

Таким образом, на протяжении значительного времени система медицинской реабилитации формировалась в нашей стране практически вне должного нормативного регулирования и управления, эклектично развивая советскую систему восстановительной медицины. Этим обусловлено существующее разнообразие форм организации медицинской реабилитации [10].

Наиболее распространёнными из организационных форм являются реабилитационные центры и реабилитационные отделения больниц, поликлиник и санаториев. Они характеризуются множеством разновидностей, организационно-правовые формы которых складывались ситуативно, по мере необходимости и возможности. Например, к формам центров реабилитации относятся:

- городские, районные, межрайонные и региональные центры [7, 26];
- моно- и многопрофильные центры [27];
- амбулаторные и стационарные реабилитационные центры общего направления [17];
- профильные специализированные центры на базе головных научно-исследовательских институтов [22];
- центры профессиональной реабилитации;
- комбинированные центры медицинской, социальной и профессиональной реабилитации [7, 28] и др.

При этом, вопреки мировому опыту, наиболее развитым и разнообразным в плане организации является стационарный этап реабилитации, амбулаторное же её звено, не говоря уже о реабилитации за пределами системы здравоохранения, находится только в процессе развития.

Заключение

Проведённое исследование показало, что мировой опыт организации медицинской реабилитации довольно разнообразен, но вместе с тем характеризуется некоторыми общими решениями. В частности, следует обратить внимание на разнообразие уч-

реждений, которые осуществляют медицинскую реабилитацию, — от реабилитационных консультаций до крупных специализированных и многопрофильных центров, что позволяет оказывать реабилитационную помощь в нужном объёме и максимально близко к месту жительства пациента. Также интересен опыт реабилитации на дому и на уровне общины, привлечения к процессу восстановления инвалидов местного населения, администрации и т. п. Данная разновидность организации реабилитации в нашей стране практически неизвестна.

Следует также отметить, что во многих зарубежных странах большое внимание уделяется окупаемости реабилитационных мероприятий, в связи с чем одним из ведущих направлений становится профессиональная реабилитация.

В России современное состояние системы медицинской реабилитации является следствием того, что на протяжении длительного времени она формировалась на базе советской системы восстановительной медицины, в отсутствие единой теоретической, нормативной и организационной основы. Этим фактором обуславливаются как её проблемы, к которым следует отнести отсутствие методологического единства и преемственности реабилитационных программ и типов учреждений, недостаточную материально-техническую оснащённость и кадровое обеспечение реабилитационных учреждений, разнообразие форм организации медицинской реабилитации наряду с неразвитостью её амбулаторного звена и др.; так и наиболее актуальные направления развития.

ЛИТЕРАТУРА

- Предупреждение инвалидности и реабилитация: докл. ком. экспертов ВОЗ по предупреждению инвалидности и реабилитации. М.; 1983. 43 с.
- Meyer T, Weiss C, Rathore F. A. Goal setting in medical rehabilitation: a narrative review // *JPMA*. 2023. Vol. 73, N 9. P. 1923—1925. DOI: 10.47391/jpma.23—68
- Schreiber J, Stern P. A review of the literature on evidence-based practice in physical therapy // *Internet Journal of Allied Health Sciences and Practice*. 2005. Vol. 3, N 4. P. 9.
- Timm H., Thuesen J., Clark D. Rehabilitation and palliative care: histories, dialectics and challenges // *Wellcome Open Res*. 2021. Vol. 6. P. 171. DOI: 10.12688/wellcomeopenres.16979.1
- Atanelov L., Stiens S. A., Young M. A. History of physical medicine and rehabilitation and its ethical dimensions // *AMA Journal of Ethics*. 2015. Vol. 17, N 6. P. 568—574.
- Кириллов А. В. Становление попечения об отставных и неспособных к службе военных // Социальная политика и социология. 2009. № 5. С. 107—124.
- Шаповаленко Т. В. Научное обоснование совершенствования организации работы центров восстановительной медицины и реабилитации в условиях мегаполиса: дисс. докт. мед. наук. М.; 2014. 368 с.
- Stagni S. B., Tomba P., Viganò A. et al. The first world war drives rehabilitation toward the modern concepts of disability and participation // *Eur. J. Phys. Rehabil. Med.* 2015. Vol. 51, N 3. P. 331—336.
- Смычёк В. Б. Медицинская реабилитация: история становления, современное состояние, перспективы развития // Физическая и реабилитационная медицина. 2020. Т. 2, № 2. С. 7—17. DOI: 10.26211/2658-4522-2020-2-2-7-17
- Блинов Д. В., Соловова А. Г., Санджиева Л. Н. и др. Совершенствование организации медицинской реабилитации в системе здравоохранения: анализ ситуации // Современная фармакоэкономика и фармакоэпидемиология. 2022. Т. 15, № 2. С. 237—249. DOI: 10.17749/2070—4909/farmakoeconomika.2022.140

- Pasqualotto L., Cibin M., Barban D. et al. The development of ICF-recovery tools to support an evidence-based psychosocial rehabilitation // *J. Adv. Health Care*. 2023. Vol. 5, N 2. DOI: 10.36017/jahc202352227
- Noukpo S. I., Kossi O., Triccas L. T. et al. Content and effectiveness of community-based rehabilitation on quality of life in people post stroke: a systematic review with meta-analysis // *Disability, CBR & Inclusive Development*. 2022. Vol. 33, N 2. P. 75—107. DOI: 10.47985/dcjd.571
- O'Young B. J., Young M. A., Stiens S. A., Wu S. S. (eds.). *Physical Medicine & Rehabilitation Secrets*. Elsevier; 2022. 704 p.
- Александров А. Г., Обухова О. А. Организация медицинской реабилитации: проблемы и пути решения // *Реабилитология*. 2025. Т. 2, № 3. С. 295—302.
- Касымова С. М., Парпиева Ф. С., Омошева Б. И. Зарубежный опыт развития системы социальной сферы // Актуальные вопросы современной экономики. 2021. № 1. С. 100—108. DOI: 10.34755/IROK.2021.71.41.015
- Connolly B., Milton-Cole R., Adams C. et al. Recovery, rehabilitation and follow-up services following critical illness: an updated UK national cross-sectional survey and progress report // *BMJ Open*. 2021. Vol. 11, N 10. P. e052214. DOI: 10.1136/bmjopen-2021-052214
- Сафонов А. Л., Филимонова И. В., Некипелова Д. В. и др. Механизмы государственной поддержки реабилитации инвалидов: проблемы и направления их решения // *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2023. Т. 31, S1. С. 820—827. DOI: 10.32687/0869-866X-2023-31-s1-820-827
- Hetz C., Leinberger S., Kaluscha R. et al. Return to work after medical rehabilitation in Germany: influence of individual factors and regional labour market based on administrative data // *J. Labour Market Res*. 2023. Vol. 57, N 1. P. 4.
- Прокинова А. Н. Некоторые аспекты законодательства Финляндии в области реабилитации инвалидов // *Бюллетень национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко*. 2015. № 2. С. 189—192.
- Keskimaki I., Tynkkynen L. K., Reissell E. et al. Finland: health system review // *Health Systems in Transition*. 2019. Vol. 21, N 2. P. 1—166.
- Lubecki M. Polski model rehabilitacji medycznej zaakceptowany i zalecany przez WHO // *Hygeia Public Health*. 2011. Vol. 46, N 4. P. 506—515.
- Морозов А. В. Социальное страхование в теории и практике большевизма // Наука. Мысль: электронный периодический журнал. 2017. № 1—2. С. 36—39.
- Семашко Н. А. Профилактическое направление в лечебной медицине // *Вестник медицины*. 1928. № 1. С. 35.
- Пузин С. Н., Шевченко С. Б., Гридин Л. А. и др. К истории медицинской реабилитации в России // *История медицины*. 2017. Т. 4, № 2. С. 125—135.
- Амасьянц Р. А. Стратегия организации и управления комплексной реабилитацией и профилактикой в Российской Федерации. Человеческий капитал. 2014; 6: 33—37.
- Kovalyov S. P., Yashina E. R., Khodyreva L. A. et al. Actual aspects of development of medical organizations' management system // *Medical alphabet*. 2021. Vol. 34. P. 66—71.
- Цибульников Е. М. Реабилитация при ограничении возможностей по слуху в русле общего понимания реабилитации // Сенсорные системы. 2009. Т. 23, № 3. С. 270—272.
- Толстая Е. В., Козелько Н. А. Медико-экологическая реабилитация и экспертиза. Минск; 2022. 128 с.

REFERENCES

- Disability prevention and Rehabilitation: WHO Expert Committee on Disability Prevention and Rehabilitation. Moscow; 1983. 43 p.
- Meyer T, Weiss C, Rathore F. A. Goal Setting In Medical Rehabilitation: A Narrative Review. *JPMA*. 2023;73(9):1923—1925. DOI: 10.47391/jpma.23—68
- Schreiber J, Stern P. A review of the literature on evidence-based practice in physical therapy. *Internet Journal of Allied Health Sciences and Practice*. 2005;3(4):9.
- Timm H., Thuesen J., Clark D. Rehabilitation and palliative care: histories, dialectics and challenges. *Wellcome Open Research*. 2021;6:171. DOI: 10.12688/wellcomeopenres.16979.1
- Atanelov L., Stiens S. A., Young M. A. History of physical medicine and rehabilitation and its ethical dimensions. *AMA Journal of Ethics*. 2015;17(6):568—574.

6. Kirillov A. V. The formation of care for the retired and unfit for military service. *Social policy and sociology*. 2009;5:107—124.

7. Shapovalenko T. V. Scientific justification for improving the organization of work of rehabilitation medicine and rehabilitation centers in a megalopolis: Dissertation MD, Moscow; 2014. 368 p. (In Russ.)

8. Stagni S. B., Tomba P., Viganò A. et al. The first world war drives rehabilitation toward the modern concepts of disability and participation. *Eur. J. Phys. Rehabil. Med.* 2015;51(3):331—336.

9. Smychek V. B. Medical rehabilitation: the history of its formation, current state, and development prospects. *Physical and rehabilitation medicine*. 2020;2(2):7—17. DOI: 10.26211/2658-4522-2020-2-2-7-17

10. Blinov D. V., Solopova A. G., Sanjieva L. N. et al. Improving the organization of medical rehabilitation in the healthcare system: an analysis of the situation. *Modern pharmacoconomics and pharmacoepidemiology*. 2022;15(2):237—249. DOI: 10.17749/2070-4909/farmakoekonomika.2022.140 (In Russ.)

11. Pasqualotto L., Cibin M., Barban D. et al. The development of ICF-recovery tools to support an evidence-based psychosocial rehabilitation. *J. Adv. Health Care*. 2023; 5(2). DOI: 10.36017/jahc202352227

12. Noukpo S. I., Kossi O., Triccas L. T. et al. Content and effectiveness of community-based rehabilitation on quality of life in people post stroke: a systematic review with meta-analysis. *Disability, CBR & Inclusive Development*. 2022;33(2):75—107. DOI: 10.47985/dcij.571

13. O'Young B. J., Young M. A., Stiens S. A., Wu S. S. (eds.). *Physical Medicine & Rehabilitation Secrets*. Elsevier; 2022. 704 p.

14. Alexandrov AG, Obukhova OA. Organization of medical rehabilitation: gaps and solutions. *Rehabilitation*. 2025; 2(3):295—302. (In Russ.)

15. Kasymova S. M., Parpieva F. S., Omosheva B. I. Foreign experience in the development of the social sphere system. *Current issues of the modern economy*. 2021;1:100—108. DOI: 10.34755/IROK.2021.71.41.015 (In Russ.)

16. Connolly B., Milton-Cole R., Adams C. et al. Recovery, rehabilitation and follow-up services following critical illness: an updated UK national cross-sectional survey and progress report. *BMJ Open*. 2021;11(10):e052214. DOI: 10.1136/bmjopen-2021-052214

17. Safonov A. L., Filimonova I. V., Nekipelova D. V. et al. Mechanisms of state support for rehabilitation of the disabled: problems and directions of their solution. *Problems of social hygiene, public health and the history of medicine*. 2023;31(S1):820—827. DOI: 10.32687/0869-866X-2023-31-s1-820-827

18. Hetzel C., Leinberger S., Kaluschka R. et al. Return to work after medical rehabilitation in Germany: influence of individual factors and regional labour market based on administrative data. *J. Labour Market Res.* 2023;57(1):4.

19. Prokina A. N. Some aspects of Finnish legislation in the field of rehabilitation of the disabled. *Bulletin of the National Scientific Research Institute of Public Health named after N. Semashko*. 2015;2:189—192. (In Russ.)

20. Keskimaki I., Tynkkynen L. K., Reissell E. et al. Finland: health system review. *Health systems in transition*. 2019;21(2):1—166.

21. Lubecki M. Polski model rehabilitacji medycznej zaakceptowany i zalecany przez WHO. *Hygeia Public Health*. 2011;46(4):506—515. (In Polish)

22. Morozov A. V. Social insurance in the theory and practice of Bolshevism. *Science. Mysl: an electronic periodical*. 2017;1—2:36—39.

23. Semashko O. N. Preventive direction in therapeutic medicine. *Bulletin of Medicine*. 1928;1:35. (In Russ.)

24. Puzin S. N., Shevchenko S. B., Gridin L. A. et al. Towards the history of medical rehabilitation in Russia. *History of Medicine*. 2017;4(2):125—135. (In Russ.)

25. Amasyants R. A. The strategy of organization and management of complex rehabilitation and prevention in the Russian Federation. *Human Capital*. 2014;6:33—37. (In Russ.)

26. Kovalyov S. P., Yashina E. R., Khodyreva L. A. et al. Actual aspects of development of medical organizations' management system. *Medical Alphabet*. 2021;34:66—71. (In Russ.)

27. Tsirulnikov E. M. Rehabilitation with hearing disabilities is in line with the general understanding of rehabilitation. *Sensory systems*. 2009;23(3):270—272. (In Russ.)

28. Tolstoy E. V., Kozelko O. N. Medical and environmental rehabilitation and expertise. Minsk; 2022. 128 p. (In Russ.)

Вклад авторов: все авторы сделали эквивалентный вклад в подготовку публикации.
Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Contribution of the authors: the authors contributed equally to this article.
The authors declare no conflicts of interests.

Статья поступила в редакцию 26.05.2025; одобрена после рецензирования 18.06.2025; принятая к публикации 06.11.2025.
The article was submitted 26.06.2025; approved after reviewing 18.06.2025; accepted for publication 06.11.2025.

Научная статья

УДК 614.2

doi:10.32687/1561-5936-2025-29-4-425-430

Работа кафедры инфекционных болезней и эпидемиологии Российской университета медицины во время подъёма заболеваемости дифтерией в Российской Федерации в конце XX века

Мишиль Ильясович Махуль¹✉, Семён Леонидович Максимов²,
Константин Анатольевич Пашков³

^{1, 2, 3}Российский университет медицины, Москва, Россия

¹makhulm@bk.ru, <https://orcid.org/0009-0009-5873-6639>

²maximov_s@bk.ru, <https://orcid.org/0000-0001-6093-4380>

³historymed@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0001-9155-4006>

В статье представлен материал последней по времени крупной вспышки дифтерии в Российской Федерации в конце XX века (1990—1997 гг.), в мероприятиях по ликвидации которой участвовали сотрудники кафедры инфекционных болезней и эпидемиологии Российской университета медицины.

Ключевые слова: дифтерия; детские инфекции; история медицины; В. И. Покровский; Н. Д. Ющук

Для цитирования: Махуль М. И., Максимов С. Л., Пашков К. А. Работа кафедры инфекционных болезней и эпидемиологии Российской университета медицины во время подъёма заболеваемости дифтерией в Российской Федерации в конце XX века // Ремедиум. 2025. Т. 29, № 4. С. 425—430.

Original article

The work of the Department of infectious diseases and epidemiology of the Russian University of Medicine during the rise of diphtheria cases in the Russian Federation at the end of the 20th century

Mishel I. Makhul¹✉, Semyon L. Maximov², Konstantin A. Pashkov³

¹⁻³Russian University of Medicine, Moscow, Russia

¹makhulm@bk.ru, <https://orcid.org/0009-0009-5873-6639>

²maximov_s@bk.ru, <https://orcid.org/0000-0001-6093-4380>

³historymed@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0001-9155-4006>

The article presents the materials of the last major outbreak of diphtheria in the Russian Federation at the end of the 20th century (1990—1997), in the measures to eliminate which employees of the Department of Infectious Diseases and Epidemiology of the Russian University of Medicine of the Ministry of Health of Russia (former Moscow Medical Dental Institute) participated.

Keywords: diphtheria; childhood infections; history of medicine; V. I. Pokrovsky; N. D. Yushchuk

For citation: Makhul M. I., Maximov S. L., Pashkov K. A. The work of the department of infectious diseases and epidemiology of the Russian University of Medicine during the rise of diphtheria cases in the Russian Federation at the end of the 20th century. Remedium. 2025;29(4):425-430. (In Russ.). doi:10.32687/1561-5936-2025-29-4-425-430

Введение

На протяжении веков одним из самых страшных кошмаров для родителей во всём мире был маленький, невидимый и неведомый тогда микроорганизм, заставлявший страдать миллионы детей. Имя этому врагу — *Corynebacterium diphtheriae*. Болезнь, вызываемая данным микроорганизмом, в разное время именовалась по-разному: *morbo strangulatori*, *angina puerorum*, *paedanchone*, *synanche maligna*, горловая жаба, горловая чума, круп, горлянка, «ужас матери». Ныне мы знаем эту болезнь под названием «дифтерия», что в переводе с греческого языка означает «кожистая плёнка, шкура». Несмотря на то что дифтерию вновь стали забывать, назвать её «забытой болезнью» едва ли возможно. По данным ВОЗ, в 2023 г. было официально зарегистрировано 2 вспышки дифтерии — в Нигерии³⁸ и Гвинее³⁹. На

долю Нигерии пришлось 557 подтверждённых случаев, из которых 73 случая закончились летальным исходом, а в Гвинее — 18 и 13 случаев соответственно.

За 1900—1910 гг. только в европейской части Российской империи было зарегистрировано 3 164 047 случаев заболевания дифтерией [1]. Впоследствии, в связи с принимаемыми профилактическими мерами против дифтерии (идентификация возбудителя, вакцинация дифтерийным анатоксином, провизорная госпитализация носителей токси-

³⁸ Всемирная организация здравоохранения. Дифтерия — Нигерия. URL: <https://www.who.int/ru/emergencies/disease-outbreak-news/item/2023-DON485> (дата обращения: 28.10.2025).

³⁹ Всемирная организация здравоохранения. Дифтерия — Гвинея. URL: <https://www.who.int/ru/emergencies/disease-outbreak-news/item/2023-DON492> (дата обращения: 28.10.2025).

генных штаммов и т. д.), число случаев дифтерии в стране стало снижаться, однако неоднократно регистрировали её резкие подъёмы, например, в 1932, 1942, 1955, 1984 и 1994 гг. [2].

Цель исследования — оценка вклада сотрудников кафедры инфекционных болезней и эпидемиологии лечебного факультета ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России в изучение и ликвидацию эпидемии дифтерии 1990-х гг. в России.

Материалы и методы

Материалом при написании статьи послужили литературные источники, хранящиеся в Российской государственной библиотеке, архивные материалы, находящиеся на хранении в Центральном государственном архиве г. Москвы, архив и научная библиотека кафедры инфекционных болезней и эпидемиологии лечебного факультета Научно-образовательного института клинической медицины им. Н. А. Семашко ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России. Проведён анализ результатов научных статей, авторефератов и диссертаций на соискание учёной степени кандидата и доктора медицинских наук, выполненных сотрудниками кафедры за 1982—2004 гг. Подсчитано, что за этот промежуток на кафедре было написано 171 научная работа по дифтерийной инфекции, выполнено 13 диссертаций и написаны методические указания по лечению дифтерии, одобренные Минздравом России. При выполнении данной статьи были использованы материалы 17 статей и 5 диссертаций, фрагменты воспоминаний Н. В. Астафьевой, А. Е. Кудрявцева, П. Г. Филиппова, А. В. Сундукова, Т. Э. Мигманова, О. Л. Огиенко, Л. Ф. Прудниковой. В исследовании использовали проблемно-хронологический, сравнительно-исторический, историко-генетический, статистический методы исследования.

Результаты и обсуждение

Исследования, предпринятые и проведённые на кафедре инфекционных болезней и эпидемиологии ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» МЗ РФ (ранее — ММСИ им. Н. А. Семашко, МГМСУ им. А. И. Евдокимова) по дифтерии в 1980—1990 гг. были обусловлены возросшей заболеваемостью этой инфекцией населения страны. Благодаря иммунизации и проведению санитарного просвещения и иных профилактических мероприятий заболеваемость дифтерией во многих городах СССР стала резко снижаться в 1950-е гг. [1].

Борьба с дифтерией юридически была подкреплена приказом Минздрава СССР от 23.06.1959 № 3 «О ликвидации заболеваемости дифтерией в СССР» и рядом других вспомогательных приказов, например, специальным приказом Минздрава СССР от 11.06.1960 № 260, предписывающим организацию прививочных кабинетов и создание прививочной картотеки. Реализация этих приказов позволила провести массовую иммунизацию населения (в частности, детского) против дифтерии [1]. В стране

стал наблюдаться устойчиво низкий уровень заболеваемости дифтерией, однако продолжалась циркуляция токсигенных штаммов коринебактерии даже при отсутствии случаев заболевания [2]. Обращало на себя внимание, что заболеваемость в сельской местности была выше, чем в городах [2]. Наиболее низкий уровень заболеваемости дифтерией в России был зафиксирован в 1975 г. Он составил 0,03 на 100 тыс. населения — было зарегистрировано всего лишь 52 случая заболевания. Это было в 1456 раз ниже, чем в 1959 г. [1]. Начиная с 1978 г. появились первые предикторы роста заболеваемости дифтерией: вырос уровень заболеваемости — 0,1 на 100 тыс. населения, появилась информация о летальных исходах и интенсификации эпидемического процесса инфекции [1], отмечена тенденция роста случаев заболевания среди взрослых групп населения.

Ситуация по дифтерии в Российской Федерации резко ухудшилась в 1990-е гг. В 1990 г. заболеваемость составила 0,8 на 100 тыс. населения (для сравнения, в 1989 г. показатель заболеваемости составлял 0,4 на 100 тыс. населения). В дальнейшем произошёл рост показателей заболеваемости с пиком в 1994 г., когда было зафиксировано 39 703 случая дифтерии в России (26,8 на 100 тыс. населения). Последний раз близкая к этому показателю цифра была в 1960 г., когда заболеваемость составила 26,4 на 100 тыс. населения (31 690 случаев) [1, 3].

Среди причин значительного роста заболеваемости дифтерией в России рядом авторов приводится аргументация в пользу таких факторов, как снижение интенсивности вакцинации населения (в том числе взрослого), ухудшение социально-экономической ситуации в стране в 1990-е гг., а также миграционные процессы и смену токсигенного штамма *Corynebacterium diphtheriae* с *mitis* на *gravis* [1, 3]. Следует напомнить, что дифтерийный анатоксин, используемый для иммунопрофилактики дифтерии, не препятствует развитию «носительства» возбудителя дифтерии и не всегда защищает от развития лёгких форм этой инфекции [4, 5], поэтому циркуляция токсигенных штаммов возбудителя имела место, и её также можно отнести к одной из причин вспышки.

Среди характерных особенностей вспышки дифтерийной инфекции, разразившейся в России в 1990—1997 гг., следует также отметить высокие показатели заболеваемости в крупных городах⁴⁰, в которых было зарегистрировано 48% от всех случаев дифтерии [6]. В структуре клинических форм, преобладали локализованные формы лёгкой степени⁴¹, а также взрослый контингент населения [7]. Однако тяжесть самой ситуации была обусловлена в первую очередь распространением болезни среди «неимун-

⁴⁰ Маркина С. С., Максимова Н. М., Петина В. С. и др. Эпидемическая ситуация по дифтерии в России. URL: <http://www.gabrich.com/science/rdift.htm.html> (дата обращения: 28.10.2025).

⁴¹ Там же.

ных» детей раннего возраста и людей в возрасте 40—49 лет [1].

В целях борьбы со вспышкой, было выпущено ряд новых приказов, регулирующих различные аспекты борьбы с дифтерией. Два из них мы приведём в статье: Приказ МЗ РФ от 07.10.1992 № 266/86 «О неотложных мерах по профилактике дифтерии» и Приказ МЗ РФ от 17.09.1993 № 220 «О совершенствовании мероприятий по профилактике дифтерии». Всего в России за 1990—1996 гг. заболело 111 227 человек [1]. Существует и другая цифра — в 1990—1996 гг. дифтерией заболело 111 144 человека [8], однако разница не существенна. Н. М. Максимова и соавт. отмечают, что из общего количества заболевших погибло 3047 человека: 729 детей, 37 подростков и 2281 взрослых [8]. Указанные авторы заметили, что: «Практически все умершие от дифтерии (95%) не были привиты против этой инфекции» [8].

Изучением дифтерии на кафедре инфекционных болезней и эпидемиологии начал заниматься ещё академик В. И. Покровский со своими сотрудниками. Под руководством Валентина Ивановича были выполнены несколько замечательных работ по этой теме, соавторами которых стали сотрудники кафедры [9—11]. Однако пик изучения дифтерии на кафедре совпал со временем подъёма заболеваемости дифтерией в нашей стране. Тогда кафедрой уже руководил академик Н. Д. Ющук и практически все работы по данной тематике организованы и выполнены под его руководством. Все сотрудники кафедры, так или иначе, были вовлечены не только в научную, но и в лечебную деятельность по оказанию помощи больным дифтерией на клинических базах кафедры: ГБУЗ «ИКБ № 1 ДЗМ» и ГБУЗ «ИКБ № 2 ДЗМ». Было изучено влияние дифтерийной инфекции на сердечно-сосудистую, периферическую нервную (ПНС), мочевыделительную системы, исследовали иммунологические аспекты течения дифтерии. С практической точки зрения, в клиническую практику были внедрены новые для дифтерии диагностические и вспомогательные лечебные процедуры: лазеротерапия, плазмаферез, УЗИ сердца, электронейромиография, определение «антigenного ландшафта» лимфоцитов при дифтерии.

Одним из частых осложнений дифтерии является поражение сердечно-сосудистой системы, в частности миокардит [12]. На кафедре вопросы развития, течения, исходов дифтерийного миокардита были рассмотрены в работах, написанных в рамках выполнения кандидатской диссертации П. Г. Филиппова. Тема данной работы была актуальной, и её результаты сразу же стали внедряться в практику. До исследования П. Г. Филиппова в отечественной литературе не было структурированного подхода к рассмотрению вопроса о поражении миокарда при дифтерии. П. Г. Филипповым впервые на большой выборке пациентов (150 человек) был проведён всеобъемлющий анализ состояния сердечной мышцы (миокарда) у пациентов с токсическими формами дифтерии на разных этапах течения заболевания [13]. Анализ продемонстрировал, что поражение

миокарда в виде дифтерийного миокардита наблюдается при всех токсических формах и обусловлено воздействием экзотоксина возбудителя дифтерии [13, 14]. В ряде наблюдений прямой связи между выраженностю отёка подкожной клетчатки шеи (одного из наиболее характерных признаков токсической формы дифтерии) и тяжестью миокардита не было. Важно отметить, что миокардит при дифтерии является не осложнением, а одним из проявлений болезни. Учитывая практическую ориентированность исследования, были предложены основные критерии измерения тяжести поражения миокарда. Ими явились нарушения сократительной способности, а также нарушение проводимости, выявленные при помощи эхокардиографии и электрокардиографии соответственно. В работе доказано, что наиболее ранними признаками поражения сердца при дифтерии являются повышение активности сердечной фракции креатинфосфокиназы МВ, гидроксибутиратдегидрогеназы и лактатдегидрогеназы в сыворотке крови [13]. Кроме того, изменения выявлялись при эхокардиографии. Отмечена диагностическая ценность аспартатаминотрансферазы как маркёра гибели кардиомиоцитов. Таким образом, в работе была доказана необходимость определения активности указанных выше кардиоспецифических ферментов, а также инструментального исследования миокарда у всех пациентов с токсической дифтерией.

Органные проявления дифтерийной инфекции характеризуются и поражением ПНС, которые были исследованы и представлены в диссертационной работе Т. Э. Мигманова и сопутствующих ей научных публикациях. У взрослых пациентов отмечено наличие различных поражений ПНС. В работах Т. Э. Мигманова впервые доказано, что поражение ПНС при дифтерии протекает по двум типам: демиелинизирующему и аксонально-демиелинизирующему с менее и более тяжёлыми степенями течения соответственно [15]. Как и в случае с миокардитом, поражение ПНС связано в первую очередь с влиянием дифтерийного экзотоксина. В работе активно использовался метод электронейромиографии [16]. При помощи указанного метода установлено, что признаками, свидетельствующими о развитии аксонально-демиелинизирующей полинейропатии, будут изменения в скорости проведения нервного импульса, а также резкое снижение М-амплитуды. Кроме того, будет наблюдаться увеличение терминальной латентности, а также латентности F-волны. Данные изменения, возникающие через 1,5—2,0 нед болезни, предшествуют появлению развернутой клинической картины двигательных расстройств периферических нервов конечностей. Поэтому указанные показатели могут считаться предикторами возникновения поражения ПНС при дифтерии. Также в работе выявлена связь тяжести поражения ПНС с токсическими формами дифтерии II—III степени [15]. Для прогнозирования развития тяжёлого поражения ПНС у взрослых с дифтерией при поступлении в стационар до 6-го дня заболевания сотрудниками кафедры была создана диагностическая таб-

лица, в которую входили такие показатели, как лактатдегидрогеназа, гидроксибутиратдегидрогеназа, аспартатаминотрансфераза, аланинаминотрансфераза, креатинфосфокиназа, иммунные клетки с клонами дифференцировки (CD) CD21⁺, CD3⁺, CD4⁺ [17]. Доказано, что использование критериев таблицы позволяет с вероятностью до 95% спрогнозировать развитие тяжёлых поражений ПНС уже на этапе поступления пациента в стационар.

Работа Т. Э. Мигманова доказала состоятельность использования показателей, связанных с иммунокомпетентными клетками крови, для диагностики степени тяжести дифтерии. Прицельным исследованием состояния иммунных клеток (а именно лимфоцитов) занимался М. М. Гульяев, кандидатская диссертация которого посвящена функциональной активности лимфоцитов у пациентов с дифтерией. В работах М. М. Гульяева впервые было детально рассмотрено функциональное состояние лимфоцитов при различных клинических формах дифтерии. Важным прогностическим показателем было признано снижение показателей спонтанной пролиферативной активности лимфоцитов, что явилось важным прогностическим критерий для предсказания тяжёлого течения болезни [18, 19]. В случае улучшения состояния больного, сопровождающегося регрессом симптоматики со стороны центральной нервной, мочевыделительной, а также сердечно-сосудистой систем, происходит восстановление пролиферативной активности лимфоцитов [18, 19]. Отсутствие признаков восстановления данной активности на протяжении 4—5 нед свидетельствовало о неблагоприятном исходе заболевания. Угнетение функциональной активности лимфоцитов было зафиксировано М. М. Гульяевым при всех формах дифтерии [18, 19]. Так, при токсических формах, а также локализованной дифтерии ротоглотки наблюдалось снижение пролиферативной активности Т- и В-лимфоцитов периферической крови. Помимо этого, у бактериовыделителей отмечено преобладающее поражение В-лимфоцитов [18, 19]. В данном исследовании был использован специальный колориметрический МТТ-тест, который по результатам выполненной работы был рекомендован и внедрён в работу лаборатории патогенеза и лечения инфекционных болезней кафедры для определения функциональной активности лимфоцитов периферической крови при инфекционных заболеваниях.

Вопросы иммунопатологии при дифтерии также изучала О. Ф. Ерёмина. Результаты этих исследований далее были обобщены и оформлены ею в докторскую диссертацию. В своей работе О. Ф. Ерёмина впервые в российской медицинской практике исследовала вопросы формирования специфического адаптивного иммунного ответа организма при дифтерии, а также состояние факторов неспецифической иммунореактивности. Установлено, что изменения в иммунной системе зависят от формы болезни [20—22]. В частности, выявлено нарушение формирования адекватного иммунного ответа при тяжёлых формах дифтерии, в то время как при лёгком

и среднем течении адекватный ответ формировался в 91,3% случаев. Наиболее информативными иммунологическими показателями при дифтерии по итогам работы были выявлены антитоксические антитела, CD4⁺, CD16⁺, CD25⁺-лимфоциты [21]. Также в работе установлена важность напряжённости антитоксического иммунитета до болезни и наличие сопутствующих заболеваний [24]. Было определено отрицательное влияние носительства *C. diphtheriae* на иммунитет у бактериовыделителей [20, 21].

Как известно, основным методом лечения дифтерии является введение антитоксической противодифтерийной сыворотки (ПДС). Её дозировка несколько отличается в разных научных школах, но все едини во мнении, что ПДС является этиотропным и наиболее эффективным методом лечения дифтерии. В начале вспышки в некоторых учреждениях при токсических формах дифтерии стали использовать дозы ПДС выше рекомендованных ВОЗ и начали регистрировать появление осложнений. Сотрудники кафедры в лице Н. В. Астафьевой, Е. В. Вяльбы и А. С. Воробьева научно обосновали необходимость проводить «умеренную» терапию с использованием ПДС даже у пациентов с тяжёлыми формами болезни [24]. Сравнивая две группы, они обнаружили, что курсовая доза ПДС в количестве, не превышающем 200 тыс. МЕ, была гораздо эффективней, чем курсовая доза в размере 1,5 млн МЕ. В первом случае симптоматика болезни регрессировала быстрее, чем во втором. В то время как во второй группе (с массивной сывороточной терапией) чаще регистрировали миокардиты, полинейропатии, острую почечную недостаточность. В этой же работе была доказана бесполезность повторных введений ПДС, т. к. уже после однократного введения обнаруживали высокий титр антител к экзотоксину. Заметим, что у пациентов, которым были введены высокие дозы ПДС, титр антител снижался быстрее [24]. Мнение сотрудников кафедры по данному вопросу разделяли специалисты в области дифтерии других научно-образовательных организаций, например кафедры инфекционных болезней ФГБОУ ДПО РМАНПО в лице проф. М. Х. Турьянова, Н. М. Беляевой, доц. И. П. Трякиной. После получения результатов все практические рекомендации были внедрены в практику ГБУЗ «ИКБ № 2 ДЗМ».

Однако нельзя забывать и о дополнительных и вспомогательных методах лечения данной инфекции. На кафедре активно изучали и внедряли в практику данное направление. Следует упомянуть две работы, посвящённые данному вопросу: докторскую диссертацию А. В. Сундукова и кандидатскую работу аспиранта кафедры А. С. Воробьёва. Первая работа посвящена лазерной терапии тяжёлых форм дифтерии, где впервые в отечественной практике с клинико-патогенетической точки зрения было научно обосновано применение внутривенного лазерного облучения крови (ВЛОК). Само применение лазера в отечественной медицине не ново и уходит своими корнями в середину XX в. А. В. Сундуков доказал, что при использовании ВЛОК снижается риск развития осложнений (миокардита, полиней-

ропатии) [25, 26]. ВЛОК может оказаться хорошим подспорьем в их лечении при условии применения в первые 2 дня от момента их начала. Выяснилось и то, что при применении ВЛОК быстрее восстанавливается микроциркуляция, нарушение которой чаще наблюдают при токсических формах дифтерии. К упомянутым нарушениям можно отнести усиление регионарного сосудистого сопротивления и снижение капиллярного тока крови. Результаты работы были оформлены в виде патента «Способ лечения токсических форм дифтерии» № 2132709 от 10.07.1999.

Вторая работа посвящена плазмаферезу и была подготовлена А. С. Воробьёвым. В ней впервые дана комплексная оценка эффективности применения плазмафереза у пациентов с дифтерией. Показано влияние процедуры на регресс симптомов, частоту развития осложнений и исходы болезни [27]. Проведение плазмафереза уменьшало признаки интоксикации (отмечено снижение органоспецифических ферментов, таких как лактатдегидрогеназа, аспартат- и аланинаминотрансфераза, креатинфосфокиназа), снижало титры специфических циркулирующих иммунных комплексов, ускоряло регресс местных изменений в рогоглотке.

Помимо вышеперечисленных работ, на кафедре был выполнен ряд научных диссертационных исследований, таких как докторские диссертации А. В. Чукбара, А. М. Ордян и кандидатские диссертации И. Н. Николаевой, Н. К. Громовой, А. В. Денисенко, М. В. Остроуховой, Е. В. Копачковой.

Заключение

По итогам работы сотрудников кафедры инфекционных болезней и эпидемиологии Российского университета медицины по проблеме дифтерийной инфекции была выпущена 171 научная работа, написано методическое пособие по дифтерии, утвержденное Минздравом РФ. Материалы исследований легли в основу главы, посвящённой дифтерии, в учебнике (а позже и в Национальном руководстве по инфекционным болезням), выпущенных под редакцией Н. Д. Ющука и Ю. Я. Венгерова с участием сотрудников кафедры. Результаты исследований использовались в ликвидации вспышки дифтерийной инфекции в Российской Федерации в конце ХХ в., в частности в ГБУЗ «ИКБ № 1 ДЗМ» и ГБУЗ «ИКБ № 2 ДЗМ», в которых лечилась основная масса больных дифтерией в Москве.

В настоящее время заболеваемость дифтерией в России носит спорадический характер. По данным Роспотребнадзора, за период с 2022 по 2024 г. в нашей стране не было зарегистрировано ни одного случая дифтерии. Однако опасность её возвращения имеется из-за возможности снижения коллективного иммунитета и появления «неиммунных» групп населения, а также отказа родителей от вакцинации. Данная практика является неприемлемой и требует внимания со стороны как организаторов здравоохранения, так и практикующих врачей. Позитивную роль в продвижении идей необходимости вакцинации и ревакцинации против дифтерии может сы-

грать и просветительская деятельность историков медицины. Ведь недаром Рудольф Вирхов сказал, что «медицина нуждается в историческом знании больше, чем какая-либо другая наука».

ЛИТЕРАТУРА

- Покровский В. И., Онищенко Г. Г., Черкасский Б. Л. Эволюция инфекционных болезней в России в XX веке. М.; 2003. С. 214—237.
- Хазанов М. И. Основные задачи эпидемиологического надзора за дифтерией на этапе спорадической заболеваемости // Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии. 1971. № 5. С. 7—11.
- Dittmann S., Wharton M., Vitek C. et al. Successful control of epidemic diphtheria in the states of the Former Union of Soviet Socialist Republics: lessons learned // J. Infect. Dis. 2000. Vol. 181, Suppl 1. P. S10—S22. DOI: 10.1086/315534
- Маркина С. С., Максимова Н. М., Черкасова В. В., Кошкина Н. И. Эпидемиологическая ситуация по дифтерии в настоящее время // Вакцинация. 2006. № 1. С. 7—11.
- Grimont P. A.D., Grimont F., Efstratiou A. et al. International nomenclature for *Corynebacterium diphtheriae* ribotypes // Res. Microbiol. 2004. Vol. 155, N 3. P. 162—166. DOI: 10.1016/j.resmic.2003.12.005
- Иванова В. В., Сиземов А. Н., Швалко А. Д. Дифтерия у детей на этапе эпидемиологического подъема заболеваемости // Российский вестник перинатологии и педиатрии. 1995. № 4. С. 35—39.
7. Эпидемия дифтерии в Европе: материалы совещания (Санкт-Петербург, 5—7 июля 1993 г.). СПб.; 1993.
- Максимова Н. М., Якимова Т. Н., Маркина С. С. и др. Дифтерия в России в 21 веке // Эпидемиология и вакцинопрофилактика. 2017. № 5. С. 4—15.
- Покровский В. И., Астафьева Н. В., Коюденко Л. Т., Филимонова Н. В. Дифтерия у взрослых // Советская медицина. 1984. № 11. С. 89—93.
- Покровский В. И., Островский Н. Н., Астафьева Н. В., Филимонова Н. В. Круп при токсических формах дифтерии у взрослых // Терапевтический архив. 1985. № 5. С. 119—122.
- Астафьева Н. В. Клиника и лечение дифтерии взрослых // Патогенетические основы лечения острых инфекционных болезней: сборник научных работ кафедры инфекционных болезней Московского медицинского института им. Н. А. Семашко. М.; 1982. С. 95—105.
- Турьянов М. Х., Беляева Н. М. Клиническая классификация дифтерии // Материалы Всероссийской конференции инфекционистов. М.—Волгоград; 1995. С. 117—118.
- Венгеров Ю. Я., Филиппов П. Г. Клинико-функциональные изменения миокарда при токсической дифтерии // Тезисы докладов Всероссийской научно-практической конференции инфекционистов (Саратов, 7—9 января 1996). Саратов; 1996. С. 24.
- Ющук Н. Д., Филиппов П. Г. Механизмы поражения миокарда при дифтерии // Южно-Российский медицинский журнал. 1997. № 3. С. 19—30.
- Мигманов Т. Э., Венгеров Ю. Я. Поражение нервной системы при дифтерии // Российский журнал инфекционной патологии. 1997. № 2. С. 38—48.
- Мигманов Т. Э. Опыт электронейромиографической диагностики полинейропатии при дифтерии у взрослых // Тезисы XIX Итоговой конференции молодых ученых ММСИ. М.; 1997. С. 25.
- Мигманов Т. Э., Венгеров Ю. Я. Инструментальный метод прогнозирования вероятности развития и тяжести поражения периферической нервной системы при дифтерии // Тезисы V Всероссийского съезда инфекционистов. М.; 1997. С. 207.
- Гульяев М. М., Ющук Н. Д., Остроухова М. В., Еремина О. Ф. К вопросу о состоянии клеточных факторов иммунитета при дифтерии // Материалы юбилейной сессии кафедры инфекционных болезней Государственного Дагестанского медицинского института. Махачкала; 1996. С. 19.
- Гульяев М. М., Оганезов В. К. Функциональная активность лимфоцитов при токсической дифтерии // Сборник научных трудов молодых ученых ММСИ. М.; 1996. С. 23.
- Остроухова М. В., Новикова Т. А., Ющук Н. Д., Еремина О. Ф. Фенотип лимфоцитов у больных с различными формами дифтерийной инфекции и бактерионосителей // Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии. 1996. № 4. С. 65—70.

21. Ющук Н. Д., Еремина О. Ф., Остроухова М. В. Характеристика субпопуляционного состава лимфоцитов и ее клиническое значение у бактерионосителей токсигенными штаммами *C. diphtheriae* // Эпидемиология и инфекционные болезни. 1996. № 4. С. 27—31.
22. Ющук Н. Д., Еремина О. Ф., Николаева Е. Н. Динамика некоторых показателей гуморального иммунитета у больных осложненными формами токсической дифтерии // Эпидемиология и инфекционные болезни. 1996. № 1. С. 15—19.
23. Еремина О. Ф., Шкарупета М. М., Новикова Т. А., Ющук Н. Д. Изучение уровня противодифтерийных антител у больных различными формами дифтерийной инфекции // Иммунология. 1997. № 3. С. 42—45.
24. Вяльба Е. В., Астафьева Н. В., Сундуков А. В., Воробьев А. С. Лечение дифтерии у взрослых в современных условиях // Сборник научных трудов к 70-летию со дня рождения академика В. И. Покровского. М.; 1999. С. 169—175.
25. Ющук Н. Д., Сундуков А. В., Воробьев А. С. Применение ВЛОК в лечении дифтерийных миокардитов // Тезисы докладов IX Российского национального конгресса «Человек и лекарство». М.; 2002. С. 269.
26. Ющук Н. Д., Сундуков А. В., Вдовина Е. Т. Применение внутрисосудистого лазерного облучения крови в лечении дифтерийной полинейропатии // Тезисы докладов IX Российского национального конгресса «Человек и лекарство». М.; 2002. С. 270.
27. Воробьев А. С., Полякова А. М., Петина Г. К. и др. Влияние дискретного плазмафереза на некоторые показатели гемостаза при лечении больных тяжелыми формами токсической дифтерии // Эпидемиология и инфекционные болезни. 1996. № 3. С. 42—45.

REFERENCES

1. Pokrovskiy V. I., Onishchenko G. G., Cherkasskiy B. L. Evolution of infectious diseases in Russia in the 20th century. Moscow; 2003. P. 214—237. (In Russ.)
2. Khazanov M. I. The main tasks of epidemiological surveillance of diphtheria at the stage of sporadic morbidity. *Journal of microbiology, epidemiology and immunobiology*. 1971;(5):7—11. (In Russ.)
3. Dittmann S., Wharton M., Vitek C. et al. Successful control of epidemic diphtheria in the states of the Former Union of Soviet Socialist Republics: lessons learned. *J. Infect. Dis.* 2000;181(Suppl 1):S10—S22. DOI: 10.1086/315534
4. Markina S. S., Maksimova N. M., Cherkasova V. V., Koskhina N. I. The current epidemiological situation of diphtheria. *Vaktsinatsiya*. 2006;(1):7—11. (In Russ.)
5. Grimont P. A. D., Grimont F., Efstratiou A. et al. International nomenclature for *Corynebacterium diphtheriae* ribotypes. *Res. Microbiol.* 2004;155(3):162—166. DOI: 10.1016/j.resmic.2003.12.005
6. Ivanova V. V., Sizemov A. N., Shvalko A. D. Diphtheria in children at the stage of epidemiological rise in incidence. *Rossiyskiy vestnik perinatologii i pediatrii*. 1995;(4):35—39. (In Russ.)
7. Diphtheria epidemic in Europe: meeting materials (St. Petersburg, July 5—7, 1993). St. Petersburg; 1993. (In Russ.)
8. Maksimova N. M., Yakimova T. N., Markina S. S. et al. Diphtheria in Russia in the 21st century. *Epidemiologiya i vaktsinoprofilaktika*. 2017;(5):4—15. (In Russ.)
9. Pokrovsky V. I., Astafieva N. V., Koyudenko L. T., Filimonova N. V. Diphtheria in adults. *Soviet medicine*. 1984;(11):89—93. (In Russ.)
10. Pokrovsky V. I., Ostrovsky N. N., Astafieva N. V., Filimonova N. V. Croup in toxic forms of diphtheria in adults. *Terapevticheskij arkhiv*. 1985;(5):119—122. (In Russ.)
11. A. Astafieva N. V. Clinic and treatment of diphtheria in adults. *Pathogenetic foundations of treatment of acute infectious diseases: collection of scientific papers of the Department of Infectious Diseases of the Moscow Medical Institute named after N. A. Semashko*. Moscow; 1982. P. 95—105. (In Russ.)
12. Turyanov M. Kh., Belyaeva N. M. Clinical classification of diphtheria. *Proceedings of the All-Russian Conference of Infectious Disease Specialists*. Moscow—Volgograd; 1995: 117—118. (In Russ.)
13. Vengerov Yu. Ya., Filippov P. G. Clinical and functional changes in the myocardium in toxic diphtheria. *Abstracts of the All-Russian Scientific and Practical Conference of Infectious Disease Specialists (Saratov, January 7—9, 1996)*. Saratov; 1996:24. (In Russ.)
14. Yushchuk N. D., Filippov P. G. Mechanisms of myocardial damage in diphtheria. *Yuzhno-Rossiyskiy Meditsinskiy zhurnal*. 1997;(3):19—30. (In Russ.)
15. Migmanov T. E., Vengerov Yu. Ya. Damage to the nervous system in diphtheria. *Rossiyskiy zhurnal infektsionnoy patologii*. 1997;(2):38—48. (In Russ.)
16. Migmanov T. E. Experience of electromyographic diagnostics of polyneuropathy in diphtheria in adults. *Theses of the XIX Final Conference of Young Scientists of the MMSI*. Moscow; 1997:25. (In Russ.)
17. Migmanov T. E., Vengerov Yu. Ya. An instrumental method for predicting the probability of development and severity of damage to the peripheral nervous system in diphtheria. *Theses of the V All-Russian Congress of Infectious Disease Specialists*. Moscow; 1997:207. (In Russ.)
18. Gulyaev M. M., Yushchuk N. D., Ostroukhova M. V., Eremina O. F. On the state of cellular immunity factors in diphtheria. *Proceedings of the anniversary session of the Department of Infectious Diseases of the Dagestan State Medical Institute*. Makhachkala. 1996:19. (In Russ.)
19. Gulyaev M. M., Oganezov V. K. Functional activity of lymphocytes in toxic diphtheria. *Collection of scientific papers by young scientists of the MMSI*. Moscow; 1996:23. (In Russ.)
20. Ostroukhova M. V., Novikova T. A., Yushchuk N. D., Eremina O. F. Phenotype of lymphocytes in patients with various forms of diphtheria infection and bacteria carriers. *Journal of microbiology, epidemiology and immunobiology*. 1996;(4):65—70. (In Russ.)
21. Yushchuk N. D., Eremina O. F., Ostroukhova M. V. Characteristics of the subpopulation composition of lymphocytes and its clinical significance in carriers of toxicogenic strains of *C. diphtheriae*. *Epidemiologiya i infektsionnye bolezni*. 1996;(4):27—31. (In Russ.)
22. Yushchuk N. D., Eremina O. F., Nikolaeva E. N. Dynamics of some indicators of humoral immunity in patients with complicated forms of toxic diphtheria. *Epidemiologiya i infektsionnye bolezni*. 1996;(1):15—19. (In Russ.)
23. Eremina O. F., Shkarupeta M. M., Novikova T. A., Yushchuk N. D. Study of the level of anti-diphtheria antibodies in patients with various forms of diphtheria infection. *Immunologiya*. 1997;(3):42—45. (In Russ.)
24. Vyalba E. V., Astafieva N. V., Sundukov A. V., Vorobyov A. S. Treatment of diphtheria in adults in modern conditions. *A collection of scientific papers dedicated to the 70th anniversary of the birth of Academician V. I. Pokrovsky*. Moscow; 1999:169—175. (In Russ.)
25. Yushchuk N. D., Sundukov A. V., Vorobyov A. S. Application of VLOC in the treatment of diphtheritic myocarditis. *Abstracts of the IX Russian National Congress «Man and Medicine»*. Moscow; 2002:269. (In Russ.)
26. Yushchuk N. D., Sundukov A. V., Vdovina E. T. Use of intravascular laser irradiation of blood in the treatment of diphtheritic polyneuropathy. *Abstracts of the IX Russian National Congress «Man and Medicine»*. Moscow; 2002:270. (In Russ.)
27. Vorobyov A. S., Polyakova A. M., Petina G. K. et al. The influence of discrete plasmapheresis on some hemostasis indices in the treatment of patients with severe forms of toxic diphtheria. *Epidemiologiya i infektsionnye bolezni*. 1996;(3):42—45. (In Russ.)

Вклад авторов: все авторы сделали эквивалентный вклад в подготовку публикации. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Contribution of the authors: the authors contributed equally to this article. The authors declare no conflicts of interests.

Статья поступила в редакцию 26.05.2025; одобрена после рецензирования 18.06.2025; принята к публикации 06.11.2025.
The article was submitted 26.06.2025; approved after reviewing 18.06.2025; accepted for publication 06.11.2025.

Обзорная статья

УДК 314.44

doi:10.32687/1561-5936-2025-29-4-431-434

Историческая демография и социальная память: от переписей населения к современным исследованиям

Айрат Хусаинович Лукманов

Национальный исследовательский университет «МЭИ», Москва, Россия

20-la-20@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-5629-7670>

В статье анализируются становление и развитие исторической демографии как научной дисциплины, уделяется внимание её взаимодействию с феноменом социальной памяти. От переписей населения Нового времени до современных цифровых методов реконструкции демографических процессов прослеживается эволюция источников базы и методологии. Подчёркивается, что демографическая история формирует основу для коллективной идентичности и исторической памяти общества, а также выступает инструментом для прогнозирования будущих социальных трансформаций.

Ключевые слова: историческая демография; социальная память; переписи населения; источниковедение; коллективная идентичность; демографическая реконструкция

Для цитирования: Лукманов А. Х. Историческая демография и социальная память: от переписей населения к современным исследованиям // Ремедиум. 2025. Т. 29, № 4. С. 431—434. doi:10.32687/1561-5936-2025-29-4-431-434

Review article

Historical demography and social memory: from population censuses to modern research

Ayrat Kh. Lukmanov

National Research University «MEI», Moscow, Russia

20-la-20@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-5629-7670>

Abstract. The article analyzes the formation and development of historical demography as a scientific discipline, paying attention to its interaction with the phenomenon of social memory. The evolution of the source base and methodology is traced from Modern population censuses to modern digital methods for reconstructing demographic processes. It is emphasized that demographic history forms the basis for the collective identity and historical memory of society, and also acts as a tool for predicting future social transformations.

Keywords: historical demography; social memory; population censuses; source studies; collective identity; demographic reconstruction

For citation: Lukmanov A. Kh. Historical demography and social memory: from population censuses to modern research. *Remedium.* 2025;29(4):431–434. (In Russ.). doi:10.32687/1561-5936-2025-29-4-431-434

Введение

Историческая демография занимает особое место в системе гуманитарных и социальных наук, представляя собой область, которая исследует численность, структуру, воспроизводство и динамику населения в прошлом. Её формирование связано с развитием статистики и первых переписей населения в Европе XVII—XVIII вв., когда государства стремились получить инструмент для управления экономическими и военными ресурсами.

Однако историческая демография — это не только математическая фиксация численности населения. Она раскрывает социальные механизмы воспроизводства общества, выявляет закономерности брачности, рождаемости, смертности и миграции в разные исторические периоды. Через изучение этих процессов становится возможным понимание не только биологического и социального существования поколений, но и того, как общество адаптировалось к кризисам: эпидемиям, войнам, демографическим переходам.

Особое значение историческая демография приобретает в контексте социальной памяти. Массовые демографические потрясения, такие как голод, эпидемии или миграции, становятся не только статистическими фактами, но и важнейшими элементами коллективного опыта. Они закрепляются в семейных преданиях, литературе, мемориальных практиках и культурных кодах, формируя основу идентичности сообществ. Таким образом, демографическая история тесно переплетается с культурной и социальной памятью, обеспечивая долговременную трансляцию знаний и переживаний между поколениями.

Современные исследования в области исторической демографии опираются на новые методологические подходы и цифровые технологии. Использование крупных баз данных, а также применение геоинформационных систем и биостатистики открывают новые возможности для реконструкции прошлого. Это позволяет не только уточнять численные показатели, но и выявлять социальные закономерности, сопоставлять локальные демографические про-

цессы с глобальными тенденциями, рассматривать их через призму исторической памяти.

В условиях усиливающихся демографических вызовов современности — старения населения, миграционных кризисов, снижения рождаемости — обращение к исторической демографии становится особенно актуальным. Анализ долгосрочных изменений в структуре и динамике населения позволяет вырабатывать более взвешенные прогнозы и стратегии демографической политики. Кроме того, обращение к опыту прошлого способствует сохранению социальной памяти, что является важным элементом устойчивости общества.

Таким образом, исследование исторической демографии в её взаимосвязи с социальной памятью позволяет рассматривать демографические процессы не только как статистическую категорию, но и как основу формирования коллективной идентичности. Это обеспечивает междисциплинарный синтез исторического знания, социологии, антропологии и культурологии, открывая новые горизонты для анализа общества в прошлом и настоящем.

Материалы и методы

Исследование опирается на комплексный анализ источников и междисциплинарные методы, характерные для современной исторической демографии.

Основу источниковой базы составили классические труды по исторической демографии, официальные переписи населения Российской империи и СССР, в первую очередь материалы переписи 1897 года и советских переписей 1926, 1937 и 1939 гг., а также их критический анализ, публикации по социальной памяти и культурным последствиям демографических катастроф.

Применён комплекс методов, в том числе:

- историко-статистический метод — анализ количественных показателей численности и структуры населения на основе переписей, метрических книг и демографических таблиц;
- методы демографической реконструкции, разработанные французской школой, включая восстановление показателей рождаемости, брачности и смертности на локальном уровне;
- сравнительно-исторический анализ, позволяющий выявить сходства и различия в демографической динамике России и европейских стран;
- источниковедческий анализ, включающий критику и оценку достоверности демографических данных, в особенности применительно к советским переписям, результаты которых нередко подвергались политическому искажению;
- междисциплинарные методы: геоинформационные системы (ГИС) для пространственного анализа миграций и демографических сдвигов; элементы биостатистики и корреляционного анализа для выявления закономерностей демографических процессов;

- антропологический подход для интерпретации культурных и социальных практик, связанных с демографией.

Методология исследования строится на синтезе подходов исторической демографии и теории социальной памяти. Демографические данные рассматриваются не только как статистическая категория, но и как элемент формирования коллективной идентичности. Такой подход позволяет выявить, каким образом демографические кризисы (войны, эпидемии, голод) закрепляются в памяти общества и трансформируют культурные практики.

Результаты и обсуждение

Основные этапы развития исторической демографии представлены в таблице.

Первые систематические переписи населения, проводившиеся в Европе начиная с XVII в., стали основой для становления статистических методов анализа общества. Французские исследователи и представители Кембриджской школы исторической демографии предложили новые подходы к реконструкции демографических процессов на основе приходских книг и налоговых реестров.

В России особую роль сыграли переписи 1897 г. и последующие советские переписи, которые не только предоставили количественные данные, но и оказали влияние на формирование социальной памяти. Катастрофические демографические изменения XX в. — революции, войны, репрессии, голод — оставили след не только в статистике, но и в коллективной идентичности, закреплённой в культурных нарративах.

Историческая демография как научная дисциплина начала складываться в середине XX в., однако её истоки уходят в практику систематических переписей населения, которые в Европе проводились с XVII в. Первоначально они носили административно-фискальный характер и были направлены на учёт налогоплательщиков и военнообязанных. Постепенно накопленные данные стали использоваться для анализа социально-экономических процессов, что подготовило почву для становления статистических методов изучения общества.

Французская школа исторической демографии, представителем которой был Л. Ари, внесла значительный вклад в развитие дисциплины [1]. Учёные разработали методы демографической реконструкции на основе метрических книг и приходских регистров, что позволило исследовать долгосрочные тенденции рождаемости, брачности и смертности.

Особое место занимает деятельность Кембриджской школы исторической демографии (П. Ласлетт, Э. Уигли, Р. Скофилд). Их коллективная работа стала классическим примером масштабного анализа демографических данных, собранных из приходских книг, и позволила выявить закономерности демографических переходов в Англии раннего Нового времени [2].

В России становление исторической демографии имело свою специфику. Первая всеобщая перепись населения 1897 г., охватившая более 125 млн чело-

Этапы развития исторической демографии

Этап	Основные характеристики
Ранний этап: предпосылки (XVII—XVIII вв.)	<ul style="list-style-type: none"> • Появление первых систематических переписей населения в странах Европы (Швеция — 1749 г., Англия и Франция — ло-кальные учёты); • цель переписей была прежде всего фискальной и военной (налоги, рекрутские наборы), но собранные данные стали важной основой для первых демографических подсчётов; • формирование идей «политической арифметики» (Дж. Граунт, У. Петти), в которых статистика населения рассматривалась как инструмент анализа общества
Классический статистический этап (XIX в.)	<ul style="list-style-type: none"> • Развитие государственной статистики: проведение регулярных всеобщих переписей населения (Франция, 1801 г.; Россия, 1897 г.); • введение систематического учёта рождаемости, смертности и брачности через метрические книги и акты гражданского состояния; • демография как наука формируется в тесной связи с социологией (О. Конт, Э. Дюркгейм) и экономикой; • основное внимание уделялось макропоказателям численности и структуры населения
Этап становления исторической демографии как дисциплины (середина XX в.)	<ul style="list-style-type: none"> • В 1950—1960-е гг. формируется историческая демография как самостоятельная область; • французская школа: Л. Анри, М. Леви-Леба разработали методы демографической реконструкции на основе приходских книг; • кембриджская школа (П. Ласплетт, Э. Уигли, Р. Скофилд) — использование приходских книг Англии, исследование демографической истории 1541—1871 гг.; • возникает интерес к микродемографическим исследованиям — изучению локальных общин, семейных структур, брачности и рождаемости
Этап институционализации и расширения методологии (1970—1990-е гг.)	<ul style="list-style-type: none"> • Формирование национальных и международных центров по исторической демографии (INED во Франции, Центр исторической демографии в Кембридже); • расширение источников базы: помимо церковных книг и переписей, активно используются налоговые реестры, судебные документы, семейные хроники; • включение в поле анализа социальных последствий демографических процессов — урбанизация, миграции, эпидемии; • появление междисциплинарного взаимодействия с исторической социологией, антропологией, этнографией
Современный цифровой этап (конец XX в.—XXI в.)	<ul style="list-style-type: none"> • Активная цифровизация источников: создание баз данных IPUMS, EHPS-Net, национальных цифровых архивов (в том числе России); • применение ГИС для анализа пространственной динамики населения; • использование биостатистики, эконометрики, антропологии и даже генетики для комплексного изучения демографических процессов; • появление направления «цифровая историческая демография», связанного с методами цифровой гуманитаристики (big data, машинное обучение, сетевой анализ); • сближение с культурологией и социологией памяти: исследование того, как демографические кризисы (войны, голод, эпидемии) закрепляются в социальной памяти и культурных практиках

век, заложила основу для систематических исследований численности и структуры населения. Материалы переписи и по сей день остаются уникальным источником для историко-демографических изысканий [3]. Советские переписи XX в., несмотря на политические ограничения и цензуру, предоставили исследователям ценные данные для анализа демографических последствий индустриализации, урбанизации и социальных катализмов.

Катастрофические демографические изменения XX в. — революции, мировые войны, голод, репрессии — нашли отражение не только в статистике, но и в социальной памяти общества. Они закрепились в семейных преданиях, литературе и культурных нарративах, формируя особое поле коллективной идентичности [4]. Таким образом, историческая демография в российской традиции сочетает количественный анализ с изучением механизмов памяти, что делает её междисциплинарной областью знания.

Современный этап развития исторической демографии характеризуется активным использованием цифровых технологий и междисциплинарных подходов, что позволяет значительно расширить источниковую базу и глубину анализа. Если на ранних этапах исследователи были ограничены в работе метрическими книгами, налоговыми реестрами и переписями населения, то сегодня возможности анализа многократно возросли благодаря цифровизации архивов, международным базам данных и новым методам обработки информации.

Одним из важнейших направлений стало создание специализированных электронных баз данных, включающих переписи, метрические книги и другие

источники по исторической демографии. Примерами являются:

- IPUMS International (Integrated Public Use Microdata Series)⁴², объединяющая микроданные переписей из более чем 100 стран мира за последние 60 лет и позволяющая исследовать долгосрочные демографические тенденции на глобальном уровне;
- EHPS-Net (European Historical Population Samples Network)⁴³, в рамках которого формируются стандартизованные базы данных о населении Европы раннего Нового времени и XIX в., обеспечивающие возможность сравнительных исследований;
- национальные цифровые архивы (например, проекты по оцифровке метрических книг и ревизских сказок в России).

Эти ресурсы позволяют сопоставлять локальные демографические процессы с региональными и глобальными тенденциями, а также восстанавливать историческую динамику на уровне индивидуальных биографий.

Геоинформационные технологии открывают новые перспективы для анализа миграций и пространственной динамики населения. С их помощью исследователи могут моделировать перемещение населения, распределение по территориям, взаимосвязь демографических процессов с природно-климатическими, социально-экономическими и политическими

⁴² Integrated Public Use Microdata Series. URL: www.ipums.org

⁴³ European Historical Population Samples Network. URL: www.ehps-net.eu

скими факторами. Применение ГИС позволяет выявлять закономерности, недоступные для традиционной статистики, например, пространственные модели эпидемий или миграционных волн.

Историческая демография активно интегрирует достижения смежных дисциплин:

- биостатистики, что позволяет применять сложные методы регрессионного и корреляционного анализа для реконструкции динамики рождаемости, смертности и брачности;
- антропологии, которая вносит качественный аспект, раскрывая культурные и этнографические особенности демографических практик (традиции брака, обряды перехода, погребальные практики);
- генеалогии и генетики, обеспечивающих дополнительные данные о родственных связях и миграционных маршрутах.

Особое место занимает использование методов цифровой гуманитаристики, включающих автоматизированный анализ текстов, сетевой анализ и машинное обучение. Эти инструменты применяются для обработки больших массивов архивных данных, выявления скрытых закономерностей и моделирования исторических процессов.

Такие подходы позволяют не только восполнять пробелы в источниковской базе, но и выходить за рамки сугубо статистического анализа. Сегодня историческая демография способна сопоставлять демографические изменения с социальными и культурными практиками: исследовать взаимосвязь между демографическими кризисами и формированием социальной памяти, выявлять влияние войн и эпидемий на идентичность сообществ, анализировать демографические процессы в контексте модернизационных и глобализационных трансформаций.

Таким образом, современная историческая демография превращается в интегративную науку, опирающуюся на цифровые архивы, ГИС-технологии и междисциплинарные методы анализа, что открывает новые горизонты для изучения взаимодействия населения и общества в исторической перспективе.

Заключение

Историческая демография, пройдя путь от описательной статистики населения до высокотехнологичной междисциплинарной науки, сегодня занимает ключевое место в исследовании исторических и социальных процессов. Её значение выходит далеко за пределы фиксации численности населения: она становится инструментом анализа структурных изменений общества, механизмов социальной адаптации и формирования коллективной памяти.

Современные подходы к историко-демографическому исследованию, основанные на цифровизации

источников, применении геоинформационных систем, биостатистики и методов цифровой гуманитаристики, открывают качественно новые возможности реконструкции демографических процессов прошлого. Это позволяет не только уточнять количественные характеристики рождаемости, смертности, брачности и миграции, но и выявлять взаимосвязи между демографическими событиями и социально-культурными изменениями.

Историческая демография всё более превращается в науку о взаимодействии человека, общества и памяти. Через анализ демографических катастроф, миграций, войн и эпидемий она раскрывает, как население реагировало на кризисы, как формировались коллективные стратегии выживания и какие следы эти процессы оставили в культурной памяти поколений.

В условиях современных демографических вызовов — старения населения, снижения рождаемости, роста миграционной мобильности — обращение к историко-демографическому опыту приобретает практическую значимость. Изучение долгосрочных тенденций воспроизведения населения помогает вырабатывать более обоснованные модели демографической политики, ориентированные на устойчивое развитие и социальную стабильность.

Таким образом, историческая демография выступает связующим звеном между прошлым и настоящим: она не только восстанавливает численные параметры жизни обществ, но и объясняет, как эти параметры формировали социальные структуры, культурные коды и память народов. В этом заключается её современная гуманитарная миссия — содействовать осмысливанию исторического опыта человечества через призму демографических процессов и памяти поколений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Henry L., Blum A. Techniques d'analyse en démographie historique. Paris; 1988.
2. Wrigley E. A., Schofield R. S. The population history of England, 1541—1871. Cambridge; 1981.
3. Тольц М. Итоги переписи населения СССР 1939 года: две проблемы адекватности // Демографическое обозрение. 2020. Т. 7, № 1. С. 100—117.
4. Зубкова Е. Ю. Послевоенное советское общество: политика и повседневность. 1945—1953 г. М.; 1999.

REFERENCES

1. Henry L., Blum A. Techniques d'analyse en demographie historique. Paris; 1988. (In Fren.)
2. Wrigley E. A., Schofield R. S. The population history of England, 1541—1871. Cambridge; 1981.
3. Tolts M. The results of the 1939 USSR population census: two problems of adequacy. *Demographic review*. 2020;7(1):100—117. (In Russ.)
4. Zubkova E. Y. Post-war Soviet society: politics and everyday life. 1945—1953. Moscow; 1999. (In Russ.)

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

The author declares no conflicts of interests.

Статья поступила в редакцию 26.05.2025; одобрена после рецензирования 18.06.2025; принята к публикации 06.11.2025.
The article was submitted 26.06.2025; approved after reviewing 18.06.2025; accepted for publication 06.11.2025.