

International Journal
ACTUAL PROBLEMS
OF MEDICINE
AND BIOLOGY

IJAPMB



Международный журнал: актуальные проблемы медицины и биологии
საერთაშორისო ჟურნალი: მედიცინისა და ბიოლოგიის აქტუალური პრობლემები
Revista Internacional Problemas Actuales de Medicina y Biología
Revue International Problèmes d'Actualité de Médecine et Biologie

Editorial Board

Л.А. Бокерия,
доктор медицинских наук, профессор,
Академик РАН и РАМН

L.A. Boqeria,
doctor of medical sciences, professor,
Academician of RAS and RAMS

Л.А. Вашакмадзе,
иностраный член национальной академии наук
Грузии, доктор медицинских наук, профессор
L.A. Vashakmadze,
foreign member of the National Academy of Sciences
of Georgia, doctor of medical sciences, professor

Р.Ш. Гветадзе,
член-корреспондент РАН Заслуженный врач РФ
Лауреат премии Правительства в области науки
и техники, лауреат премии Правительства РФ в
области образования, доктор медицинских наук,
профессор

R.Sh. Gvetadze,
corresponding member of the PAS, honored doctor
of the RF Government Prize in the field of science
and technology, laureate of the Russian Federation
Government prize in the education medical sciences,
professor

И.В. Грошев,
доктор психологических наук, доктор экономических
наук, профессор, Заслуженный деятель науки РФ,
лауреат премии Правительства РФ в области образования
I.V. Groshev,
doctor of psychology, doctor of economics, professor,
Honored worker of science of the Russian Federation,
Laureate of the prize of the Government
of the RF in the education

В.К. Далабаев,
доктор медицинских наук, доцент, доцент
V.K. Dadabaev,
doctor of medical sciences, associate professor

Д.Д. Долидзе,
доктор медицинских наук, профессор
D.D. Dolidze,
doctor of medical sciences, professor

Н.Э. Златкина,
кандидат медицинских наук, врач высшей категории
N.E. Zlatkina,
candidate of medical sciences, doctor of the highest category

Д.Г. Иоселиани,
доктор медицинских наук, профессор,
Заслуженный деятель науки РФ, Академик РАН
D.G. Ioseliani,
doctor of medical sciences, professor,
Honored worker of science, Academician of RAS

Н.Г. Кацадзе,
кандидат медицинских наук
N.G. Katsadze,
candidate of medical

А.А. Мохов,
доктор юридических наук
A.A. Mokhov,
doctor of law

В.Д. Прокопенко,
доктор медицинских наук, профессор,
врач высшей категории
V.D. Prokopenko,
doctor of medical sciences, professor, doctor
of the highest category

Н.Д. Резник,
доктор медицинских наук, академик ИНАРН
N.D. Reznik,
doctor of medical sciences, academician of IADS

Н.Н. Румянцев,
доктор медицинских наук
N.N. Rumyantsev,
doctor of medical sciences

А.Ф. Сокол,
доктор медицинских наук, доктор социологии,
профессор, академик ИНАРН
A.F. Sokol,
doctor of medical sciences, doctor of sociology,
academician of IADS

Б.А. Спасеников,
доктор медицинских наук, доктор юридических наук,
профессор

B.A. Spasennikov,
doctor of medical sciences, doctor of law, professor

В.П. Трутень
доктор медицинских наук, профессор, Заслуженный
врач РФ Лауреат премии Правительства РФ в области
образования
V.P. Truten',
doctor of medical sciences, professor, honored doctor
of the Russian Federation

Р.М. Торшхоева,
доктор медицинских наук
R.M. Torshkhoyeva,
doctor of medical sciences

Л.А. Троицкая,
доктор психологических наук, профессор
L.A. Troitskaya,
doctor of psychology, professor

С.Н. Пузин
доктор медицинских наук, профессор, академик РАН,
заслуженный деятель науки РФ, заслуженный врач РФ
S.N. Puzin
doctor of medical sciences, professor, academician
of RAS, honored scientist of the Russian Federation,
honored doctor of the Russian Federation

Р. Чарекишвили,
доктор медицинских наук, профессор
R. Charekishvili,
doctor of medical sciences, professor

Т.Р. Чумбадзе,
кандидат медицинских наук, врач-диетолог,
педиатр высшей категории

T.R. Chumbadze,
candidate of medical sciences, dietician, pediatrician
of the highest category

Р.В. Шурупова,
доктор социологических наук,
кандидат педагогических наук, профессор, академик
РАЕН, действительный член Международной
педагогической академии, член ИНАРН
R.V. Shurupova,
doctor of social sciences, candidate of pedagogical
sciences, professor, academician of RANS, full member of
the International pedagogical academy, member of IADS

Н.Д. Эриашвили,
кандидат исторических наук, кандидат юридических
наук, доктор экономических наук, профессор, лауреат
премии Правительства РФ в области науки и техники,
лауреат премии Правительства РФ в области образования
N.D. Eriashvili,
candidate of historical sciences, candidate of law, doctor
of economics, professor, laureate of the Russian
Federation Government prize in science and technology
laureate of the Russian Federation Government prize in
the education

Свидетельство о регистрации
404499262

Главный редактор

Б.А. Спасенников,

доктор медицинских наук,
доктор юридических наук,
профессор

Ответственный за выпуск

Л.А. Суламанидзе,

кандидат медицинских наук

С.И. Малюк,

врач высшей категории

Грузия:

А. Клдаисели,

0177 Тбилиси,

пр. Александра Казбеги, д. 44,
Справедливая Грузия.

Тел./факс: +995322421207/08

E-mail: sama_saqartvelo@mail.ru

Представительства в России:

Главный редактор

Объединенной редакции

Н.Д. Эриашвили,

кандидат исторических наук,
кандидат юридических наук,
доктор экономических наук,
профессор, лауреат премии
Правительства РФ

в области науки и техники,
лауреат премии Правительства
РФ в области образования

В.Н. Закаидзе,

Генеральный директор
издательства «ЮНИТИ-ДАНА»
123298 Москва,

ул. Ирины Левченко, д. 1

в Израиле:

Л.Н. Тепман,

доктор экономических наук,
профессор

Иокнеам, ул. Цеелим, д. 8

E-mail: tepmn32@list.ru

Отпечатано в типографии

ООО «Буки Веди»,

117246, г. Москва,

проезд Научный, д. 19,

этаж 2, ком. 6Д, оф. 202

Тел.: 8 (495) 926-63-96

www.bukivedi.com

Заказ №

www.unity-dana.ru

www.niion.org

СОДЕРЖАНИЕ 1 / 2023

С.М. ДЫНЬКОВ, Н.К. ТАРАСОВА, Б.Л. ДУБЕРМАН, З.Г. ОБЛИЦОВА. Опыт проведения итоговой государственной аттестации выпускников медицинских вузов при пандемии коронавирусной инфекции	4
А.Е. ЕПИФАНОВ. К вопросу кадрового обеспечения здравоохранения в Сталинградской области (1942—1943 гг.)	10
С.Я. КАЗАНЦЕВ, В.И. КРАСИЛЬНИКОВ. Клиническая картина анафилактического шока	17
Л.А. КАЗАНЦЕВА, В.И. КРАСИЛЬНИКОВ, С.Я. КАЗАНЦЕВ. Основные принципы оказания первой помощи при минно-взрывных поражениях Казань 2023	20
В.А. КОРОВИН. Проблемы симуляции психических расстройств	23
А.В. МАЛКИНЕН. COVID-19 и нервно-психическое здоровье: некоторые социально-гигиенические аспекты	28
Ф.Г. МЫШКО. Оценка эффективности нормативно-правового регулирования долговременного ухода за пожилыми гражданами и инвалидами и выявление пробелов в законодательстве	33
А.А. ПАВЛЕНКО. Восприятие и оценка результатов контроля за медицинским обеспечением лиц, лишенных свободы	38
О.И. ПОЛОЗКОВ, С.Н. ЧЕРКАСОВ, Д.О. МЕШКОВ. Детерминанты здоровья: признание ответственности за свое здоровье в старших возрастных группах	44
В.М. РЕДКОУС. К вопросу о подготовке и принятии кодифицированных актов в области здравоохранения на правовом пространстве СНГ (опыт Республики Таджикистан)	49
Б.А. СПАСЕННИКОВ. Место психологии в науке	54
Б.А. СПАСЕННИКОВ. О Нобелевской премии по физиологии или медицине	58
А.В. БОГДАНОВ, Ю.В. ПАПАЗОВА, Е.Н. ХАЗОВ. Оперативно-розыскное противодействие наркобизнесу в России	66
С.Н. ЧЕРКАСОВ, П.С. ЧЕРКАСОВ, Д.О. МЕШКОВ. Уровень образования как социальная детерминанта здоровья на распространенность здоровьесберегающих форм поведения	73
А.А. ШАКИРОВ. Об учреждениях, оказывающих платную медицинскую помощь в городах федерального значения Российской Федерации	80
А.М. ШВЕДОВ. Методологические вопросы медицинской социологии	83
С.Б. ПОНОМАРЁВ. Прогноз в пенитенциарной медицине	88
Е.В. КАЗАНЦЕВА. Обоснование научного исследования «Предикторы развития фибрилляции предсердий у коморбидных пациентов с артериальной гипертензией и хронической обструктивной болезнью лёгких»	92
В.А. КОРОВИН. Рецензия на диссертацию И.Н. Бакшаева «Совершенствование медицинской помощи пациентам с болезнями системы кровообращения в пенитенциарных учреждениях»	94
А.В. МАЛКИНЕН. Рецензия на монографию Е.Ю. Беловой, Д.В. Горбань, А.В. Дергачева, Ю.А. Кашубы, В.В. Кима, А.А. Крымова, Д.А. Никитина, И.С. Нистратовой, Е.Е. Новикова, А.А. Павленко, А.В. Родионова, С.М. Савушкина, А.П. Скибы, Г.В. Щербакова, В.Е. Южанина «Принудительное питание осужденных к лишению свободы»	98

Registration certificate
404499262

Chief editor

B.A. Spasennikov,
doctor habil in Medicine,
doctor habil in Law, professor

Responsible for the issue

L.A. Sulamanidze,
candidate of medical sciences

S.I. Maliuk,
doctor of the highest category

Georgia:

A. Kldeiseli,
44 A. Kazbegi Avenue, Tbilisi,
0186, Righteous Georgia
Tel./Fax: +995322421207/08

E-mail:

sama_saqartvelo@mail.ru

Chief editor of Joint editorial

N.D. Eriashvili,
candidate of historical
sciences, candidate of law,
doctor of economics, professor,
laureate of the Russian
Federation Government prize
in Science and Technology,
Laureate of the prize of the
Government of the RF in the
education

Representations

in Russia:

V.N. Zakaidze,
CEO of publishing house
«UNITY-DANA»
1 Irina Levchenko,
Moscow, 123298

in Israel:

L.N. Tepman,
doctor of economical sciences,
professor
3, Tze'Elim, Yokneam

E-mail: tepmn32@list.ru

www.unity-dana.ru

www.niion.org

CONTENTS 1 / 2023

S.M. DYNKOV, N.K. TARASOVA, B.L. DUBERMAN, Z.G. OBLITSOVA. Experience in conducting final state certification of medical university graduates during the coronavirus pandemic	4
A.E. EPIFANOV. On the issue of staffing of health care in the Stalingrad region (1942—1943)	10
S.Ya. KAZANTSEV, V.I. KRASILNIKOV. Clinical picture of anaphylactic shock	17
L.A. KAZANTSEVA, V.I. KRASILNIKOV, S.Ya. KAZANTSEV. Basic principles of rendering first aid for mine-explosive damage	20
V.A. KOROVIN. Problems of simulation of mental disorders	23
A.V. MALKINEN. COVID-19 and neuropsychic health: some socio-hygienic aspects	28
F.G. MYSHKO. Assessing the effectiveness of legal regulation of long-term care for elderly citizens and people with disabilities and identifying gaps in legislation	33
A.A. PAVLENKO. Perception and evaluation of the results of monitoring the medical provision of persons deprived of liberty	38
O.I. POLOZKOV, S.N. CHERKASOV, D.O. MESHKOV. Determinants of health: taking responsibility for health in older age groups	44
V.M. REDKOUS. On the issue of preparation and adoption of codified acts in the field of healthcare in the legal space of the CIS (experience of the Republic of Tajikistan)	49
B.A. SPASENNIKOV. Place of Psychology in Science	54
B.A. SPASENNIKOV. About the Nobel Prize in Physiology or Medicine	58
A.V. BOGDANOV, Yu.V. PAPAZOVA, E.N. KHAZOV. Operational and investigative counteraction to drug trafficking in Russia	66
S.N. CHERKASOV, P.S. CHERKASOV, D.O. MESHKOV. Level of education as a social determinant of health on the prevalence of health-saving behaviors	73
A.A. SHAKIROV. About institutions providing paid medical care in cities of federal significance of the Russian Federation	80
A.M. SHVEDOV. Methodological issues in medical sociology	83
S.B. PONOMAREV. Prognosis in penitentiary medicine	88
E.V. KAZANTSEVA. Rationale for scientific study «Predictors of the development of atrial fibrillation in comorbid patients with arterial hypertension and chronic obstructive pulmonary disease»	92
V.A. KOROVIN. Review for the dissertation I.N. Bakshaev «Improvement of medical care for patients with diseases of the circulatory system in penitentiary system»	94
A.V. MALKINEN. Review to monography E.Y. Belova, D.V. Horban, A.V. Dergachev, Y.A. Kashuba, V.V. Kim, A.A. Krymov, D.A. Nikitin, I.S. Nistratova, E.E. Novikov, A.A. Pavlenko, A.V. Rodionov, S.M. Savushkin, A.P. Skyba, G.V. Shcherbakov, V.E. Yuzhanin «Forced nutrition of condemned»	98

© С.М. ДЫНЬКОВ, Н.К. ТАРАСОВА, Б.Л. ДУБЕРМАН, З.Г. ОБЛИЦОВА. 2023

Опыт проведения итоговой государственной аттестации выпускников медицинских вузов при пандемии коронавирусной инфекции

Сергей Михайлович ДЫНЬКОВ,

Северный государственный медицинский университет, г. Архангельск, Российская Федерация

E-mail: office@unity-dana.ru

Надежда Константиновна ТАРАСОВА,

Северный государственный медицинский университет, г. Архангельск, Российская Федерация

E-mail: office@unity-dana.ru

Борис Львович ДУБЕРМАН,

Северный государственный медицинский университет, г. Архангельск, Российская Федерация

E-mail: office@unity-dana.ru

Зинаида Георгиевна ОБЛИЦОВА,

Институт управления, г. Архангельск, Российская Федерация

E-mail: zina.oblitsova@yandex.ru

Для цитирования. С.М. ДЫНЬКОВ, Н.К. ТАРАСОВА, Б.Л. ДУБЕРМАН, З.Г. ОБЛИЦОВА. Опыт проведения итоговой государственной аттестации выпускников медицинских вузов при пандемии коронавирусной инфекции // Актуальные проблемы медицины и биологии. 1/2023. С. 4—9.

Аннотация. В статье представлен опыт аттестации выпускников института хирургии Северного государственного медицинского университета. В результате проведенного анализа раскрыты некоторые методы и методические приемы, которые используются в условиях противоэпидемических мероприятий при пандемии коронавирусной инфекции, представлены вопросы организации самостоятельной работы обучаемых при подготовке к аттестации. Особый акцент сделан на изучении методов интерактивного обучения хирургических дисциплин, в частности, при симуляционном обучении. Подчеркнуты особенности проведения практических занятий, сопряженных с самостоятельной работой. Системно изложены формы преподавания, контроль качества обучения

Ключевые слова: аттестация, выпускники, коронавирусная инфекция, дистанционное обучение

Experience in conducting final state certification of medical university graduates during the coronavirus pandemic

Sergey Mikhailovich DYNKOV,

Northern state medical university, Arkhangelsk, Russian Federation

E-mail: office@unity-dana.ru

Nadezhda Konstantinovna TARASOVA,

Northern state medical university, Arkhangelsk, Russian Federation

E-mail: office@unity-dana.ru

Boris Lvovich DUBERMAN,

Northern state medical university, Arkhangelsk, Russian Federation

E-mail: office@unity-dana.ru

Zinaida Georgievna OBLITSOVA,

institute of management, Arkhangelsk, Russian Federation

E-mail: zina.oblitsova@yandex.ru

Annotation. The aim of the investigation was to study the features of certification of medical graduates of the Institute of surgery at the Northern State Medical University. The analysis disclosed some methods and techniques that are used in terms of anti-epidemic measures in a pandemic coronavirus infection, presents problems of organization of distant substantive work of students in preparation for certification. Special emphasis is placed on the study of methods of interactive teaching of surgical disciplines, in particular simulation training. The features of conducting practical classes associated with independent work (patient supervision, writing a medical history, studying material for solving situational problems) are emphasized. The forms of teaching and quality control are systematically described

Keywords: certification, graduates, coronavirus infection, distance learning

В июле 2020 года Всемирная организация здравоохранения опубликовала официальное заявление в связи с распространением в мире коронавирусной инфекции. Генеральным секретарем ВОЗ было отмечено, что пандемия COVID-19 затронула все без исключения страны. При этом урон понесли все сферы деятельности человечества. Вирусная инфекция внесла разлад в работу не только систем здравоохранения многих стран мира, но существенно изменила возможности осуществления образовательной деятельности. Наиболее уязвимым оказалось обучение в медицинских вузах по лечебным специальностям, как на додипломном уровне, так и при реализации программ подготовки специалистов в клинической ординатуре. Особенно сложной оказалась ситуация в сегменте специальностей хирургического профиля.

В связи с необходимостью работы в условиях эпидемии, при завершении 2019—2020 учебного года, на протяжении трех месяцев образовательный процесс был переведен в дистанционный формат. Такой вариант организации учебного процесса в принципе не противоречит положениям федерального государственного образовательного стандарта высшего образования (далее — ФГОС ВО) ординатуры по специальности «Хирургия». В данном документе указано, что образовательная организация вправе применять электронное обучение и дистанционные образовательные технологии при реализации программы ординатуры, за исключением практической подготовки обучающихся, осуществляемой в соответствии с порядком ее организации и проведения по профессиональным образовательным программам медицинского образования, утвержденным приказом Министерства

здравоохранения Российской Федерации от 3 сентября 2013 г. № 620н.

ФГОС ВО по специальности 31.08.67 «Хирургия» предусматривает, что при проведении итоговой государственной аттестации необходимо выявить освоение ординаторами следующих профессиональных задач: профилактическая деятельность; проведение профилактических медицинских осмотров; проведение сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья населения; диагностическая деятельность; лечебная деятельность; участие в оказании скорой медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства; оказание медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участие в медицинской эвакуации; реабилитационная деятельность; психолого-педагогическая деятельность; организационно-управленческая деятельность; организация и управление деятельностью медицинских организаций и их структурных подразделений; организация проведения медицинской экспертизы; организация оценки качества оказания медицинской помощи пациентам; ведение учетно-отчетной документации в медицинской организации и ее структурных подразделениях; создание в медицинских организациях и их структурных подразделениях благоприятных условий для пребывания пациентов и трудовой деятельности медицинского персонала с учетом требований техники безопасности и охраны труда; соблюдение основных требований информационной безопасности.

Коллектив авторов имеет богатый клинический и педагогический опыт работы на кафедре хирургии (преобразованной в институт хирургии в сентябре 2020 г.) Северного государственного медицинского университета,

располагающейся на базе многопрофильной хирургической клиники «Первая городская клиническая больница им. Е.Е. Волосевич» (г. Архангельск). Преподавательским составом кафедры хирургии удалось решить задачу по завершению обучения клинических ординаторов без существенных недостатков в реализации предусмотренной программы и организации итоговой государственной аттестации выпускников. В сложившейся ситуации Роспотребнадзор рекомендовал перейти на дистанционную форму обучения.

Кафедре хирургии потребовалось внести изменения в программу подготовки врачей-хирургов. Все теоретические занятия, лекции и семинары перевести в дистанционную форму обучения. Также были использованы возможности дистанционных технологий на основе образовательной платформы Moodle, облачной платформы видеоконференций Zoom, общение с обучающимися осуществлялось по электронной почте.

Симуляционное обучение по отработке хирургических практических навыков проводилось в виде индивидуальных занятий на базе симуляционно-аккредитационного центра СГМУ. Проблема практического обучения реализована в режиме волонтерства ординаторов по оказанию специализированной медицинской помощи в многопрофильном хирургическом стационаре.

Целью исследования авторов статьи является необходимость акцентировать внимание на особенностях преподавания хирургических дисциплин и проблеме аттестации выпускников медицинских вузов в условиях противоэпидемических мероприятий при пандемии коронавирусной инфекции. Данная проблема в настоящее время практически не исследована. В связи с этим проведенное исследование и приобретенный опыт позволили актуализировать данную проблему, изучить субъективную оценку клинических ординаторов Северного государственного медицинского университета (далее — СГМУ) об эффективности и объективности оценивания знаний при проведении государственной итоговой аттестации.

Основными принципами дидактики высшей школы считается: научность; связь теории с практикой, практического опыта с наукой [1, с. 61—63; 2, с. 11—17; 3, с. 74—77; 4, с. 213—

214; 5, с. 221—222]; системность и последовательность в подготовке специалистов; сознательность, активность и самостоятельность студентов в учебе; соединение индивидуального поиска знаний с учебной работой в коллективе; сочетание абстрактности мышления с наглядностью в преподавании; доступность научных знаний; прочность усвоения знаний. В условиях коронавирусной пандемии соблюдение перечисленных принципов дидактики является весьма проблематичным, тем более, при подготовке врачей-хирургов (клинических ординаторов) и изучении дисциплины «факультетская хирургия» обучаемым по другим направлениям подготовки.

Как известно, государственная итоговая аттестация (далее — ГИА) имеет своей целью определение соответствия результатов освоения обучающимися основной профессиональной образовательной программы высшего образования — программы ординатуры — соответствующим требованиям Федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.67 «Хирургия» (уровень подготовки кадров высшей квалификации) и требованиям профессионального стандарта «Врач-хирург», утвержденного Приказом Минтруда России № 743н от 26 ноября 2018 г. и является наиболее ответственным этапом в подготовке обучаемых.

Традиционно ГИА ординаторов предполагает прохождение трех этапов.

На первом этапе осуществляется проверка уровня знаний путем решения тестовых заданий.

Второй этап традиционно проводился с участием больного. Он предполагал оценку практических навыков и, как правило, проходил в клинике. Именно на данном этапе существует возможность наиболее объективно оценить навыки обучающегося по умению обследования больного и клиническое мышление выпускника, что является особенно важным. При этом выпускникам в типичных клинических условиях у конкретного больного необходимо установить диагноз, т.е. сделать заключение о состоянии здоровья обследуемого пациента, дать интерпретацию результатам лабораторного и инструментального обследования, провести дифференциальный диагноз, обосновать лечебную тактику, оценить течение заболевания и эффективность проводимого лечения.

Третий этап предполагает собеседование выпускника с членами аттестационной комиссии по условиям ситуационной клинической задачи. Задания в задачах предусматривают обсуждение широкого круга вопросов, исходя из клинической ситуации, представленной в констатирующей части задачи. Это анализ результатов обследования, обоснование диагноза, выбор методов лечения. Также в каждой задаче сформулирован вопрос, предполагающий оценку знаний фундаментальных дисциплин (анатомии, физиологии, патологической физиологии, патологической анатомии). В условиях каждой задачи имеются вопросы по экспертизе трудоспособности, преемственности ведения больных в стационаре и поликлинике, диспансерного учета пациентов, профилактике заболеваний, знание приказов по организации хирургической помощи.

Заключение комиссии должно определяться на основании оценок по всем трем этапам аттестации.

Особенность ГИА выпускников 2020 года заключалась в том, что доступ обучающихся и аттестационной комиссии в клинику был закрыт. И если, при проведении первого этапа, это обстоятельство не имело существенного значения, то на этапе клинического обследования больного возникло непреодолимое препятствие. Для обеспечения аттестации в университете принято решение оптимизировать третий этап аттестации путем усиления клинической составляющей условий ситуационных задач. Весь пакет ситуационных практических задач был методически переработан. С этой целью в описательной составляющей каждой клинической задачи усилена клиническая симптоматика и дополнительно введены вопросы, позволяющие обратить внимание на практические навыки выпускника и оценить их.

В связи с условиями противоэпидемических мероприятий, непосредственно процесс решения тестовых заданий и собеседования по ситуационным задачам осуществлялся в onlain-режиме. Выпускники выходили на связь с экзаменационной комиссией, используя возможности платформы для организации аудио и видеоконференций ZOOM. Подготовка к ответу на тесты и задачи выпускниками проходила под контролем членов комиссии через Веб-камеры, способные в реальном времени фик-

сировать изображения и передавать его по сети Интернет. Непосредственно обсуждение решения задач проводилось коллегиально с участием трех членов комиссии.

Особенность проведения экзамена по хирургическим дисциплинам проявилась в весенний семестр за 2019—2020 года, когда прошли промежуточную аттестацию обучающиеся 4 курса лечебного факультета по дисциплине «факультетская хирургия» и 4 курса медико-профилактического факультета по дисциплине «хирургические болезни, урология». В условиях пандемии экзамен проходил дистанционно с использованием электронной системы Moodle.

Методика проведения экзамена в условиях пандемии предварительно обсуждалась на заседаниях ученого совета, кафедры хирургии и окончательно утверждена в соответствующих деканатах.

Предварительно обучающиеся ознакомились с методикой проведения экзамена и критериями оценки во время консультации в режиме online с использованием системы ZOOM, где обучающиеся задавали вопросы и получали разъяснения. Для каждого факультета в системе Moodle создан электронный курс, в котором был сформирован банк ситуационных задач и тестовых наборов.

Обучающимся медико-профилактического факультета был предложен тестовый набор, состоящий из 40 ситуационных задач с одним вопросом. К каждому вопросу предлагалось четыре варианта ответа, один из которых верный. Для решения теста отводилось 105 минут. С экзаменационным испытанием справились все обучающиеся факультета. Средний балл составил 4,1. В то время как по итогам 2018—2019 года, при устном опросе студентов по экзаменационным билетам, этот показатель составил всего 3,9.

Для обучающихся на лечебном факультете промежуточная аттестация состояла из двух этапов. На первом этапе предложен тестовый набор, состоящий из 40 ситуационных задач с одним вопросом. К вопросу предлагалось четыре варианта ответа, один из которых верный. На решение тестов отводилось 60 минут. При получении положительной оценки студенты допускались к сдаче второго этапа. С решением тестов не справился один обучающийся.

На втором этапе обучающиеся решали ситуационную задачу и отвечали на пять вопросов. Поставленные в задаче вопросы позволили проверить знания по патогенезу заболеваний, правильной формулировке клинического диагноза, интерпретации лабораторных данных, оказанию неотложной помощи при острых хирургических заболеваниях, разработки тактики ведения пациента. Кроме того, были включены вопросы по таким фундаментальным наукам, как анатомия и физиология. Для решения ситуационной задачи студентам предоставлялось 30 минут. Выдвигалось требование — написать четкие ответы на поставленные вопросы. Этот этап для ряда студентов оказался более сложным, четко сформулировать свои ответы удалось не каждому. В итоге средний балл составил 3,97, что незначительно ниже, чем в предыдущем году, когда при очной сдаче экзамена он составил 4,0.

При сравнении текущей успеваемости студентов по изучаемой дисциплине и результатов экзамена — оценки были сопоставимы. Не оказалось ни одного случая, когда обучающийся, при хорошей текущей успеваемости, получил низкую оценку на экзамене и наоборот. Проведение дистанционного экзамена в условиях пандемии позволило провести промежуточную аттестацию по хирургическим дисциплинам и перевести студентов на следующий курс обучения.

На совместном заседании Ученого совета факультета подготовки кадров высшей квалификации и Методической комиссии от 19 ноября 2020 г. подведены итоги подготовки и аттестации клинических ординаторов СГМУ. Констатируется, что всего допущены к ГИА в 2019—2020 учебном году 199 человек по 47 специальностям. В целом результаты сдачи ГИА свидетельствуют о продвинутом уровне сформированности профессиональных компетенций по большинству специальностей (30 специальностей), по 17 — повышенный уровень. Замечаний у председателя и членов комиссий не было. Отмечены высокий уровень организации экзамена и переработки фонда оценочных средств (ФОС) для ГИА.

Кроме того, проведен анализ удовлетворенности ординаторов качеством образовательного процесса. В анкетировании участвовали:

- респонденты — ординаторы второго года обучения в СГМУ (53% выпускников);
- дата анкетирования — июнь 2020 г.;
- количество респондентов: 107 человек (53,5%);
- генеральная совокупность: 200 человек.
- методика: on-line опрос с использованием Google-формы.

Наиболее эффективными формами проведения занятий респонденты отметили: клинические разборы — 80%; практические занятия — 77%; самостоятельная работа с пациентами — 72%; семинары — 62%; клинические обходы — 58%. Теоретические формы обучения отмечены немногим более 50%: лекции — 53%; клинические конференции — 51%. Мало заинтересовали клинических ординаторов деловые игры — 10%.

В самостоятельной работе наиболее востребованы: методические указания и методические рекомендации — 94%; ситуационные задачи — 75%; тестовые задания — 64%. Практически не используется литература по специальности — 5%.

При обучении в дистанционном режиме ординаторы используют ресурсы электронной образовательной среды: всегда — 48%, иногда — 47%, не используют — 5%.

Удовлетворенность обучающихся объемом подготовки (n=107): практическая — 70%; теоретическая — 74%.

В целом удовлетворенность обучающихся определена по следующим параметрам:

- ощущали помощь преподавателей — 63,6%;
- совпали ожидания относительно учебы в ординатуре в СГМУ — 68,2%;
- удовлетворены обучением в ординатуре — 75,7%;
- считают себя подготовленным к практической работе врача-специалиста — 77,5%;
- планируют работать по профилю — 92,5%;
- планируют остаться работать в Архангельской области — 66,4 %.

Пожелания участников анкетирования показали, что еще больше внимания при обучении в ординатуре необходимо уделять: отработке практических навыков; практике в симуляци-

онном центре; клиническим разбором, клиническим обходам; работе по специальности в амбулатории; увеличению теоретических часов по отдельным направлениям подготовки.

Результаты анализа процесса обучения и итоговой государственной аттестации выпускников медицинского вуза позволил акцентировать внимание на особенностях преподавания и оценке освоения компетенций согласно ФГОС по хирургическим дисциплинам в условиях противоэпидемических мероприятий при пандемии коронавирусной инфекции.

Выводы

1. Особенностью подготовки к промежуточной и итоговой аттестации является использование дистанционной формы обучения с переводом теоретических занятий, лекций и семинаров в образовательные платформы Moodle, ZOOM и общение с обучающимися по электронной почте.

2. Проблема практического обучения реализована в режиме волонтерства ординаторов по оказанию специализированной медицинской помощи в многопрофильном хирургическом стационаре.

3. Переработаны ситуационные задачи с целью решения проблемы отсутствия доступа обучающихся и аттестационной комиссии в клинику, обеспечение осуществлено путем усиления клинической составляющей условий ситуационных задач.

4. Задания в задачах предполагали обсуждение широкого круга вопросов, исходя из клинической ситуации, представленной в констатирующей части задачи: анализ результатов обследования, обоснование диагноза, выбор методов лечения. В каждой задаче предусмотрен вопрос, предполагающий оценку знаний фундаментальных дисциплин (анатомии, физиологии, патологической физиологии, патологической анатомии).

5. Обучающиеся лечебного и медико-биологического факультетов промежуточную аттестацию проходили дистанционно с использованием электронной системы Moodle, сравнимые результаты позволили сделать вывод, что они практически не отличаются от результатов очной формы сдачи экзамена.

6. Удовлетворенность обучающихся объемом подготовки по программам ординатуры

составила (n=107): практическая — 70%, теоретическая — 74 %, что свидетельствует о совпадении выводов комиссии о результаты сдачи ГИА: продвинутый уровень сформированности профессиональных компетенций имеется по большинству специальностей (30 специальностей), по 17 — повышенный уровень.

7. Переход на дистанционную форму обучения с использованием информационно-образовательной среды обеспечил реализацию основных принципов дидактики и сохранил высокий уровень подготовки и аттестации выпускников медицинского вуза.

Список источников

1. Спасенников Б.А. Существует ли психология вне медицины? // На пути к гражданскому обществу. 2023. № 2 (50). С. 61—63.

2. Спасенников Б.А. Наука и право // На пути к гражданскому обществу. 2023. № 3 (51). С. 11—17.

3. Спасенников Б.А. Про Нобелевскую премию по психологии // Международный журнал психологии и педагогики в служебной деятельности. 2023. № 1. С. 74—77.

4. Спасенников Б.А. Проблемы педагогики высшей юридической школы // Образование. Наука. Научные кадры. 2018. № 3. С. 213—214.

5. Спасенников Б.А. Проблемы преподавания судебной психиатрии на юридическом факультете университета // Образование. Наука. Научные кадры. 2018. № 1. С. 221—222.

References

1. Spasennikov B.A. Does psychology exist outside of medicine? On the way to civil society. 2023. No. 2 (50). P. 61—63.

2. Spasennikov B.A. Science and Law. On the way to civil society. 2023. No. 3 (51). P. 11—17.

3. Spasennikov B.A. About the Nobel Prize in Psychology. International Journal of Psychology and Pedagogy in Professional Activities. 2023. No. 1. P. 74—77.

4. Spasennikov B.A. Problems of pedagogy of higher law school // Education. The science. Scientific personnel. 2018. No. 3. P. 213—214.

5. Spasennikov B.A. Problems of teaching forensic psychiatry at the University Faculty of Law // Education. The science. Scientific personnel. 2018. No. 1. P. 221—222.

К вопросу кадрового обеспечения здравоохранения в Сталинградской области (1942—1943 гг.)

Александр Егорович ЕПИФАНОВ,

Отдел по изучению проблем истории МВД России Научно-исследовательского центра
Академии управления МВД России

E-mail: mvd_djaty@mail.ru

Научная специальность: 5.1.1 — Теоретико-исторические правовые науки

Для цитирования. А.Е. ЕПИФАНОВ. К вопросу кадрового обеспечения здравоохранения в Сталинградской области (1942—1943 гг.) // Актуальные проблемы медицины и биологии. 1/2023. С. 10—16.

Аннотация. В статье с позиций истории отечественного государства и права предпринимается попытка раскрыть организационные и правовые основы кадрового обеспечения учреждений здравоохранения, имевшие место в 1942—1943 гг. на территории г. Сталинграда и его окрестностей. На основе конкретного архивного материала, в том числе впервые вводимого в научный оборот, автором раскрываются вопросы, связанные с подготовкой и обеспечением медицинских кадров, формированием учреждений здравоохранения и их специализированных подразделений. В ракурсе исследуемых проблем количественные и качественные характеристики врачебного и санитарного состава медицинских учреждений Сталинградской области в 1942—1943 гг.

Ключевые слова: Сталинградская область, медицинские учреждения, врачи, санитарные уполномоченные, эпидемии

On the issue of staffing of health care in the Stalingrad region (1942—1943)

Alexander Egorovich EPIFANOV,

Department for the study of historical problems of the ministry of internal affairs of Russia
of the Research center of the academy of management of the ministry of internal affairs of Russia

E-mail: mvd_djaty@mail.ru

Annotation. In the article, from the standpoint of the history of the domestic state and law, an attempt is made to reveal the organizational and legal foundations of personnel support for health care institutions, which took place in 1942—1943 on the territory of Stalingrad and its environs. On the basis of specific archival material, including for the first time introduced into scientific circulation, the author reveals issues related to the training and provision of medical personnel, the formation of health care institutions and their specialized units. In the perspective of the studied problems, quantitative and qualitative characteristics of the medical and sanitary staff of medical institutions of the Stalingrad region in 1942—1943

Keywords: Stalingrad region, medical institutions, doctors, sanitary commissioners, epidemics.

For citation: Epifanov A.E. On the issue of staffing of health care in the Stalingrad region (1942—1943)

Организационные и правовые основы деятельности органов здравоохранения в период Сталинградской битвы, без сомнения относятся к числу наиболее разработанных тем истории Великой Отечественной войны. В основанных

на конкретном материале архивных документов работах Е.В. Булюлиной [1], И.В. Чернышевой [2], Е.Ф. Селиванова [3], М.Б. Мирского [4], Н.М. Ломакина [5], В.П. Лапина [6], Л.В. Желтовой [7], А.Н. Григорьева [11], Н.П. Григо-

ренко [12], Т.А. Бажан [14] и др. детально раскрываются организация и деятельность органов здравоохранения как годы Великой Отечественной войны в целом, так и их особенности применительно к Сталинградской битве. Вместе с тем, вопросам кадрового обеспечения медицинских учреждений по нашему мнению уделено недостаточно внимания. В этой связи, при помощи архивных материалов, многие из которых вводятся в научный оборот впервые, нами предпринимается попытка дополнить и скорректировать представления, сложившиеся в названной сфере.

В боевой обстановке Сталинградской битвы многие сталинградские медики и медико-санитарные учреждения, в т.ч. Диспансер Сталинградского тракторного завода, 5-я больница им. Ильича, 1-я, 3-я и 4-я поликлиники до последней возможности оставались на своих местах, оказывая квалифицированную помощь мирному населению и военнослужащим Красной Армии. Кадры районных отделов здравоохранения также в основном были сохранены. Более того, некоторые районы (Старополтавский, Гмелинский, Палласовский и др.) за счет эвакуированных оказались перенасыщены врачами, в результате чего ими были укомплектованы даже фельдшерские пункты [17, л. 15].

Вместе с тем, объективности ради, необходимо отметить, что уже после первых массированных бомбардировок Сталинграда, руководители некоторых медицинских учреждений, а именно Областной станции переливания крови и конторы материального снабжения, по замечанию заведующего Облздравотделом В.А. Ивашиненко «позорно бежали, не приняв необходимых мер к спасению оборудования» [18, л. 12]. Не организованно, в панике, прошла эвакуация учреждений здравоохранения из районов, оккупированных впоследствии гитлеровцами. Медико-санитарная служба области оказалась в значительной степени ослабленной из-за того, что многие медработники самовольно выехали за ее пределы. При этом, как это было отмечено Областным советом депутатов трудящихся, руководством органов здравоохранения области мер по задержанию и использованию эвакуированных из Сталинграда врачей для укрепления лечебной сети в прифронтовых районах поначалу принято не было.

Актуальность кадрового обеспечения учреждений здравоохранения в Сталинградской области обострялась прежде всего по мере возникновения эпидемий опасных инфекционных заболеваний. Так, 29 июля 1942 г. все медики, принимавшие участие в борьбе с эпидемией холеры, по решению Облсполкома были переведены на казарменное положение. Основную группу риска в плане заболеваемости холерой составляли эвакуированные граждане, наводнившие к началу Сталинградской битвы областную центр и его окрестности. Облздравотделу при этом было поручено обеспечить каждый эвакуационный пункт врачом и дежурными медсестрами.

Соответствующие мероприятия могли осуществляться как на областном, так и районном уровне, учитывая уровень значимости тех или иных противоэпидемических мероприятий. Так, по инициативе Ременниковской районной чрезвычайной полномочной противоэпидемической комиссии от 21 октября 1942 г. райздравотдел и председатели местных сельских исполкомов в целях осуществления общественного контроля за проведением санитарно-эпидемиологических и истребительных (по борьбе с мышевидными грызунами) мероприятий приняли решение оживить работу санитарных уполномоченных и обеспечить ими каждые 20 домов [17, л. 30].

Учитывая вспыхнувшую эпидемию туляремии, угрозу распространения иных опасных инфекционных заболеваний, а также в связи с необходимостью организации медико-санитарной сети в освобожденных от оккупантов районах, в декабре 1942 г. Облздравотделом были организованы 4 межрайонных конференции, — в Николаевске, Камышине, Михайловске и Урюпинске, в работе которых принимали участие до 68 специалистов. Из каждого района на конференцию были направлены заведующие райздравотделами и районными больницами, райгоссанинспекторы, участковые врачи и заведующие санэпидемстанциями [18, л. 36]. На названных конференциях были заслушаны отчетные доклады по противодействию инфекционным заболеваниям. Кроме того, руководством Облздравотдела на них были сделаны доклады о санитарно-эпидемиологических мероприятиях в осенне-зимний период и очередных задачах органов

здравоохранения [18, л. 36]. Особое внимание райисполкомами и райздравотделами уделялось медицинским кадрам. Им создавались надлежащие бытовые условия, но при этом категорически запрещалось выезжать за пределы области, без особого на то разрешения Облздравотдела [18, л. 79—80]. Согласно приказу Наркомата здравоохранения СССР № 4 от 3 января 1943 г. партийным руководством Саратов, Чкаловска и Башкирии в Сталинград были направлены 175 врачей, однако их прибытие задерживалось [18, л. 66]. Что касается должностей санитарно-эпидемических станций, госсанинспекторов, эпидемиологов и дезинфекторов, то к 1 января 1943 г. все они были укомплектованы [18, л. 24].

По решению областной чрезвычайной полномочной противоэпидемической комиссии от 19 февраля 1943 г. в связи с проведением в Сталинграде мероприятий по борьбе с сыпным тифом, был установлен ежедневный обязательный обход всего населения силами 196 санитарных уполномоченных и медперсонала на предмет санобработки обнаруженных завшивленных лиц, а также немедленной госпитализации всех выявленных лихорадящих больных. Горздравотдел был обязан выделить на каждый выявленный очаг формы № 4 ответственного медработника («начальника очага»), с возложением на него всей полноты ответственности за его ликвидацию [18, л. 48]. На осуществление последней отводилось 12 часов.

Учитывая грозящую распространением эпидемических заболеваний катастрофическую загрязненность Астрахани и районов округа, 27 февраля 1943 г. по решению областной чрезвычайной полномочной противоэпидемической комиссии было предписано в пятидневный срок выделить особоуполномоченных окружной чрезвычайной полномочной противоэпидемической комиссии и медработников, на которых была возложена ответственность за своевременное проведение чрезвычайных мер по очистке от нечистот и мусора города Астрахани. За каждым из них был закреплен определенный участок [18, л. 51]. Заведующему Облздравотделом В.А. Иващенко и председателю Астраханского окрсвета А.Л. Заплетохину было поручено провести в марте 1943 г. окружное совещание медицинских работников с вызовом председателей

исполкомов районных советов и заведующих районными отделами здравоохранения по вопросам борьбы с эпидемическими заболеваниями и медицинским обслуживанием населения [18, л. 52].

С окончанием Сталинградской битвы актуальность проведения в регионе санитарно-эпидемиологических мероприятий и, соответственно, их кадрового обеспечения резко возросла. Согласно находившемуся под личным повседневным контролем председателя горисполкома Д.М. Пигалева плану чрезвычайных санитарно-эпидемических мер по г. Сталинграду от 27 февраля 1943 г., исполкому горсовета на март, апрель и март того же года, в целях каждодневного и наилучшего проведения санитарно-эпидемических мероприятий было разрешено принять на содержание за счет бюджета, по статье «на общие расходы», 100 санитарных уполномоченных, которые существенно пополнили их ряды [18, л. 55].

Весь медицинский персонал области, учителя школ и учащиеся старших классов были мобилизованы для подворного обследования всех населенных пунктов на предмет выявления подозрительных больных (с температурой выше 38 градусов), а также соответствующей санитарно-просветительной работы. Работа специально выделенных санитарных уполномоченных была организована на каждые 10—15 домов [18, л. 32].

4 марта 1943 г. последовало новое решение Сталинградского областного совета депутатов трудящихся о мероприятиях по борьбе с сыпным тифом. Инициировано оно было циркуляром заместителя председателя СНК СССР В.М. Молотова от 11 февраля 1943 г., учитывавшая массовую отправку в район Сталинграда мобилизованных для восстановительных работ рабочих. Помимо уже сложившихся мер по укреплению медико-санитарных учреждений области, оно предусматривало выделение и оборудование вне вокзалов специальных пунктов для сбора мобилизуемых рабочих. Для обеспечения надлежащего санитарного содержания названных пунктов, к ним прикреплялся постоянный медперсонал. На него возлагался ежедневный медицинский осмотр прибывающих рабочих, выявление лихорадящих и завшивленных лиц [13, с. 163].

С медицинским персоналом были организованы порайонные семинары по диагностике и клинике тифа. К каждому рабочему общежитию для постоянного наблюдения за состоянием здоровья проживающих прикреплялся медработник. В его обязанности входили ежедневный обход общежития, выявление температурящих больных и их изоляция, обнаружение педикулеза и его ликвидация, осуществление необходимых санитарно-эпидемиологических мероприятий

Несмотря на предпринимавшиеся чрезвычайные меры, санитарно-эпидемиологическая обстановка в Сталинграде и его окрестностях стремительно ухудшалась. В этой связи 8 апреля 1943 г. исполком Сталинградского горсовета было принято решение о поголовной иммунизации местного населения, направленной против инфекционных заболеваний. В этой связи были организованы 15 специальных прививочных отрядов. В состав каждого из них были включены врач, 2 медсестры и 2 вакцинатора [18, л. 54].

Бюро Сталинградского Обкома ВКП (б) обязало председателей сталинградских горкома ВКП (б) и исполкома Горсовета обеспечить регулярные заседания городской и районных противоэпидемических комиссий, с заслушиванием на них докладов о санитарно-эпидемиологическом состоянии города, а также выполнении предусмотренных по этому поводу мероприятий. Для руководителей, допустивших во вверенных учреждениях и на предприятиях антисанитарию и завшивленность, устанавливалась уголовная ответственность. Была введена ежедневная оперативная отчетность по уровню инфекционных заболеваний в городе, количеству профилактических осмотров населения, выявленных и госпитализированных инфекционных больных, количестве произведенных профилактических прививок, действующих санитарных уполномоченных, банях, дезинфекционных камерах.

Необходимо отметить, что наряду с медицинскими учреждениями, непосредственное участие в противоэпидемических мероприятиях принимали специалисты Сталинградского мединститута.

Из 175 медицинских работников по Сталинграду, к марту 1943 г. на весь город насчитывалось 9 санитарных врачей и эпидемиологов,

10 средних медработников и 8 дезинфекторов [18, л. 65]. 10 марта 1943 г. в городе были организованы 9 эпидемиологических отрядов. Каждый из них включал одного врача, 2 средних медработника и 2 дезинфектора.

На 15 марта 1943 г. В Сталинграде работали 196 общественных санитарных уполномоченных, в том числе 45 платных. Санитарно-эпидемическая служба города была представлена 9 санитарными врачами и эпидемиологами, которые были распределены по его районам. Кроме того, соответствующие обязанности исполняли 10 средних медработников и 9 дезинфекторов. Общее количество медицинских работников при этом составляло 175 человек, в том числе 101 средних медработников и 74 врачей. Многие из них (21 человек) прибыли в Сталинград из других регионов, в частности из Саратова, Чкалова, Казани, Кирова и Иркутска. Учитывая катастрофическое санитарно-эпидемиологическое состояние города, Сталинградский обком ВКП (б) 15 марта 1943 г. принял решение усилить санитарно-эпидемиологическую службу города за счет медицинских работников, прибывающих из других областей [9, с. 15].

Со всеми медиками и санитарными уполномоченными было проведено общегородское совещание, посвященное вопросам санитарной очистки города и организации противоэпидемических мероприятий. Была введена ежедневная оперативная отчетность о состоянии инфекционной заболеваемости по городу, количестве проведенных осмотров населения, выявленных и госпитализированных инфекционных больных, количестве произведенных прививок, работе санитарных уполномоченных и т.п. [18, л. 65—66].

По решению облисполкома в Сталинградской области был проведен переучет медицинских работников. В результате оказалось, что на 15 марта 1943 г. в области (включая Астраханский округ), насчитывается 635 врачей и 2405 медицинских работников. Между тем, Сталинградской области требовались 1686 врачей. В частности, острая необходимость ощущалась в 248 специалистах для сельских амбулаторий; 95 госсанинспекторах; 50 врачах для детских сельских консультаций; 50 школьно-санитарных врачах; 70 медиках для городских детских и женских консультаций; 50 врачах

для детских поликлиник, 7 специалистах для сельских венерологических диспансеров и пунктов и 34 — городских; 8 физиотерапевтах; 344 врачах для городских амбулаторий и 560 — городских и сельских больниц, 76 — областных медучреждений; 86 врачей-педиатрах для городских и сельских больниц. Кроме того, для укомплектования вновь формируемых эвакуогоспиталей дополнительно были необходимы 238 врачей и 800 средних медработников [10, л. 25].

Большие надежды в деле укомплектования учреждений здравоохранения Сталинградской области кадрами возлагались на местные профессиональные учебные заведения. При этом выяснилось, что из 17 существовавших ранее средних медицинских школ, по окончании Сталинградской битвы уцелели только 3, в том числе две в Астрахани и одна в Урюпинске.

Учитывая изложенные обстоятельства, а также большой некомплект лечебно-профилактических и санитарно-эпидемических специалистов, в марте 1943 г. последовало решение Сталинградского облисполкома «Об укомплектовании лечебной сети медицинскими кадрами» [18, л. 77—80]. Прежде всего оно предусматривало обращение в СНК и Наркомздрав РСФСР с ходатайством о направлении в Сталинградскую область максимально возможного количества врачей.

Вместе с тем, Сталинградский облздравотдел был обязан увеличить набор в средние медицинские школы в Астрахани до 240 человек и в Урюпинске до 200. Кроме того, для них были разрешены досрочные набор и выпуск обучающихся (1 мая и 15 апреля 1943 г. соответственно). Из выпускников Астраханских школ 1943 г. в экстренном порядке были подготовлены 30 клинических лаборантов и 20 лаборантов, из числа которых были укомплектованы санитарно-бактериологическая и санитарно-противоэпидемическая сети области. Были развернуты курсы по подготовке 100 дезинфекторов, в том числе по 25 — в Сталинграде и Астрахани, 20 — в Камышине, по 15 — в Урюпинске и Нижнем Чире. Кроме того, в Сталинграде и Астрахани были развернуты курсы по подготовке дезинструкторов, по 10 человек соответственно. Все лечащие врачи городов и сельскохозяйственных районов были охвачены подготовкой по лечению тифа

и холеры. Работниками санэпидстанций области были организованы семинары для средних лабораторных работников по противодействию холере.

Все курсовые мероприятия по подготовке и переподготовке кадров осуществлялись в соответствии с календарным планом, разработанным Облздравотделом под контролем Облисполкома. Согласно названному плану, председатели райисполкомов и заведующие райздравотделами направляли вверенных медицинских работников для прохождения курсов и семинаров в установленные сроки. С этой же целью к 1 апреля 1943 г. заинтересованными председателями райисполкомов была организована подготовка необходимых помещений, общежитий и квартир, а также обеспечено питание прибывающих курсантов.

Для подготовки медицинских работников согласно названному решению Облисполкома директорами Сталинградской и Астраханской противочумных станций были выделены необходимые преподавательские кадры. Согласно приказу Наркома здравоохранения РСФСР Саратовским институтом микробиологии и эпидемиологии для Сталинградской области также были выделены квалифицированные преподаватели. Рассмотренные курсовые мероприятия были профинансированы за счет общего бюджета области по здравоохранению [18, л. 80].

Сложившаяся в Сталинграде исключительно сложная эпидемическая обстановка вызвала острую необходимость поголовной иммунизации населения. В этой связи, решением Исполкома Сталинградского горсовета 8 апреля 1943 в Сталинграде были образованы 15 специальных прививочных отрядов. В состав каждого были включены один врач, две медсестры и два вакцинатора. При этом на Тракторозаводский и Краснооктябрьский районы приходилось по 2 отряда; Дзержинский, Кировский и Ворошиловский — 3; Баррикадный и Ерманский — 1. Формирование названных отрядов было поручено Горздравотделу. Их финансирование осуществлялось за счет специального эпидемического фонда [18, л. 54].

В целях каждодневного и наилучшего проведения первичных санитарно-эпидемиологических мероприятий по городу Сталинграду, решением Исполкома Сталинградского горсо-

вета 8 апреля 1943 был введен институт платных санитарных уполномоченных для районов города. В общей сложности, на 1943 г. было утверждено 100 таких уполномоченных, в том числе 30 для Кировского района, 25 для Ворошиловского, 20 для Дзержинского, 7 для Краснооктябрьского, 8 для Тракторозаводского и по 5 для Баррикадного и Ерманского. Подбор кадров санитарных уполномоченных был поручен председателям соответствующих райисполкомов и их отделам здравоохранения. В марте 1943 г. все они прошли процедуру утверждения в горисполкоме. За счет городского бюджета сануполномоченным была установлена достойная месячная зарплата в размере 225 рублей. Горздравотдел инструктировал их, а также контролировал всю работу [18, л. 55].

В заключение хотелось бы отметить, что эффективное использование медицинских кадров по понятным причинам было невозможно без их надлежащего обеспечения жилищно-бытовыми условиями. Несмотря на разруху, этому вопросу в Сталинграде и его окрестностях уделялось первостепенное внимание. С целью обеспечения медицинской помощью рабочих и служащих промышленных предприятий истроек Сталинграда, в сентябре 1943 г. Сталинградским комитетом обороны директор Сталинградского тракторного завода был обязан к 15 октября 1943 г. обеспечить 5 квартир для медицинских работников, завод № 221—16 квартир, завода «Красный Октябрь» — 5 квартир. Председатель Дзержинского райсовета был обязан до 20 октября 1943 г. выделить для врачей 3 квартиры; председатель Ерманского райисполкома — 5 квартир.

Все начальники строительных организаций, директора заводов и предприятий были обязаны незамедлительно откомандировать в распоряжение горздравотдела всех медицинских работников, занятых на стройках не по специальности. Впредь всех прибывающих медработников предписывалось направлять по тому же адресу [18, л. 131—133 об.].

Список источников

1. Булюлина Е.В., Головина Е.Л., Лысенко И.А. Санитарно-эпидемическое состояние Сталинградской области и работа органов здравоохранения в 1941—1945 годах // Крестьяноведение. 2021. Т.6. № 2. С. 62—78.

2. Чернышева И.В. Санитарно-эпидемическая обстановка в Сталинграде в 1941—1943 гг. // Волгоградский научно-медицинский журнал. 2015. № 1. С. 3—7.

3. Селиванов Е.Ф. Историография советской военной медицины периода войны в свете перестройки // Советская медицина и здравоохранение в годы Великой Отечественной войны: Сб. науч. тр.: Изд. Акад. мед. наук. М., 1991. Вып. 3. С. 35—37.

4. Мирский М.Б. Актуальные проблемы истории военной медицины и гражданского здравоохранения в годы войны // Советская медицина и здравоохранение в годы Великой Отечественной войны. М., 1991. С. 15—26.

5. Ломакина Н.М., Меринов А.П., Аношкин И.Г. Подвиг медиков в Сталинградской битве // Военно-медицинский журнал. 1980. № 11. С. 14—16.

6. Лапин В.П. Медицинское снабжение во время Сталинградской битвы // Военно-медицинский журнал. 1987. № 11. С. 15—18.

7. Желтова Л.В. Медицинские сестры, участницы Сталинградской битвы, награжденные медалью Флоренс Найтингейл // Сталинградская битва: Материалы науч. конф. / Под ред. Б.С. Абалихина. Волгоград, 1994. С. 226—232.

8. Желтова Л.В. Медики в Сталинградской битве: Чтения в Волгоградском областном краеведческом музее. Волгоград, 1997. С. 52.

9. Бурьянов С.А. Свобода совести в Российской Федерации: современное состояние, тенденции, перспективы // Конституционное и муниципальное право. 2004 № 2 С. 15—16.

10. Ашихмина А.В., Епифанов А.Е., Абдрашитов В.М. Механизм ограничения прав и свобод человека и гражданина в Российской Федерации. Волгоград: Издательство Волгоградского государственного университета, 2008. С. 222.

11. Григорьев А.Н. Медицинская служба в Сталинградской битве // Военно-медицинский журнал. 1968. № 1. С. 20—23.

12. Григоренко Н.П., Белый А.Д. Работа эвакуационных госпиталей Сталинградской области в период Великой Отечественной войны // Военно-медицинский журнал. 1977. № 2. С. 80—82.

13. Епифанов А.Е., Красноженова Е.Е. Организация и проведение санитарно-эпидемиологических мероприятий в Сталинграде

и отдельных районах Сталинградской области (1942—1943 гг.) // Вестник ВолГУ. Серия 4, История. Регионоведение. Международные отношения. 2023. Т. 28. № 1. С. 162—174.

14. *Георгиевский А.С., Лобастов О.С., Иванович Ф.А.* Организация медицинского обеспечения советских войск в Сталинградской наступательной операции // Военно-медицинский журнал. 1987. № 11. С. 22—28.

15. *Георгиевский А.С., Лобастов О.С., Иванович Ф.А.* Организация медицинского обеспечения советских войск в оборонительный период Сталинградской битвы // Военно-медицинский журнал. 1987. № 10. С. 10—15.

16. *Бажан Т.А., Мороз Л.Е.* Советские медики в боях под Сталинградом // Советское здравоохранение. 1976. № 5. С. 71—75.

17. Государственный архив Волгоградской области (ГАВО). Ф. 2672. Оп. 1. Д. 5.

18. ГАВО. Ф. 2672. Оп. 1. Д. 7.

References

1. *Bulyulina E.V., Golovina E.L., Lysenko I.A.* Sanitarno-epidemicheskoe sostoyanie Stalingradskoj oblasti i rabota organov zdravoohraneniya v 1941—1945 godah // Krestyanovedenie. 2021. Т. 6. № 2. С. 62—78.

2. *Chernysheva I.V.* Sanitarno-epidemicheskaya obstanovka v Stalingrade v 1941—1943 gg. // Volgogradskij nauchno-medicinskij zhurnal. 2015. № 1. С. 3—7.

3. *Selivanov E.F.* Istoriografiya sovetskoj voennoj mediciny perioda vojny v svete perestrojki // Sovetskaya medicina i zdravoohranenie v gody Velikoj Otechestvennoj vojny: Sb. nauch tr.: Izd. Akad. med. nauk. M., 1991. Vyp. Z. S. 35—37.

4. *Mirskij M.B.* Aktualnye problemy istorii voennoj mediciny i grazhdanskogo zdravoohraneniya v gody vojny // Sovetskaya medicina i zdravoohranenie v gody Velikoj Otechestvennoj vojny. M., 1991. S. 15—26.

5. *Lomakina N.M., Merinov A.P., Anoshkin I.G.* Podvig medikov v Stalingradskoj bitve // Voennomedicinskij zhurnal. 1980. № 11. S. 14—16.

6. *Lapin V.P.* Medicinskoe snabzhenie vo vremya Stalingradskoj bitvy // Voennomedicinskij zhurnal. 1987. № 11. S. 15—18.

7. *Zheltova L.B.* Medicinskie sestry, uchastnicy Stalingradskoj bitvy, nagrazhennyye medalyu Florens Najtingejl // Stalingradskaya bitva: Materialy nauch. konf. / Pod red. B.S. Abalihin. Volgograd, 1994. S. 226—232.

8. *Zheltova L.V.* Mediki v Stalingradskoj bitve: Chteniya v Volgogradskom oblastnom kraevedcheskom muzee. Volgograd, 1997. S. 52.

9. *Buryanov S.A.* Svoboda sovesti v Rossijskoj Federacii: sovremennoe sostoyanie, tendencii, perspektivy // Konstitucionnoe i municipalnoe pravo. 2004 № 2 S. 15—16.

10. *Ashihmina A.V., Epifanov A.E., Abdrashitov V.M.* Mehanizm ogranicheniya prav i svobod cheloveka i grazhdanina v Rossijskoj Federacii. Volgograd: Izdatelstvo Volgogradskogo gosudarstvennogo universiteta, 2008. S. 222.

11. *Grigorev A.N.* Medicinskaya sluzhba v Stalingradskoj bitve // Voennomedicinskij zhurnal. 1968. № 1. S. 20—23.

12. *Grigorenko N.P., Belyj A.D.* Rabota evakuacionnyh gospitalей Stalingradskoj oblasti v period Velikoj Otechestvennoj vojny // Voennomedicinskij zhurnal. 1977. № 2. S. 80—82.

13. *Epifanov A.E., Krasnozhenova E.E.* Organizaciya i provedenie sanitarno-epidemiologicheskikh meropriyatij v Stalingrade i otdelnyh rajonah Stalingradskoj oblasti (1942—1943 gg.) // Vestnik VolGU. Seriya 4, Istoriya. Regionovedenie. Mezhdunarodnye otnosheniya. 2023. Т. 28. № 1. С. 162—174.

14. *Georgievskij A.C., Lobastov O.S., Ivanovich F.A.* Organizaciya medicinskogo obespecheniya sovetskih vojsk v Stalingradskoj nastupatelnoj operacii // Voennomedicinskij zhurnal. 1987. № 11. S. 22—28.

15. *Georgievskij A.C., Lobastov O.S., Ivanovich F.A.* Organizaciya medicinskogo obespecheniya sovetskih vojsk v obronitelnyj period Stalingradskoj bitvy // Voennomedicinskij zhurnal. 1987. № 10. S. 10—15.

16. *Bazhan T.A., Moroz L.E.* Sovetskie mediki v boyah pod Stalingradom // Sovetskoe zdravoohranenie. 1976. № 5. S. 71—75.

17. ГАВО. Ф. 2672. Оп. 1. Д. 5.

18. ГАВО. Ф. 2672. Оп. 1. Д. 7.

Клиническая картина анафилактического шока

Сергей Яковлевич КАЗАНЦЕВ,

доктор педагогических наук, профессор, кандидат юридических наук, профессор кафедры криминалистики Казанского юридического института МВД России

E-mail: krasilnikov.49@bk.ru

Владимир Иванович КРАСИЛЬНИКОВ,

доктор медицинских наук, профессор, действительный член Российской академии медико-технических наук, доцент кафедры криминалистики Казанского юридического института МВД России

E-mail: krasilnikov.49@bk.ru

Для цитирования. С.Я. КАЗАНЦЕВ, В.И. КРАСИЛЬНИКОВ. Клиническая картина анафилактического шока Казань 2023 // Актуальные проблемы медицины и биологии. 1/2023. С. 17—19.

Аннотация. Авторами рассмотрена клиническая картина анафилактического шока, развивающаяся при повторном введении в организм аллергена и сопровождающаяся повреждением собственных тканей. Научная работа проведена по данным открытых публикаций и согласно авторским исследованиям

Ключевые слова: Анафилактический шок, причины, патогенная реакция организма, последствия, клиническая картина анафилактического шока

Clinical picture of anaphylactic shock

Sergey Yakovlevich KAZANTSEV,

d. sc. (pedagogy), professor, PhD in Law, professor of chair for criminalistics of Kazan law institute» of the ministry of Internal affairs of the Russian Federation

E-mail: krasilnikov.49@bk.ru

Vladimir Ivanovich KRASILNIKOV,

d. sc. (medicine), professor, member of Russian academy of medical and technical sciences, reader of chair for criminalistics of Kazan law institute» of the ministry of internal affairs of the Russian Federation

E-mail: krasilnikov.49@bk.ru

Annotation. The authors considered the clinical picture of anaphylactic shock, which develops with repeated administration of an allergen into the body and is accompanied by damage to its own tissues. The scientific work was carried out according to the data of open publications and according to the author's research

Keywords: Anaphylactic shock, causes of anaphylactic shock, pathogenic reaction of the body

Проявления анафилактического шока обусловлены сложным комплексом симптомов и синдромов. Шок характеризуется стремительным развитием, бурным проявлением, тяжестью течения и последствий [1]. На клиническую картину и тяжесть течения анафилактического шока

вид аллергена не влияет. Характерно многообразие симптомов: зуд кожи или чувство жара во всем теле («словно крапивой обожгло»), возбуждение и беспокойство, внезапно наступающая общая слабость, покраснение лица, крапивница, чиханье, кашель, затрудненное дыхание, уду-

ше, страх смерти, проливной пот, головокружение, потемнение в глазах, тошнота, рвота, боли в животе, позывы к дефекации, жидкий стул (иногда с примесью крови), непроизвольное мочеиспускание, дефекация, коллапс, потеря сознания [2]. При осмотре окраска кожных покровов может меняться: у больного с бледностью лица кожа приобретает землисто-серый цвет с цианозом губ и кончика носа. Часто обращают на себя внимание гиперемия кожи туловища, высыпания типа крапивницы, отек век, губ, носа и языка, пена у рта, холодный липкий пот. Зрачки обычно сужены, почти не реагируют на свет. Иногда наблюдаются тонические или клонические судороги. Пульс частый, слабого наполнения, в тяжелых случаях переходит в нитевидный или не прощупывается, АД падает. Границы сердца обычно не изменены. Тоны сердца резко ослаблены, иногда появляется акцент II тона на легочной артерии. На ЭКГ в некоторых случаях определяется право-грамма. Также регистрируются нарушения сердечного ритма, диффузное изменение трофики миокарда. Над легкими перкуторно — звук с коробочным оттенком, при аускультации — дыхание с удлиненным выдохом, рассеянные сухие, музыкальные хрипы. Живот мягкий, болезненный при пальпации, но без симптомов раздражения брюшины. Температура тела часто бывает повышена до субфебрильных цифр. При исследовании крови — гиперлейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, выраженный нейтрофилез, лимфо- и эозинофилия. В моче свежие и измененные эритроциты, лейкоциты, плоский эпителий и гиалиновые цилиндры [3].

Степень выраженности перечисленных симптомов варьирует. Условно можно выделить 5 вариантов клинических проявлений анафилактического шока:

- с преимущественным поражением сердечно-сосудистой системы. У больного внезапно развивается коллапс, часто с потерей сознания. Особую опасность в прогностическом отношении представляет клинический вариант потери сознания с непроизвольным мочеиспусканием и дефекацией. При этом другие проявления аллергической реакции (кожные высыпания, бронхоспазм) могут отсутствовать;
- с преимущественным поражением системы органов дыхания в виде острого

бронхоспазма (асфиксический или астмоидный вариант). Этот вариант часто сочетается с чиханьем, кашлем, чувством жара во всем теле, покраснением кожных покровов, крапивницей, проливным потом. Обязательно присоединяется сосудистый компонент (снижение АД, тахикардия). В связи с этим меняется окраска лица от цианотичного до бледного или бледно-серого цвета;

- с преимущественным поражением кожных покровов и слизистых оболочек. Больной испытывает резкий зуд с последующим развитием крапивницы или аллергического отека типа Квинке. Одновременно могут возникать симптомы бронхоспазма или сосудистой недостаточности. Особую опасность представляет ангионевротический отек гортани, проявляющийся вначале стридорозным дыханием, а затем развитием асфиксии.

При выше представленных клинических вариантах анафилактического шока могут появляться симптомы, свидетельствующие о вовлечении в процесс желудочно-кишечного тракта: тошнота, рвота, острые коликообразные боли в животе, вздутие живота, понос (иногда кровавый);

- с преимущественным поражением ЦНС (церебральный вариант). На первый план выступает неврологическая симптоматика — психомоторное возбуждение, страх, резкая головная боль, потеря сознания и судороги, напоминающие эпилептический статус или нарушение мозгового кровообращения. Отмечается дыхательная аритмия;
- с преимущественным поражением органов брюшной полости (абдоминальный). В этих случаях характерна симптоматика «острого живота» (резкие боли в эпигастриальной области, признаки раздражения брюшины), приводящая к постановке неправильного диагноза перфорации язвы или кишечной непроходимости. Болевой абдоминальный синдром возникает обычно через 20—30 минут после появления первых признаков шока. При абдоминальном варианте анафилактического шока отмечаются неглубокие

расстройства сознания, не значительное снижение АД, отсутствие выраженного бронхоспазма и дыхательной недостаточности [4].

Существует определенная закономерность: чем меньше времени прошло от момента поступления аллергена в организм, тем тяжелее клиническая картина шока. Наибольший процент смертельных исходов наблюдается при развитии шока спустя 3—10 минут с момента попадания в организм аллергена, а также при молниеносной форме [5].

В течение анафилактического шока могут отмечаться 2—3 волны резкого падения АД. С учетом этого явления все больные, перенесшие анафилактический шок, должны быть помещены в стационар. При выходе из шока нередко в конце реакции отмечаются сильный озноб, иногда со значительным повышением температуры тела, резкая слабость, вялость, одышка, боли в области сердца. Не исключена возможность развития поздних аллергических реакций. После шока могут присоединиться осложнения в виде аллергического миокардита, гепатита, гломерулонефрита, невритов, диффузного поражения нервной системы и др. [5].

Хотя в большей части случаев диагноз анафилактического шока не представляет затруднений, иногда необходимо дифференцировать его от острой сердечно-сосудистой недостаточности, инфаркта миокарда, эпилепсии, солнечных и тепловых ударов, эмболии легочной артерии и др.

Таким образом, учитывая острое течение и тяжелое состояние больных при анафилактическом шоке, необходимость проведения экстренной интенсивной терапии и отсутствие специфических, доступных для использования в широкой практике лабораторных данных, следует констатировать, что диагностика шока базируется на основных типичных клинических проявлениях и анамнестических данных [1].

Список источников

1. *Гуманенко, Е.К.* Политравма / Е.К. Гуманенко // Материалы междунар. конф. «Новые технологии в военно-полевой хирургии и хирургии мирного времени». СПб., 2006. С. 4—14.
2. *Жданов Г.Г.* Реанимация и интенсивная терапия / Г. Г Жданов, А.П. Зильбер. Москва: Академия, 2007. 135 с.
3. *Зайцева У.И.* Медико-социальная характеристика лиц с политравмой / У.И. Зайцева // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2010. № 1. С. 27—30.
4. Интенсивная терапия. Реанимация. Первая помощь: Учебное пособие / Под ред. В.Д. Малышева. М.: Медицина. 2000. 464 с.
5. *Исламов С.А.* Оказание помощи пострадавшим с сочетанной позвоночно-спинальной травмой в условиях травмоцентров первого уровня на федеральных трассах М5, М7 / С.А. Исламов, В.В. Никитин, А.А. Файзуллин // Травматология и ортопедия России. 2010. № 2. С. 59

© Л.А. КАЗАНЦЕВА, В.И. КРАСИЛЬНИКОВ, С.Я. КАЗАНЦЕВ. 2023

Основные принципы оказания первой помощи при минно-взрывных поражениях Казань 2023

Людмила Александровна КАЗАНЦЕВА,

доктор педагогических наук, профессор. Профессор кафедры педагогики учебно-научного комплекса психологии служебной деятельности Московского университета МВД России им. В.Я. Кикотя

E-mail: krasilnikov.49@bk.ru

Владимир Иванович КРАСИЛЬНИКОВ,

доктор медицинских наук, профессор, действительный член Российской академии медико-технических наук, доцент кафедры криминалистики Казанского юридического института МВД России

E-mail: krasilnikov.49@bk.ru

Сергей Яковлевич КАЗАНЦЕВ,

доктор педагогических наук, профессор, кандидат юридических наук, профессор кафедры криминалистики Казанского юридического института МВД России

E-mail: krasilnikov.49@bk.ru

Для цитирования. Л.А. КАЗАНЦЕВА, В.И. КРАСИЛЬНИКОВ, С.Я. КАЗАНЦЕВ. Основные принципы оказания первой помощи при минно-взрывных поражениях Казань 2023 // Актуальные проблемы медицины и биологии. 1/2023. С. 20—22.

Аннотация. Авторами изучены и обобщены условия возникновения основных поражающих факторов в момент минно-взрывного поражения тела человека и пути оказания ему первой медицинской помощи. Научная работа проведена по данным открытых публикаций и согласно авторским исследованиям

Ключевые слова: минно-взрывные травмы, первая неотложная помощь, взрывные поражения

Basic principles of rendering first aid for mine-explosive damage Kazan 2023

Lyudmila Alexandrovna KAZANTSEVA,

d. sc. (pedagogy), professor. professor of chair for pedagogics of educational and scientific complex of psychology of performance «Moscow University of The Ministry of Internal Affairs of the Russian Federation V.Ya. Kikotya

E-mail: krasilnikov.49@bk.ru

Vladimir Ivanovich KRASILNIKOV,

d. sc. (medicine), professor, member of Russian Academy of Medical and Technical Sciences, Reader of chair for criminalistics of Kazan Law institute of the Ministry of Internal Affairs of the Russian Federation

E-mail: krasilnikov.49@bk.ru

Sergey Yakovlevich KAZANTSEV,

d. sc. (pedagogy), professor, phd in law, professor of chair for criminalistics of Kazan law institute of the Ministry of Internal Affairs of the Russian Federation

E-mail: krasilnikov.49@bk.ru

Annotation. The authors have studied and summarized the conditions for the occurrence of the main damaging factors in a mine-explosive defeat of the human body and methods for providing him with first aid. The scientific work was carried out according to open publications and author's research data

Keywords: mine blast injuries, first aid, explosive defeats

Рассматривая проблему минно-взрывных поражений организма человека с позиций оперативной травматологии, необходимо признать, что в последнее время она становится одной из самых приоритетных направлений в оказании первой медицинской помощи пострадавшим. А взрывные поражения приобретают роль главенствующего боевой патологии [2]. Именно поэтому изучение механизма возникновения, клиники и лечения пострадавших с взрывными поражениями выходят на первый план по своей актуальности [1].

Актуальность темы подтверждается опытом локальных военных конфликтов современности, где на одном из первых планов после огнестрельных ранений выступают минно-взрывные поражения. Так как всеми странами непрерывно разрабатываются и усовершенствуются средства противопехотных, и противотанковых мин неядерного поля заграждения. Гранаты, снаряды, бомбы и боевые головки ракет ближнего и дальнего действия, а также боеприпасы объемного взрыва авторами изучены и обобщены условия возникновения основных поражающих факторов в момент минно-взрывного поражения тела человека и пути оказания ему первой медицинской помощи.[3].

Характеристика взрыва представляет собой выделение огромного количества энергии в результате физико-химического преобразования взрывных веществ. При этом при взрыве возникает волна детонации, представляющая собой процесс преобразования, как правило, твердых веществ в газообразное состояние, происходящее практически мгновенно [4].

При этом возникают следующие поражающие факторы:

- Детонационная ударная волна;
- Первичные и вторичные ранящие снаряды (осколки);
- Высокое давление раскаленных струй взрывных газов;
- Высокая температура мгновенно возникшего пламени;
- Продукты газовой детонации;

- Психоэмоциональный и другие факторы.

В отличие от других травм, воздействие этиологического фактора реализуется практически мгновенно. В течение микро и мили секунд, практически одновременно воздействию подвергаются все структуры тела человека. Во время взрыва в различной степени воздействию подвергаются все органы и системы на всех уровнях гомеостаза. В дополнение к этому возникает болевой синдром, вызывающий шок. Далее включаются общие патогенетические механизмы шока, кровопотеря, и потеря плазмы, как наружная так внутритканевая, нарушение всех видов метаболизма и биоэнергетики, развивается травматическая токсемия. Стресс и быстро возникающая анемия обуславливают резкое снижение функции иммунной системы, приобретают значение и другие изменения деятельности всего организма. Поскольку взрывные травмы являются многофакторными, то помимо универсальных последствий, таких как психоэмоциональный фактор, к клинике присоединяются и полиорганные поражения, усугубляющие общее состояние организма, характеризующиеся как поли травма, и сочетанная травма [5].

При оказании самопомощи и взаимопомощи являются обезболивание в количестве 2-х кубиков промедола (2 шприц тубика), и наложение жгута при травматической ампутации конечности, при этом 2 шприц тубика промедола колют в здоровую конечность. При этом надо учитывать и то, что мгновенно никто помощь не окажет, поэтому пока выбрасывается в организм адреналин и другие гормоны (эректильная фаза шока, или фаза возбуждения), обезболивание и наложение жгута надо быть готовым произвести самому в порядке самопомощи, пока не наступил шок с потерей сознания [6].

Первая помощь (само и взаимопомощь):

- Обезболивание в неповрежденную конечность;
- Жгут или жгут закрутка (при этом при полной травматической ампутации время наложения жгута не имеет значения);

- Реанимационное пособие при признаках клинической смерти;
- Асептическая повязка на рану;
- Провести транспортную иммобилизацию всеми доступными средствами;

При этом при полной травматической ампутации наложенный жгут не снимается, и этот жгут накладывается значительно выше отрыва конечности, так как кровотечение может происходить в разрушенные взрывом ткани.

При лечении пострадавших с взрывными поражениями, как правило, выделяются три основных периода.

- Период шока;
- Период ранних и поздних осложнений;
- Период выздоровления;

При этом в первом периоде проводят комплексную противошоковую терапию, во втором периоде продолжается интенсивная терапия, и в третьем периоде проводится комплексная реабилитация.

Список источников

1. Бахадова Э.М., Карпов С.М., Апагуни А.Э. и др. Отдаленные последствия минно-взрывной травмы на нейрофизиологическое состояние головного мозга. // *Фундаментальные исследования*. 2014. № 2. С. 28—33.

2. Нечаев Э.А. Взрывные поражения: руководство для врачей и студентов/ под ред. Чл. корр. РАМН проф, Э.А. Нечаева / СПб, ИКФ «ФОЛИАНТ». 2002. 656 с.

3. Трухан А.Б. Военная медицина. 2012. № 3. С. 9—12.

4. Войновский Е.А., Контович А.П. Минно-взрывные ранения конечностей, комбинированные с термическими ожогами // *Медицина катастроф* // 2004. № 1 (45). С. 37—38.

5. Сабаев С.С., Султанбеков Д.Г., Джангобеков Д.С. Особенности механогенеза минно-взрывных повреждений голени // *Экстремальная медицина. Проблемы экстремальных состояний*. Владикавказ: 2006. С. 99—104.

6. Никитаев В.Е. Оценка тяжести и прогнозирование течения минно-взрывной травмы. Автореф. канд. мед. наук. М., 2004.

Проблемы симуляции психических расстройств

Василий Архипович КОРОВИН,

Старший научный сотрудник, Институт гуманитарных технологий, Москва, Российская Федерация

E-mail: korovin56@mail.ru

Для цитирования. В.А. КОРОВИН. Проблемы симуляции психических расстройств // Актуальные проблемы медицины и биологии. 1/2023. С. 23—27.

Аннотация. В юридической и медицинской практике встречаются случаи симуляции психического расстройства с целью избежать уголовной ответственности. Исследовано 40 мужчин, направленных судом на судебно-психиатрическую экспертизу. Первый этап исследования проводился в период пребывания лица в отделении психиатрического стационара или в следственном изоляторе. На втором этапе исследовались процессуальные документы после вынесения решения суда по делу. На основании проведенного исследования предложены признаки, которые позволяют заподозрить симуляцию психического расстройства: а) существенное различие в поведении подсудимого в ходе беседы с врачом-экспертом, допроса следователем и повседневного поведения в палате лечебного учреждения, СИЗО; б) ходатайство подсудимого о проведении экспертизы при отсутствии данных о том, что он страдал психическим расстройством; в) отсутствие нарушения ритмики сна

Ключевые слова: невменяемость, психические расстройства, судебно-психиатрическая экспертиза

Problems of simulation of mental disorders

Vasily Arkhipovich KOROVIN,

Senior researcher, institute of humanitarian technologies, Moscow, Russian Federation

E-mail: korovin56@mail.ru

Annotation. In legal and medical practice, there are cases of faking a mental disorder in order to avoid criminal liability. We studied 40 men sent by the court for a forensic psychiatric examination. The first stage of the study was carried out while the person was in a psychiatric hospital or in a pre-trial detention center. At the second stage, procedural documents were examined after the court's decision in the case. Based on the study, signs have been proposed that allow one to suspect a simulation of a mental disorder: a) a significant difference in the behavior of the defendant during a conversation with an expert doctor, interrogation by an investigator and everyday behavior in the ward of a medical institution, a pre-trial detention center; b) the defendant's request for an examination in the absence of evidence that he suffered from a mental disorder; c) absence of sleep rhythm disturbances

Keywords: insanity, mental disorders, forensic psychiatric examination

Проблемы девиантного и криминального поведения, социальных и медицинских проблем, общественных отношений под воздействием различных социальных, биологических и медико-санитарных факторов, соотношения общественного и личного, вызывает пристальное внимание ученых [1, с. 29—32; 2, с. 31—34; 3, с. 122—130; 4, с. 61—63; 5, с. 74—77; 6, с. 11—17; 7, с. 68—73; 8, с. 81—92; 9, с. 82—84; 10, с. 98—104].

Выявляется все большее количество лиц, привлекаемых к уголовной ответственности, обнаруживающих психические расстройства, которые могут оказывать существенное влияние на интеллектуальные и (или) волевые процессы, определять сниженную способность прогнозировать последствия своих деяний и ими руководить, то есть играть важную роль в механизмах криминального поведения.

Под вменяемостью лица понимается способность к осознанной и (или) волевой регуляции своего поведения в момент совершения деяния, предусмотренного статьями Особенной части Уголовного кодекса России (далее — УК РФ) [11, с. 11—16].

Согласно статье 21 УК РФ не может подлежать уголовной ответственности и наказанию лицо, которое во время совершения такого деяния находилось в состоянии невменяемости, то есть вследствие хронического психического расстройства, временного психического расстройства, слабоумия либо иного болезненного состояния психики не могло осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими. Лицу, совершившему общественно опасное деяние, предусмотренное уголовным законом, в состоянии невменяемости, суд может назначить стационарное или амбулаторное принудительное лечение у психиатра, предусмотренное УК РФ.

Состояние невменяемости лица предопределено совокупностью медицинского и юридического критериев.

Медицинский критерий невменяемости лица связан с наличием у лица временного психического расстройства, хронического психического расстройства, слабоумия либо иного болезненного состояния психики, что предусмотрено уголовным законом.

На наш взгляд, в судебно-следственной практике к хроническим психическим расстройствам относятся приступообразно или непрерывно протекающие психические расстройства, имеющие тенденцию к прогрессированию и приводящие к стойким и глубоким личностным изменениям. К временным психическим расстройствам относятся обратимые, преходящие психические расстройства, заканчивающиеся улучшением, вплоть до полного выздоровления. Слабоумие связано с умственным недоразвитием или упадком психической деятельности, вызванным повреждением мозга травматическими, генетическими, интоксикационными или иными патогенетическими факторами, что сопровождается поражением интеллекта (в первую очередь — уровня критики и суждений), необратимыми изменениями личности, выраженным снижением или невозможностью социального приспособления.

К иным болезненным состояниям психики лица относятся иные патологические процессы, нарушающие социальную адаптацию (например, «афганский синдром»).

Наличие в анамнезе психического расстройства у лица, совершившего действие (бездействие), которое предусмотрено статьями Особенной части УК РФ, не приводит к обязательному признанию его невменяемым. Состояние невменяемости предполагает наличие и юридического критерия. Юридический критерий невменяемости лица предполагает существенное влияние психического расстройства на осознанное и (или) волевое поведение во время совершения действия (бездействия), которое предусмотрено Особенной частью УК РФ.

Согласно действующего законодательства, невменяемость лица устанавливается судом. Основанием для вынесения правосудного решения о невменяемости лица служат все материалы уголовного дела, в том числе и заключение судебно-психиатрической экспертизы.

В следственно-судебной практике систематически встречаются случаи симуляции психического расстройства с целью избежать уголовной ответственности и наказания.

К сожалению, количество лиц, признанных судом невменяемыми, существенно различается в различных регионах России (от 3% до 15%), что не может не вызывать обеспокоенность масштабностью попыток уклонения от уголовной ответственности в некоторых субъектах страны.

У лица с тяжелой, активно протекающей психической патологией, глубоко изменяющей личность, задержанного сразу же после совершения общественно опасного деяния и направленного на судебно-психиатрическую экспертизу, оценка медицинского критерия является несложной.

У лица, задержанного и направленного на судебно-психиатрическую экспертизу через несколько месяцев после его совершения, картина психического расстройства подчас не имеет острой психопатологической симптоматики, что снижает возможность правильной оценки медицинского критерия.

Это актуализирует получение дополнительных данных, объективизирующих наличие психического расстройства у подозреваемого.

Приходится отмечать, что в России возможности достоверного прослеживания динамики психических расстройств у лиц, ими страдающих, в последние годы сократились. Существенное ограничение оснований для постановки на диспансерный учет в психоневрологическом лечебно-профилактическом учреждении привело к сокращению случаев, когда в распоряжении следствия имеются документальные данные о наблюдении больных психиатрами в прошлом. Поэтому, увеличивается роль и значение надлежашего изучения подследственного (подсудимого) в ходе судебно-психиатрической экспертизы, следствия и суда.

Исследовано 40 мужчин, направленных на судебно-психиатрическую экспертизу. Исследование состояло из двух этапов. Первый этап исследования проводился в период пребывания подследственного в отделении психиатрического стационара в период прохождения судебно-психиатрической экспертизы или в следственном изоляторе (далее — СИЗО). На втором этапе исследовались процессуальные и иные документы после вынесения решения суда по делу (судебное решение по уголовному делу, заключение судебно-психиатрической экспертизы и др.).

В первую (основную) группу включены 20 лиц, которым в ходе судебно-психиатрической экспертизы был установлен диагноз психической патологии, не исключающей вменяемости. Во время совершения преступления психических расстройств, исключающих вменяемость, у них не было выявлено. В последующем они были признаны судом вменяемыми. Решение суда обжаловалось стороной защиты в вышестоящей судебной инстанции, но было признано правосудным и вступало в законную силу.

В вторую (контрольную) группу включены 20 мужчин, которым в ходе судебно-психиатрической экспертизы был установлен диагноз психического расстройства, исключающий осознанное и (или) волевое поведение в момент совершения общественно-опасного деяния. В последующем они были признаны судом невменяемыми. Решение суда не обжаловалось

участниками процесса в вышестоящей судебной инстанции и вступало в законную силу.

Лица первой группы в 18 случаях направлялись на судебно-психиатрическую экспертизу по ходатайству подследственного или его защитника. Никто из лиц первой группы ранее на учете в психоневрологическом диспансере не состоял.

Лица второй группы в 16 случаях направлялись на судебно-психиатрическую экспертизу по инициативе работников следствия. 14 лиц контрольной группы ранее состояли на учете в психоневрологическом диспансере по поводу хронического психического расстройства.

Поведение 16 лиц первой группы существенно различалось в кабинете следователя от повседневного поведения в камере СИЗО, где подследственные не имели грубых психических расстройств, вели себя адекватно. Аналогичная разница в поведении имела место и ходе проведения судебно-психиатрической экспертизы. Средний медицинский персонал отмечал, что эти 16 лиц вели себя адекватно. Признаки психического расстройства у них «появлялись» лишь в присутствии врача-эксперта.

Поведение большинства (18 человек) лиц второй группы не различалось в кабинете следователя, при осмотре врача-эксперта и в камере следственного изолятора, палате психиатрического стационара. В камере эти подследственные вели зачастую «странно». Более того, в 6-х случаях сокамерники обращались с просьбой перевести больного в другую камеру, опасались его. Отсутствие разницы в поведении не имело место и ходе проведения судебно-психиатрической экспертизы.

Особо отметим признак диссомнических нарушений у лиц второй группы. 10 лиц из второй контрольной группы не давали сокамерникам ночью отдыхать. Нарушения сна у них продолжались и в ходе стационарной судебно-психиатрической экспертизы, что требовало назначение психофармакологических средств.

Все лица первой группы ночью спали. Подчас они спали и после обеда.

Под симуляцией психического расстройства мы понимаем осознанно-волевое, умыш-

ленное действие, преследующее цель избежать уголовной ответственности и наказания, действие, заключающееся в изображении несуществующих признаков психической патологии.

По нашим данным наиболее часто симулируется депрессия с монотонным поведением, невыразительной мимикой, установкой на недоступность, которая проявляющейся либо в форме мутизма, либо в нелепых ответах. Иногда регистрируется двигательная заторможенность, отказ от еды («меня хотят отравить»), а также демонстративные суицидальные высказывания («я все одно вскроюсь»). Нередко на этом фоне симулируются элементарные зрительные и слуховые галлюцинаторные расстройства. Подследственный жалуется на галлюцинации («слышу чей-то голос»), нарушение мышления («в голове пустота», «мысли пропали, дураком стал», «что-то меня толкает, заставляет грабить»). Эти словосочетания обычно повторяются в одинаковой, однообразной форме.

Весьма часты случаи симуляции «бредовых» идей, различных по структуре и содержанию (идеи преследования, воздействия). Преобладают такие формы симуляции, которые не требуют значительных усилий для демонстрации, мало истощают лицо и легко автоматизируются.

В начале симуляции поведение подследственных изменчиво. Они изменяют жалобы в зависимости от возникающих трудностей общения со следователем, врачом-экспертом. Позже поведение становится более постоянным и заученным. Даже несмотря на недоверие следователя, многие симулянты не отказываются от своего поведения. Возвращение в СИЗО после стационарной судебно-психиатрической экспертизы не прекращает симуляцию, так как подследственный рассчитывает на признание судом его невменяемым, несмотря на заключение судебно-психиатрической экспертизы. Определенную роль при длительной симуляции может иметь определенная автоматизация симулятивного поведения, при которой оно определяется целевым представлением, появляются привычные способы симуляции с меньшей затратой психических и физических сил.

Симуляция часто отражает особенности личности подследственного. Выбор симулируемых симптомов психических расстройств во многом зависит от его знаний и опыта, особенностей своих переживаний в прошлом. Это предопределяет разнообразие проявлений симуляции и отсутствие каких-либо определенных закономерностей. Индивидуальные различия в проявлениях симуляции определяются, с одной стороны, особенностями личности, а с другой — наиболее распространенным «набором» симулируемых симптомов.

В последние годы способы симуляции психических расстройств имеют отчетливую тенденцию к усложнению. Симптоматика демонстрируемых психических расстройств становится более тонкой и клинически правдоподобной. Примитивная симуляция встречается реже. Как правило, она указывает на наличие легких форм слабоумия.

Итак, на основании проведенного исследования можно назвать признаки, которые позволяют заподозрить симуляцию подследственным психического расстройства с целью избежать уголовной ответственности и наказания: а) существенное различие в поведении во время беседы с врачом-экспертом, в ходе допроса в кабинете следователя и повседневного поведения в палате лечебного учреждения, камере СИЗО; б) ходатайство подследственного о проведении судебно-психиатрической экспертизы при отсутствии данных о том, что он страдал ранее психическим расстройством; в) отсутствие нарушения ритмики сна.

Наличие таких признаков требует более тщательного сбора анамнеза жизни и заболевания, тщательного наблюдения за подозреваемым в ходе проведения судебно-психиатрической экспертизы.

Список источников

1. Спасенников Б.А. Медицинская служба уголовно-исполнительной системы. Исторический аспект (часть 1) // Закон и право. 2018. № 1. С. 29—32.
2. Спасенников Б.А. Медицинская служба уголовно-исполнительной системы. Исторический аспект (часть 1) // Закон и право. 2018. № 2. С. 31—34.

3. Эриашвили Н.Д., Иванова Ю.А. Философия права Аристотеля // Социально-гуманитарное обозрение. 2023. № 1. С. 122—130.

4. Спасенников Б.А. Существует ли психология вне медицины? // На пути к гражданскому обществу. 2023. № 2 (50). С. 61—63.

5. Спасенников Б.А. Про Нобелевскую премию по психологии // Международный журнал психологии и педагогики в служебной деятельности. 2023. № 1. С. 74—77.

6. Спасенников Б.А. Наука и право // На пути к гражданскому обществу. 2023. № 3 (51). С. 11—17.

7. Ахмедов Р.М., Эриашвили Н.Д., Ахмедов Д.Р. Виртуальность как социально-правовой феномен // Социально-гуманитарное обозрение. 2023. № 1. С. 68—73.

8. Галузо В.Н., Эриашвили Н.Д. О безальтернативности права как регулятора общественных отношений в Российской Федерации // Социально-гуманитарное обозрение. 2023. № 1. С. 81—92.

9. Эриашвили Н.Д. О развитии федерализма в поправках к конституции Российской Федерации // Закон и право. 2022. № 11. С. 82—84.

10. Стригунова Д.П., Эриашвили Н.Д. Особенности правового регулирования международных деликтных обязательств // Закон и право. 2022. № 4. С. 98—104.

11. Белоус В.Г., Дивитаева О.А. О научной школе медицинского права НОУ ВПО «Институт управления» // На пути к гражданскому обществу. 2015. № 2 (18). С. 11—16.

References

1. Spasennikov B.A. Medical service of the penal system. Historical aspect (part 1). Law and law. 2018. No. 1. P. 29—32.

2. Spasennikov B.A. Medical service of the penal system. Historical aspect (part 1). Law and law. 2018. No. 2. P. 31—34.

3. Eriashvili N.D., Ivanova Yu.A. Aristotle's Philosophy of Law. Social and Humanitarian Review. 2023. No. 1. P. 122—130.

4. Spasennikov B.A. Does psychology exist outside of medicine? On the way to civil society. 2023. No. 2 (50). P. 61—63.

5. Spasennikov B.A. About the Nobel Prize in Psychology. International Journal of Psychology and Pedagogy in Professional Activities. 2023. No. 1. P. 74—77.

6. Spasennikov B.A. Science and law. On the way to civil society. 2023. No. 3 (51). P. 11—17.

7. Akhmedov R.M., Eriashvili N.D., Akhmedov D.R. Virtuality as a social and legal phenomenon. Social and Humanitarian Review. 2023. No. 1. P. 68—73.

8. Galuzo V.N., Eriashvili N.D. On the lack of alternatives to law as a regulator of social relations in the Russian Federation. Social and Humanitarian Review. 2023. No. 1. P. 81—92.

9. Eriashvili N.D. On the development of federalism in amendments to the Constitution of the Russian Federation. Law and Law. 2022. No. 11. P. 82—84.

10. Strigunova D.P., Eriashvili N.D. Features of legal regulation of international tort obligations. Law and Law. 2022. No. 4. P. 98—104.

11. Belous V.G., Divitaeva O.A. About the scientific school of medical law of the National Educational Institution of Higher Professional Education «Institute of Management» // On the way to civil society. 2015. No. 2 (18). pp. 11—16.

COVID-19 и нервно-психическое здоровье: некоторые социально-гигиенические аспекты

Александр Васильевич МАЛКИНЕН,

Научный сотрудник, Институт гуманитарных технологий, Москва, Российская Федерация

E-mail: malkinen62@yandex.ru

Для цитирования. А.В. МАЛКИНЕН. COVID-19 и нервно-психическое здоровье: некоторые социально-гигиенические аспекты // Актуальные проблемы медицины и биологии. 1/2023. С. 28—32.

Аннотация. Автор представил результаты медико-социологического исследования 400 человек в период с 11 по 16 апреля 2020 года. Выборка случайная. Женщины составили 56%, мужчины — 44%. 15% лиц были в возрасте 18—24 года; 13% — 25—35 лет; 28% — 36—49 лет; 25% — 50—60 лет; 19% — старше 60 лет. Неработающие пенсионеры составили 14%; домашние хозяйки — 7%; работающие в бюджетной сфере, органах государственной власти и управления, правоохранительных органах — 24%; наемные работники в различных сферах бизнеса — 30%; предприниматели, самозанятые — 8%; студенты, аспиранты — 17%. На момент исследования учащиеся не посещали учебные заведения. Самозанятые пытались продолжать дистанционную работу. 67% представителей малого и среднего бизнеса прекратили активную деятельность. 73% наемных работников прекратили трудовую деятельность. Остальные продолжают работу в качестве продавцов продовольственных магазинов, водителей такси, курьеров, охранников или перешли на сокращенный рабочий день. Работники бюджетной сферы работали дистанционно в 83% случаев. Государственные служащие продолжали работать за исключением лиц старше 65 лет и матерей, имеющих детей до 14 лет. Указанные факторы могут расцениваться как психотравмирующие, вызванные режимом ограничения социальных контактов. 19% обследуемых ранее наблюдались у врача по поводу психосоматической патологии. Через три недели пребывания на добровольной самоизоляции чувство неопределенной тревоги отмечали 44% опрошенных. Раздражительность беспокоила 58% респондентов. 29% лиц отметили появление избыточной вспыльчивости, гневливости, которая возникала беспричинно. 74% лиц отметили нарушение сна. 26% респондентов увеличили потребление алкоголя. Больные с психосоматической патологией увеличили дозы принимаемых лекарственных препаратов. Из полученных данных следует, что в период эпидемии коронавирусной инфекции увеличилось количество пограничных психических расстройств, что в последующем привело к девиантному поведению, например, активности так называемых «антиваксеров» («антипрививочников»)

Ключевые слова: COVID-19, общественное здоровье, нервно-психическое здоровье

COVID-19 and neuropsychic health: some socio-hygienic aspects

Alexander Vasilievich MALKINEN,

Researcher, institute of humanitarian technologies, Moscow, Russian Federation

E-mail: malkinen62@yandex.ru

Annotation. The author presented the results of a medical and sociological study of the neuropsychic health of 400 adult Muscovites and residents of the Moscow Region in the period from April 12—15, 2020. The survey was conducted by phone or email. Of the 400 respondents, 350 people underwent surveys with the author of this article on other socio-hygienic problems, that is, they have experience in such studies. The sample is random, related to the willingness of a person to participate in a medical sociological study. Of the surveyed number of individuals, women accounted for 56%, men — 44%. 15% of people were 18—24 years old; 13% — 25—35 years old; 28% — 36—49 years old; 25% — 50—60 years; 19% are over 60 years old. Non-working pensioners accounted for 14%; housewives — 7%; working in the public sector, government and administration, law enforcement agencies — 24%; employees in various business areas — 30%; self-employed entrepreneurs — 8%; pupils (students, graduate students) — 17%. The examination took place 21 (+/–3) days after the start of the voluntary isolation regime (during the epidemic of COVID-19). At the time of the study, students did not attend universities, did not study at all, or did self-education. Self-employed tried to continue remote work. 67% of

small and medium-sized businesses stopped activity. The rest continued to work. 73% of employees stopped working. The rest continue to work as sellers of grocery stores, taxi drivers, couriers or switched to a shorter working day. Public sector employees worked remotely in 83% of cases or periodically visited the workplace. Civil servants continued to work, with the exception of people over 65 and mothers with children under 14. Law enforcement officers continue to serve with increased workload, sometimes in special conditions of service. These factors can be regarded as traumatic, caused by the regime of restriction of social contacts, violations of the usual way of life, lower incomes, the threat of illness and changes in living standards. None of those examined earlier in the psycho-neurological (or narcological) dispensary were registered; they did not actively contact a psychiatrist, psychotherapist, psychologist, or psychologist. 19% of the examined were previously observed by a doctor by reason of arterial hypertension, coronary heart disease, coronary heart disease, vegetovascular dystonia, neurological pathology against the background of osteochondrosis of the cervical spine. 11% of people periodically took psychopharmacological drugs as prescribed by a doctor or on their own to treat the above pathology. No one had known the facts of contact with persons infected with coronavirus. After three weeks of being on voluntary self-isolation at home, 44% of respondents noted a feeling of vague anxiety. Denied a sense of vague anxiety of 18%. 38% could not confirm or deny the feeling of vague anxiety. Annoyance that appeared (or intensified during the period of self-isolation) was noted by 58% of respondents. 17% of individuals denied irritability. The rest did not note increased irritability or could not answer in the affirmative. 29% of people noted the appearance (or increase during the period of self-isolation) of excessive temper, anger, which arose unreasonably or as a result of neutral actions (inaction) of people who underwent self-isolation together with the subjects. 71% of people denied the presence of excessive temper, anger. However, many answers were evasive. 74% of people reported sleep disturbance (or worsening) during the period of self-isolation. The most common violations were falling asleep, less often a superficial sleep with frequent awakenings, or early awakening. 26% of respondents said they increased alcohol consumption. Patients with psychosomatic pathology note an increase in the dose of medications taken to correct blood pressure, reduce heart attacks, and relieve other symptoms. 11% of respondents noted an increase in the number of psychopharmacological drugs taken. From the data obtained it follows that during the period of the coronavirus infection epidemic, the number of borderline mental disorders increased, which subsequently led to deviant behavior, for example, the activity of the so-called «anti-vaxxers»

Keywords: COVID-19, public health, neuropsychic (mental) health

Проблемы соотношения общественного и личного, социальных и медицинских проблем, общественных отношений под воздействием различных социальных, биологических и медико-санитарных факторов, вызывает пристальное внимание ученых [1, с. 29—32; 2, с. 31—34; 3, с. 68—73; 4, с. 61—63; 5, с. 74—77; 6, с. 122—130; 7, с. 11—17; 8, с. 81—92; 9, с. 82—84; 10, с. 98—104].

Проанализированы результаты медико-социологического исследования нервно-психического здоровья 400 совершеннолетних жителей Москвы и ближнего Подмосковья в период с 11 по 16 апреля 2020 года. Опрос проводился по телефону или по электронной почте. Из 400 респондентов 350 человек проходили обследования (или опросы) у автора этой статьи по другим социально-гигиеническим проблемам, то есть имеют опыт прохождения таких исследований.

Выборка случайная, связанная с готовностью лица участвовать в медико-социологическом исследовании.

Из обследованного числа лиц женщины составили 56%, мужчины — 44%. 15% лиц были в возрасте 18—24 года; 13% — 25—35 лет; 28% — 36—49 лет; 25% — 50—60 лет; 19% — старше 60 лет (здесь и ниже цифры округлены до единицы. — Автор.).

Неработающие пенсионеры (по возрасту, пенсионеры по иным правовым основаниям) составили 14%; домашние хозяйки — 7%; работающие в бюджетной сфере, органах государственной власти и управления, правоохранительных органах — 24%; наемные работники в различных сферах бизнеса — 30%; предприниматели, самозанятые — 8%; учащиеся (студенты, аспиранты) — 17%.

Опрос проходил через 21 (+/-3) день после начала режима добровольной изоляции большей частью обследованных (в период эпидемии коронавирусной инфекции).

На момент исследования учащиеся не посещали учебные заведения («у нас в универе странные каникулы»; «у нас что-то типа дистанционного обучения, но препода не пони-

мают, как работает интернет или у них нет скоростного интернета. Короче, никакого дистанционного обучения нет. Это напрягает, так как экзамены когда-то сдавать»), не занимались вообще или занимались самообразованием («заставляю себя учебник читать»; «я магистрант (вариант — аспирант), я сам по себе, сижу пишу диссер, что-то сам пишу, что-то из интернета качаю. Потом разберемся после карантина»).

Самозанятые (фрилансеры) пытались продолжать дистанционную работу («пока заказы еще не кончились. Трудно деньги получить после сдачи заказа»; «доходы упали раз в десять. Пока держусь»).

67% представителей малого и среднего бизнеса прекратили работу («нет клиентов. Нет денег. Отправил всех работников в отпуск за свой счет»; «все плохо, деньги скоро кончатся»; «нет заказов. Пока деньги еще есть. Но как платить аренду и зарплату не знаю»). Остальные продолжали работать («я строитель, ремонтирую квартиры. Мне заказчик не разрешил работу прекращать. Делаю из тех материалов, что раньше купил. Становится сложно уже»; «я парикмахер, хожу домой к постоянным клиентам. Они хотят хорошо выглядеть, я получаю деньги»).

73% наемных работников прекратили работу («что будет с зарплатой не знаю», «аванс за месяц не выплатили», «непонятно что будет дальше», «дальше будет только хуже»).

Остальные продолжают работу в качестве продавцов продовольственных магазинов, водителей такси, курьеров («очень страшно заразиться, покупатели все больные», «количество пассажиров в такси упало в разы. Воздух вожу. Денег очень мало. Бензин не дешевет») или перешли на сокращенный рабочий день (вариант — сокращенную рабочую неделю).

Работники бюджетной сферы работали дистанционно (преподаватели вузов и ссузов, научные сотрудники, бухгалтеры предприятий) в 83% случаев («боюсь, что после дистанционки нас всех уволят и заменят на роботы», «на дистанционку наберут из провинции, а нас уволят. Провинциалы вдвое меньше денег будут получать. Предприятию выгоднее. Страшно как-то в будущем») или периодически посещали рабочее место («на работе никого нет. Жутко как-то», «страшно не на работе. Страшно в автобусе ехать, когда сосед кашляет»).

Государственные служащие продолжали работать за исключением лиц старше 65 лет («карантин кончится и меня уволят, наверное») и матерей, имеющих детей до 14 лет («ребенок в третьем классе. В школу не ходит. Все понимают, но начальник недоволен»).

Сотрудники правоохранительных органов продолжают службу с повышением нагрузки, подчас в особых условиях несения службы.

Указанные факторы могут расцениваться как психотравмирующие, вызванные режимом ограничения социальных контактов, нарушения привычного образа жизни, снижения доходов, угрозы болезни и изменения уровня жизни [11; 12; 13; 14].

Никто из обследуемых ранее в психоневрологическом (или наркологическом) диспансере на учете не состоял, активно к психиатру, психотерапевту, психологу, не обращался. 19% обследуемых ранее наблюдались у врача по поводу артериальной гипертензии, ишемической болезни сердца, ишемической болезни мозга, вегетососудистой дистонии, неврологической патологии на фоне остеохондроза шейного отдела позвоночника. 11% лиц периодически принимали психофармакологические препараты (седативные, транквилизаторы) по назначению врача или самостоятельно для лечения вышеуказанной патологии.

Никто из респондентов не имел известных ему фактов контактов с лицом, инфицированным коронавирусом.

На момент опроса чувство неопределенной тревоги отмечали 44% опрошенных («какая-то тревога на душе»). Отрицали чувство неопределенной тревоги 18%. 38% не могли подтвердить или отрицать чувство неопределенной тревоги («непонятно, все странно»).

Раздражительность, которая появилась (или усилилась в период самоизоляции) отмечали 58% опрошенных. 17% лиц отрицали наличие раздражительности. Остальные не отмечали повышенной раздражительности или не могли ответить утвердительно («это надо у окружающих спрашивать»).

29% лиц заявили о появлении (или усилении в период самоизоляции) избыточной вспыльчивости, гневливости, которая возни-

кали беспричинно или вследствие нейтральных действий (бездействия) лиц, которые проходили самоизоляцию совместно с обследуемыми («взрываюсь на близких. Потом сам не пойму зачем»). 71% лиц отрицали наличие избыточной вспыльчивости, гневливости. Вместе с тем, многие ответы были уклончивыми и указывали на «единичные» вспышки «недовольства», «ссоры», «свою резкость» вызванные действиями (бездействием) лиц, которые совместно с обследуемым проходили самоизоляцию («муж сам меня достал»).

Нарушение сна (или его ухудшение) в период самоизоляции появилось у 74% респондентов. Наиболее часто встречались нарушения засыпания («не могу уснуть, думаю о работе», «вечером думаю, что меня уволят, сон не идет», «родители не разрешают встречаться с моим парнем, вечером я по нему тоскую. А его родители ни в чем его не ограничивают»), реже поверхностный сон с частыми пробуждениями («ночью проснусь и начнут разные мысли крутиться»), либо раннее пробуждение («утром проснусь и понимаю, что на работу не надо идти. Думаю, чем это кончится», «очень непривычно и странно, что утром не надо на работу идти»).

26% опрошенных отметили, что увеличили потребление алкоголя («надо как-то снимать стресс»; «выпьешь и не так тошно»; «скучно, нечего делать, выпьешь — станет веселее»).

Больные с психосоматической патологией (гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь и др.) увеличили дозы принимаемых лекарственных препаратов для коррекции артериального давления, уменьшения приступов сердцебиения и купирования других симптомов.

11% опрошенных отметили увеличение количества принимаемых психофармакологических средств (седативные, транквилизаторы), что вызывает у них появление новой тревоги («препаратов становится меньше, а в поликлинику идти за новым рецептом страшно. А в аптеку еще страшнее, там все кашляют, жаропонижающие покупают»).

12% лиц указывают, что рады работать дома в удаленном режиме («не надо три часа в

день тратить на поездку до работы и обратно. Очень хорошо!», «не надо сидеть в нашем «змеином гнезде», «руководство не достает своими глупыми замечаниями. Пусть дольше будет режим удаленки»).

Пограничные нервно-психические расстройства, связанные с неуверенностью «в завтрашнем дне» наиболее выражены у лиц в возрасте от 36 до 60 лет. 40% из них существенно потеряли в доходах. 10% — потеряли работу в период эпидемии.

Из полученных данных следует, что в период эпидемии коронавирусной инфекции COVID-19 увеличилось количество пограничных психических расстройств, что в последующем привело к девиантному поведению, например, активности так называемых «антиваксеров» («антипрививочников»). Это потребовало мероприятий с целью оптимизации мер по организации лечебно-диагностической помощи населению.

Список источников

1. Спасенников Б.А. Медицинская служба уголовно-исполнительной системы. Исторический аспект (часть 1) // Закон и право. 2018. № 1. С. 29—32.
2. Спасенников Б.А. Медицинская служба уголовно-исполнительной системы. Исторический аспект (часть 1) // Закон и право. 2018. № 2. С. 31—34.
3. Ахмедов Р.М., Эриашвили Н.Д., Ахмедов Д.Р. Виртуальность как социально-правовой феномен // Социально-гуманитарное обозрение. 2023. № 1. С. 68—73.
4. Спасенников Б.А. Существует ли психология вне медицины? // На пути к гражданскому обществу. 2023. № 2 (50). С. 61—63.
5. Спасенников Б.А. Про Нобелевскую премию по психологии // Международный журнал психологии и педагогики в служебной деятельности. 2023. № 1. С. 74—77.
6. Эриашвили Н.Д., Иванова Ю.А. Философия права Аристотеля // Социально-гуманитарное обозрение. 2023. № 1. С. 122—130.
7. Спасенников Б.А. Наука и право // На пути к гражданскому обществу. 2023. № 3 (51). С. 11—17.

8. *Галузо В.Н., Эриашвили Н.Д.* О безальтернативности права как регулятора общественных отношений в Российской Федерации // Социально-гуманитарное обозрение. 2023. № 1. С. 81—92.

9. *Эриашвили Н.Д.* О развитии федерализма в поправках к конституции Российской Федерации // Закон и право. 2022. № 11. С. 82—84.

10. *Стригунова Д.П., Эриашвили Н.Д.* Особенности правового регулирования международных деликтных обязательств // Закон и право. 2022. № 4. С. 98—104.

11. *Березин Ф.Б.* Психическая и психофизиологическая адаптация человека. Л.: Наука, 1988. 295 с.

12. *Карвасарский Б.Д.* Неврозы. М.: Медицина, 1980. 448 с.

13. *Кречмер Э.* Строение тела и характер. М.: Педагогика-Пресс, 1995. 608 с.

14. *Свядош А.М.* Неврозы и их лечение. М.: Медгиз, 1959. 451 с.

References

1. *Spasennikov B.A.* Medical service of the penal system. Historical aspect (part 1). Law and law. 2018. No. 1. P. 29—32.

2. *Spasennikov B.A.* Medical service of the penal system. Historical aspect (part 1). Law and law. 2018. No. 2. P. 31—34.

3. *Akhmedov R.M., Eriashvili N.D., Akhmedov D.R.* Virtuality as a social and legal phenomenon. Social and Humanitarian Review. 2023. No. 1. P. 68—73.

4. *Spasennikov B.A.* Does psychology exist outside of medicine? On the way to civil society. 2023. No. 2 (50). P. 61—63.

5. *Spasennikov B.A.* About the Nobel Prize in Psychology. International Journal of Psychology and Pedagogy in Professional Activities. 2023. No. 1. P. 74—77.

6. *Eriashvili N.D., Ivanova Yu.A.* Aristotle's Philosophy of Law. Social and Humanitarian Review. 2023. No. 1. P. 122—130.

7. *Spasennikov B.A.* Science and law. On the way to civil society. 2023. No. 3 (51). P. 11—17.

8. *Galuzo V.N., Eriashvili N.D.* On the lack of alternatives to law as a regulator of social relations in the Russian Federation. Social and Humanitarian Review. 2023. No. 1. P. 81—92.

9. *Eriashvili N.D.* On the development of federalism in amendments to the Constitution of the Russian Federation. Law and Law. 2022. No. 11. P. 82—84.

10. *Strigunova D.P., Eriashvili N.D.* Features of legal regulation of international tort obligations. Law and Law. 2022. No. 4. P. 98—104.

11. *Berezin F.B.* Mental and psycho-physiological adaptation of the person. Leningrad, Nauka Publ., 1988. 295 p.

12. *Karvasarskiy B.D.* Neuroses. Moscow, Meditsina, 1980. 448 p.

13. *Krechmer E.* Body structure and character. Moscow, Pedagogika-Press Publ., 1995. 608 p.

14. *Svyadoshh A.M.* Neuroses and its treatment. Moscow, Medgiz Publ., 1959. 451 p.

УДК 349.3
ББК 60.99

© Ф.Г. МЫШКО. 2023

Оценка эффективности нормативно-правового регулирования долговременного ухода за пожилыми гражданами и инвалидами и выявление пробелов в законодательстве

Федор Георгиевич МЫШКО,

Государственный университет управления, Москва, Россия, доктор юрид. наук, доцент

E-mail: fg_myshko@guu.ru

Для цитирования. Ф.Г. МЫШКО. Оценка эффективности нормативно-правового регулирования долго-временного ухода за пожилыми гражданами и инвалидами и выявление пробелов в законодательстве // Актуальные проблемы медицины и биологии. 1/2023. С. 33—37.

Аннотация. К глобальным вызовам мирового значения относят проблему старения населения. Под старением населения подразумевают увеличение в структуре населения доли людей старших возрастов при одновременном снижении числа детей и молодежи, а затем и взрослых репродуктивного возраста. Как на международном, так и на национальном уровне принимаются законодательные нормы по улучшению качества жизни пожилых людей и инвалидов. В России вопросы социальной помощи и ухода за пожилыми и инвалидами регулируются на всех уровнях власти: федеральном, региональном и муниципальном. Огромное количество законодательных актов в социальной сфере требует выработки параметров их оценки эффективности. Одним из таких методов оценки могут служить социологические опросы. В настоящем исследовании проанализированы методики оценки эффективности нормативно-правовых актов в социальной сфере, включая качество их правоприменения

Ключевые слова: Социальные услуги, нормативно-правовые акты, оценка эффективности законодательства, пожилые граждане, инвалиды, долговременный уход

Assessing the effectiveness of legal regulation of long-term care for elderly citizens and people with disabilities and identifying gaps in legislatio

Fyodor Georgievich MYSHKO,

State university of management, Moscow, Russia, doctor of law, associate professor

E-mail: fg_myshko@guu.ru

Annotation. The global challenges of global importance include the problem of population aging. The aging of the population means an increase in the proportion of older people in the population structure, while simultaneously reducing the number of children and youth, and then adults of reproductive age. Both at the international and national levels, legislative norms are being adopted to improve the quality of life of the elderly and disabled. In Russia, issues of social assistance and care for the elderly and disabled are regulated at all levels of government: federal, regional and municipal. A huge number of legislative acts in the social sphere requires the development of parameters for evaluating their effectiveness. Sociological surveys can serve as one of such assessment methods. This study analyzes the methods of evaluating the effectiveness of regulatory legal acts in the social sphere, including the quality of their enforcement

Keywords: Social services, regulatory legal acts, evaluation of the effectiveness of legislators

Эффективность нормативно-правовых актов¹ в социальной сфере следует анализировать по нескольким критериям:

- содержание нормативно-правового акта (правовой критерий эффективности);
- социальный эффект, который достигается посредством применения данного нормативного акта.

Указанные критерии могут применяться как каждый отдельно, так и в совокупности.

Мерилом эффективности нормативно-правовых актов должна стать удовлетворенность потребностей граждан (материальных, духовных, социальных), определенных в виде цели законодательного акта, и закрепленных в качестве их прав и гарантий.

Не всегда оценка эффективности нормативно-правового акта может быть измерена его выполнением или не выполнением. Так, например, эффективность законодательного акта, предусматривающего социальные выплаты гражданам, не может быть оценена по критерию наличия бюджетных средств на выплаты и суммарной выплаты этих средств. Эффективность таких нормативно-правовых актов должна быть оценена не просто по количественному показателю, а по социальному эффекту таких выплат.

Таким образом, эффективность законодательных актов социальной направленности должна оцениваться по совокупности обоих критериев, т.е. с точки зрения «качественного подхода».

Качественный подход к оценке эффективности нормативно-правовых актов может быть достигнут только посредством социологических исследований.

Сфера социального обслуживания согласно статьи 72 Конституции РФ строится на принципах разграничения полномочий между федеральным и региональными уровнями государственной власти, относится к совместному ведению Российской Федерации и ее субъектов.

Модель долгосрочного ухода за пожилыми гражданами и инвалидами, введенная Федеральным законом от 28 декабря 2013 г. № 412-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации»² определяет право каждого субъекта РФ, применяющего данную модель, определять свою

программу по реализации социальных услуг и помощи.

Следовательно, оценку эффективности нормативно-правовых актов по долгосрочному уходу за пожилыми и инвалидами следует проводить не столько в рамках федерального законодательства, сколько на уровне регионального регулирования.

Оценку эффективности нормативно-правовых актов в сфере долгосрочного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами предлагается провести по результатам социологического опроса. В рамках настоящего исследования был проведен социологический опрос органов регионального и местного самоуправления, регулирующих полномочия по предоставлению социальных услуг по уходу за пожилыми гражданами и инвалидами.

Методология проведения исследования: Анкета социологического опроса была направлена в 34 субъекта Российской Федерации. Субъекты выбраны вверным порядком. В анкетировании приняли участие представители органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации и органов местного самоуправления, наделенными полномочиями в сфере социального обеспечения. Географический охват опроса составил 16 регионов: Кемеровская область (и ее муниципальные образования), Самарская область, Костромская область, Свердловская область (и ее муниципальные образования); Ивановская область, Владимирская область, Калужская область, Ставропольский край (и его муниципальные образования), Московская область, Воронежская область, Курская область, Приморский край, Новосибирская область, Забайкальский край, Липецкая область, Удмуртская республика. Респондентами стали должностные лица указанных органов из 16 субъектов Российской Федерации.

Так, доступность медицинских услуг и медицинской помощи в стационарных организациях социального обслуживания на уровне выше среднего оценили только 41,5 % респондентов. 8% опрошенных отметили низкий уровень оказания медицинских услуг и медицинской помощи. Они указали на сложности в своевременном оказании медицинских услуг и медицинской помощи, включая вопросы ее эффективности по профилю действующих

Актуальные проблемы медицины и биологии

специалистов (как правило, помощь оказываются лицами иного профиля). Остальные респон-

денты (50,5%) определили средний уровень оказания данных услуг (рис. 1).

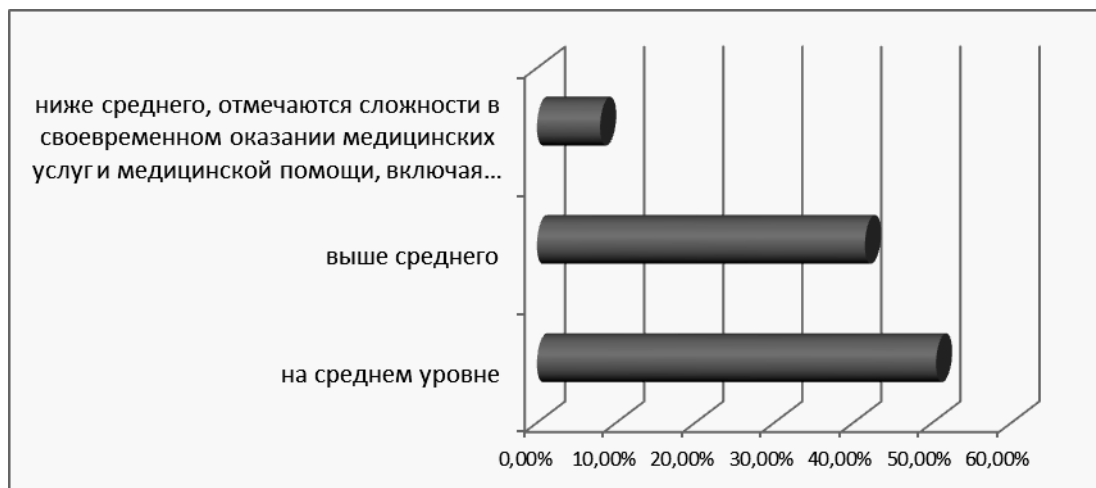


Рис. 1. Оценка доступности доступность медицинских услуг и медицинской помощи, %

Респонденты отметили, что 87,3 % пожилых людей удовлетворены получаемыми социальными услугами. 12,4 % получающих социальные услуги близки к удовлетворенности, ответив «скорее удовлетворены». Опрошенные должностные лица социальных служб не встре-

чали на практике ни одного неудовлетворенного оказываемыми услугами пожилого человека. Только 0,4 % заявили, что их подопечные с неуверенностью сказали о том, что они не удовлетворены социальным обслуживанием (ответ звучал: скорее не удовлетворен) (рис. 2).

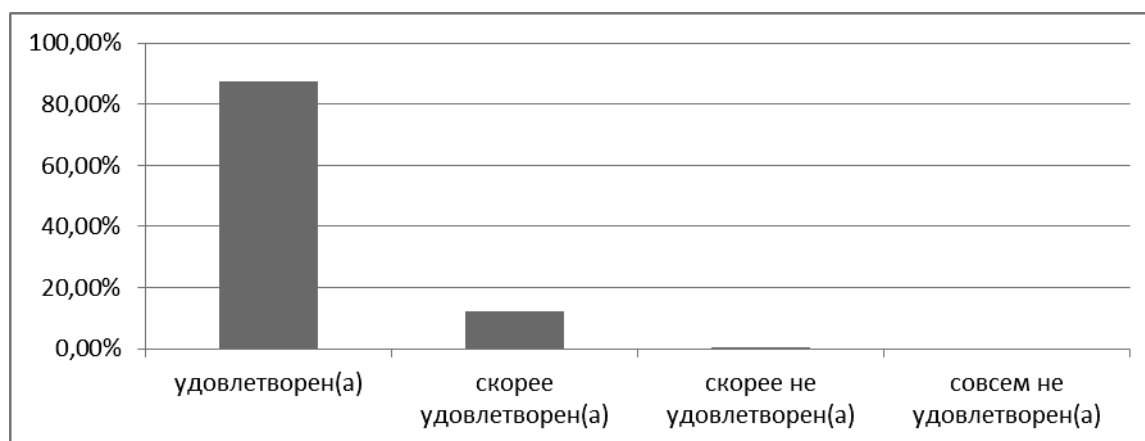


Рис. 2. Оценка степени удовлетворенности получателей ДУ, %

Опрошенные отметили, что среди положительных сторон (преимуществ) получатели социальных услуг отмечают следующие:

- много положительных отзывов о работе «сиделок».

- введение в штатные расписания учреждений «Сиделок» позволило обеспечить полноценный уход за немобильными ПСУ и помочь родственникам, осуществляющим уход;

Actual problems of medicine and biology

- бесплатное социальное обслуживание,
- ежедневное предоставление социальных услуг на дому,
- увеличение спектра т.н. «уходовых» услуг;
- восстановление социально-бытовых навыков и функциональных возможностей организма;
- отказ от стационара в пользу соц. обслуживания на дому, появилась
- комплексное оказание социальных услуг;
- доброжелательность, внимательность персонала, умение найти индивидуальный подход к получателю социальных услуг;
- улучшение качества жизни; профилактика одиночества; расширение кругозора.
- система долговременного ухода помогает пожилым людям получать адекватный своему состоянию уход и продолжать жить в семьях, не прибегая к услугам домов престарелых.
- улучшен уход за маломобильными гражданами и гражданами, находящимися на постельном режиме;
- организована дневная занятость с маломобильными получателями социальных услуг.

Из наиболее приемлемых форм досуга получатели социальных услуг назвали:

- онлайн концерты — 100 % (45 человек);
- праздники — 44,4 % (20 человек);
- онлайн выставки — 33,3% (15 человек);
- занятия спортом — 17,7 % (8 человек);
- библиотеку посещают — 33,3 % (15 человек).

Представители Свердловской области поделились итогами социального опроса:

Из 45 опрошенных респондентов, по результатам анкетирования получатели социальных услуг полностью удовлетворены качеством предоставляемых социальных услуг — 100% в том числе:

- условиями проживания и обслуживания в целом — 100 % (45 человек);
- условиями размещения в комнате, наличием мебели, бытовой техники и коммунальных удобств — 100 % (45 человек);

- качеством бытового обслуживания (парикмахер, прачечная, баня и другое) — 100 % (45 человек);
- качеством питания — 100 % (45 человек);
- качеством медицинского обслуживания и лечения — 100 % (45 человек);
- участие в общественно полезном труде — 100 % (45 человек);
- взаимоотношения с соседями по комнате, с персоналом -100 % (45 человек);
- отношение персонала к ПСУ — 100 % (45 человек).
- охвачены досуговой деятельностью все 100 %.

Около 60 % опрошенных респондентов не отметили каких-либо негативных сторон/претензий со стороны получателей социальных услуг.

Среди претензий/негативных сторон были названы:

- не достаточное количество штатных единиц «сиделок», невозможно охватить всех нуждающихся;
- объем предоставления отдельных социальных услуг недостаточен для полного удовлетворения имеющейся потребности (по мнению отдельных ПСУ 4 часа/день недостаточно);
- желание получать услуги, которые не прописаны в стандартах;
- увеличить время предоставления услуг;
- неполное соблюдение условий доступной среды;
- расширить ассортимент блюд;
- желание увеличить более 2 раз в месяц предоставление услуг предприятиями торговли и связи и другими предприятиями;
- не все социальные услуги, востребованные у получателей социальных услуг, включены в Стандарты социальных услуг. К примеру, нет услуги «Замена штор на окнах»;
- не удовлетворенность нормой и рациональным питанием;
- изъявили желание бесплатно получать социальные услуги на дому.

На основании проведенного исследования и изучив практику правового регулирования системы долговременного ухода, отметим сле-

дующее. На территории каждого субъекта Российской Федерации разработана сбалансированная система нормативного правового регулирования системы долговременного ухода.

Для повышения эффективности нормативно-правового регулирования долговременного ухода требуется разграничить полномочия органов государственной власти в сфере нормативно-правового регулирования системы долговременного ухода.

К полномочиям федеральных органов государственной власти в сфере нормативно-правового регулирования системы долговременного обслуживания следует отнести:

- утверждение субъектного состава получателей социальных услуг в системе долговременного ухода;
- утверждение объема и перечня социальных услуг, входящих в социальный пакет долговременного ухода для всех форм социального обслуживания;
- определение правового статуса лиц, осуществляющих уход;
- утверждение единых критериев оценки нуждаемости в долговременном уходе;
- обеспечение гарантии получения социального пакета;
- разработка модели финансирования социальных услуг в системе долговременного ухода (обязательное социальное страхование долговременного ухода, модель соплатежей населения).

К полномочиям органов государственной власти субъектов Российской Федерации в системе долговременного ухода следует отнести:

- разработку модели сочетания формальной и неформальной помощи получателям социальных услуг в системе долговременного ухода;
- разработку модели интеграции медицинских и социальных услуг в системе долговременного ухода с учетом уровня нуждаемости;
- разработку модели межведомственного взаимодействия в системе долговременного ухода;
- обеспечение подготовки специалистов для системы долговременного ухода;
- разработку систему мониторинга процесса оказания медико-социальных услуг.

Социологический опрос показал, что, в целом, получатели услуг социального ухода удовлетворены оказываемыми услугами.

Список источников

1. Федеральный закон от 28 декабря 2013 г. № 412-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации». Собр. законодательства Рос. Федерации. 2013. № 52 (ч. I). Ст. 7007.

2. Эффективность законодательства: вопросы теории и практика: монография / Ю.А. Тихомиров, В.П. Емельянцев, А.А. Аюрова и др.; отв. ред. Ю.А. Тихомиров, В.П. Емельянцев. М.: Институт законодательства и сравнительного правоведения при Правительстве Российской Федерации: ИНФРА-М, 2015. С. 81.

References

1. Federal Law No. 412-FZ of December 28, 2013 «On the Basics of Social Services for Citizens in the Russian Federation». The collection of legislation grew. Federation. 2013. No. 52 (part I). Article 7007.

2. Effectiveness of legislation: issues of theory and practice: monograph / Yu.A. Tikhomirov, V.P. Emeliantsev, A.A. Ayurova, etc.; ed. Yu.A. Tikhomirov, V.P. Emeliantsev. M.: Institute of Legislation and Comparative Jurisprudence under the Government Of the Russian Federation: INFRA-M, 2015. p. 81.

¹ Ссылка в книге Эффективность законодательства: вопросы теории и практика: монография / Ю.А. Тихомиров, В.П. Емельянцев, А.А. Аюрова и др.; отв. ред. Ю.А. Тихомиров, В.П. Емельянцев. М.: Институт законодательства и сравнительного правоведения при Правительстве Российской Федерации: ИНФРА-М, 2015. С. 81. Такие исследования достаточно показательны. Так, по данным «Левада-центр», чаще всего в России ущемляется право на медицинскую помощь, социальную защиту, жизненный уровень, а также на бесплатное образование и равный доступ к нему. URL: <http://www.levada.ru>. (дата обращения 29.09.2022 г.).

² Собр. законодательства Рос. Федерации. 2013. № 52 (ч. I). Ст. 7007.

Восприятие и оценка результатов контроля за медицинским обеспечением лиц, лишенных свободы

Андрей Анатольевич ПАВЛЕНКО,
ИПКР ФСИН России, Томск

E-mail: a.pav@list.ru

Для цитирования. А.А. ПАВЛЕНКО. Восприятие и оценка результатов контроля за медицинским обеспечением лиц, лишенных свободы // Актуальные проблемы медицины и биологии. 1/2023. С. 38—43.

Аннотация. В статье проведен сравнительный анализ динамики и результатов самых действенных видов контроля за медицинским обеспечением подозреваемых, обвиняемых и осужденных — прокурорского надзора и ведомственного контроля. Выявлены общие тенденции указанных видов контроля, а также причины опережающего роста числа обращений в ФСИН России по медицинской проблематике по сравнению с показателями актов прокурорского реагирования. В заключении обосновывается вывод о том, что количество и тематика жалоб осужденных и подозреваемых (обвиняемых) не могут служить объективными критериями качества медицинской помощи в силу влияния психологического портрета (установки) основной массы таких лиц (факторов пенитенциарного социума)

Ключевые слова: медицинское обеспечение подозреваемых, обвиняемых и осужденных; акты прокурорского реагирования

Perception and evaluation of the results of monitoring the medical provision of persons deprived of liberty

Andrey Anatolievich PAVLENKO,
IPKR FSIN of Russia, Tomsk

E-mail: a.pav@list.ru

Annotation. The article presents a comparative analysis of the dynamics and results and the most effective types of control over the medical care of suspects, accused and convicted — prosecutorial supervision and departmental control. The general trends of these types of control are revealed, as well as the reasons for the outpacing growth in the number of appeals to the Federal Penitentiary Service of Russia on medical issues, compared with the indicators of acts of prosecutorial response. The conclusion substantiates the conclusion that the number and subject of complaints of convicts and suspects (accused) cannot serve as objective criteria for the level of medical care, due to the influence of the psychological portrait (attitude) of the bulk of convicts (factors of penitentiary society)

Keywords: medical support for suspects, accused and convicts; acts of prosecutorial response

Во многих международных и российских источниках особо подчеркивается важность охраны здоровья подозреваемых, обвиняемых и осужденных к лишению свободы (далее — лиц, лишенных свободы; заключенных), и, особенно, оказания им надлежащей медицинской помощи [1, с. 29—32; 2, с. 31—34; 3, с. 11—17; 4, с. 61—63; 5, с. 74—77]. Этот аспект пенитенциарной практики является одним из

объектов контроля за деятельностью учреждений УИС, предусмотренного статьями 19—23 УИК РФ, ст. 38 Закона РФ от 21.07.1993 № 5473—1 «Об учреждениях и органах уголовно-исполнительной системы Российской Федерации» и ст. 51 Федерального закона от 15.07.1995 № 103-ФЗ «О содержании под стражей подозреваемых и обвиняемых в совершении преступлений».

В данной работе мы проведем сравнительный анализ динамики и результатов двух видов контроля — прокурорского надзора (ст. 22 УИК РФ и ст. 51 Федерального закона от 15.07.1995 № 103-ФЗ), а также динамику жалоб на медицинскую помощь в Федеральную службу исполнения наказаний в рамках ведомственного контроля (ст. 21 УИК РФ). Полагаем указанные виды контроля самыми действенными. Раскрывать всю систему и виды контроля за обеспечением права на охрану здоровья в местах лишения свободы полагаем нецелесообразным.

Необходимо отметить, что мы относим непредоставление или ненадлежащее оказание медицинской помощи лицу, лишенному свободы, к типичным конфликтным ситуациям, обуславливающим меры, приравненные к пыткам, в результате нарушения порядка исполнения лишения свободы [6, с. 84—92].

Определяя границы нашего исследования, сразу оговоримся, что анализ будет ограничен только рамками оказания медицинской помощи (далее — МП) заключенным, и не будет распространяться на весь спектр медико-санитарного обеспечения в учреждениях УИС.

Так, рассматривая направления прокурорского надзора за деятельностью персонала УИС, мы оцениваем только одно из 20-ти предусмотренных нормативно оснований вынесения актов реагирования, а именно, — «непринятие мер по медицинскому обеспечению подозреваемых, обвиняемых и осужденных», и не включаем в предмет исследования показатель «обеспечение санитарно-гигиенических и противоэпидемических требований, в том числе норм санитарной площади на одного человека», так как считаем его элементом материально-бытового обеспечения заключенных [7, с. 74—78].

Правовой основой прокурорского надзора в УИС является Федеральный закон «О прокуратуре Российской Федерации» от 17.01.1992 № 2202-1. Организация прокурорского надзора за исполнением законов администрациями учреждений и органов, исполняющих уголовные наказания, следственных изоляторов при содержании под стражей подозреваемых и обвиняемых в совершении преступлений, осуществляется в соответствии с приказом Генпрокуратуры России от 16.01.2014 № 6 и ведомственными инструкциями.

Динамика, структура и результаты прокурорского надзора сосредоточены в Отчете о состоянии законности и соблюдении прав человека в уголовно-исполнительной системе (УИС-ТО-СЗПЧ). Необходимо отметить, что в действующем виде указанный отчет составляется с 2018 года, в связи с чем нами будет рассмотрен период 2018—2022 г.г.

Анализ ведомственной статистики ФСИН России по данным случаям (Таблица 1) позволяет выделить устойчивую тенденцию увеличения общего количества внесенных актов прокурорского реагирования (постановлений, представлений, протестов, предостережений, исков), касающихся деятельности подразделений УИС. За период с 2018 г. по 2022 г. количество актов в целом возросло на 22%, при ежегодном их приросте примерно в 7%. Необходимо специально подчеркнуть, что указанная тенденция формировалась на фоне поступательного снижения все эти годы общей численности лиц, содержащихся в ИУ и СИЗО, — всего за 2018—2022 г.г. на 30%. Так, если в 2018 г. один акт приходился в среднем на 27 заключенных, то в 2022 г. — уже на 16. Или, используя прокурорскую статистику, если на 1000 подозреваемых, обвиняемых и осужденных в 2018 г. внесено около 2 актов, то в 2022 г. — уже 3,3 акта. Таким образом, реальный охват деятельности учреждений УИС прокурорским надзором увеличился примерно на 60%, что должно было положительно сказаться на реализации прав, в том числе и на МП, лиц, лишенных свободы.

Вместе с тем, результаты анализа актов прокурорского реагирования на факты ненадлежащего медицинского обеспечения (далее — акты по МП) за период 2018—2022 г.г. не столь однозначны. В целом, при сравнении данных 2018 г. и 2022 г. наблюдается рост актов за 5 лет на 22%, однако системной поступательной динамики за весь этот период не прослеживалось. Так, в 2019 г., по сравнению с 2018 г., зафиксировано снижение количества актов по МП на 12%, тогда как общее количество этих документов выросло на 10%. В 2021 г. наоборот годовой рост актов по МП в 4 раза (16% против 4%) превысил общее увеличение актов, а в 2022 г. отмечался заметный прирост всех актов — 11%, при минимальном (1%) увеличении актов по МП.

Actual problems of medicine and biology

Таблица № 1. Динамика и результаты прокурорского надзора за медицинским обеспечением подозреваемых, обвиняемых и осужденных в 2018—2022 года

№ п/п	Показатели прокурорского надзора	Года					Всего за 2018—2022 гг.	Среднее значение
		2018	2019	2020	2021	2022		
1	Всего актов прокурорского реагирования	20503	22597	22755	23615	26244	+22%	23142
2	АППГ (%)	+9	+10	+0,7	+4	+11		+7
3	Динамика общей численности лиц, содержащихся в учреждениях УИС (%)	-6,5	-7,8	-7,1	-3,6	-7,6	-30	-6,5
4	Количество сотрудников УИС, привлеченных к ответственности по результатам рассмотрения актов	15546	17777	18768	2064	21683	+29%	18888
5	Количество актов, касающихся нарушений оказания МП	1117	990	1080	1257	1437	+22%	1176
6	АППГ (%)		-12	+9	+16	+1		+3,5
7	Доля актов, касающихся нарушений оказания МП, от всех актов прокурорского реагирования (%) и их место в структуре этих актов	5,4 5	4,4 5	4,7 5	5,3 5	5,5 5		5
8	Количество сотрудников УИС, привлеченных к ответственности по результатам рассмотрения актов прокуратуры, касающихся нарушений оказания МП	459	648	593	703	699	+34%	620
8	АППГ (%)		+41	-8,54	+18,5	-1		+12,5
9	Доля наказанных за нарушения оказания МП от всех наказанных по актам прокурорского реагирования (%)	2,9	3,6	3,1	3,4	2,8		3,2

Доля актов по МП в 2018—2022 г.г. в общем массиве прокурорских актов была крайне невелика и составляла от 4,4% в 2019 г. до 5,5% в 2022 г., или в среднем 5%.

В общей структуре внесенных сотрудниками прокуратуры документов, рассматриваемые акты стабильно располагались на 5-й позиции из 20-ти направлений, после непринятия мер по обеспечению: режима и надзора; санитарно-гигиенических и противоэпидемических требований, в том числе норм санитарной площади на одного человека, коммунально-бытовому обеспечению и пожарной безопасности.

Количество сотрудников УИС, привлеченных к ответственности по результатам рассмотрения актов по непринятию мер по медицинскому обеспечению лиц, лишенных свобо-

ды, также росло, если не брать в расчет 2020 г., показатели которого заведомо не укладываются в общую канву по всем статистическим блокам УИС, из-за значительных изменений режима функционирования мест лишения свободы, вызванных пандемией COVID-19, в том числе и в связи с понятным уменьшением посещений сотрудниками прокуратуры мест лишения свободы. Вместе с тем, интересно отметить, что увеличение количества сотрудников, наказанных за упущения в рассматриваемой сфере, за период 2018—2022 гг. опережало прирост всех привлеченных к ответственности по результатам рассмотрения прокурорских актов — 34% против 29%.

Также важно подчеркнуть, что доля наказанных за нарушения в МП сотрудников УИС

Актуальные проблемы медицины и биологии

в 1,5 раза ниже доли нарушений в данной сфере в общей структуре актов прокурорского реагирования. Это обстоятельство свидетельствует, на наш взгляд, об единичных фактах нарушений алгоритма оказания МП отдельными лицами, в отличие от иных нарушений порядка и условий исполнения наказаний и содержания под стражей, зачастую носящих групповой характер.

Результаты прокурорского надзора подтверждают высказанный ранее тезис о том, что в целом система обеспечения охраны здоровья осужденных функционирует достаточно эффективно [8, с. 31—37]. По нашему

мнению, незначительное количество выявленных нарушений в сфере оказания медицинской помощи заключенным свидетельствуют о стабильном удовлетворительном уровне медицинского обеспечения в учреждениях УИС. Также эта оценка подтверждается и официальными данными, например, разделом XI «Медицинское обеспечение и санитарно-эпидемиологическое благополучие лиц, содержащихся в учреждениях уголовно-исполнительной системы» Концепции развития УИС до 2030 года, утвержденной распоряжением Правительства РФ от 29.04.2021 № 1138-р.

Таблица № 2. Динамика и результаты обращений осужденных, лиц, содержащихся под стражей, и их родственников в Федеральную службу исполнения наказаний на медицинское обеспечение (МО) в 2018—2022 годах

№ n/n	Показатели обращений	Года					Всего за 2018— 2022 г.г.	Сред. значение
		2018	2019	2020	2021	2022		
1	Всего обращений	30113	33936	48632	71264	73304	243%	51455
2	АППГ (%)	+25,9	+12,7	+43,3	+46,5	+2,9		19,4
3	Удовлетворено / доля от всех жалоб (%)	199 0,7	1470 4,3		837 1,7	1632 2,2	820%	2,2
4	Не поддержано / доля от всех жалоб (%)	590 2	736 2		594 0,8	540 0,7	-9%	1,4
5	Количество жалоб на МО	1123	1185	12079	14255	15084	1343%	8745
6	АППГ (%)	- 0,2	+5,4	+1019,3	+18	+5,6		+210
7	Доля жалоб на МО (%) и их место в структуре всех обращений	3,7 2	3,5 2	25 1	20 1	22,6 2	+14%	15

Примечание: информация получена с Официального сайта ФСИН России. URL: <https://fsin.gov.ru/structure/management/obzor-obrashcheniy-grazhdan/>

Вместе с тем представляется интересным провести сравнение показателей прокурорского надзора с количественными характеристиками жалоб заключенных на ненадлежащее предоставление и оказание медицинской помощи в центральный аппарат Федеральной службы исполнения наказаний (далее — ФСИН России). Основные вопросы в указанных обращениях касались освидетельствования или переосвидетельствования осужденных с целью установления группы инвалидности, освобождения от отбывания наказания в связи с болезнью, неудовлетворительного медицин-

ского обеспечения. Подобные жалобы осужденных, подозреваемых (обвиняемых) и их родственников до 2019 г. стабильно занимали второе место среди всех жалоб, поступивших во ФСИН России, уступая лишь жалобам на перевод ближе к месту жительства, и составляли примерно 3,5% от всех жалоб (таблица № 2). Однако, начиная с 2020 г. удельный вес таких жалоб кратно вырос и составляет уже более 20%.

В целом за рассматриваемые 5 лет общее количество обращений в ФСИН России увеличилось почти в 2,5 раза (на 243%), в том числе

жалоб на МО — более чем в 13 раз (на 1343%). Если же привести эти цифры в соответствие с количеством лиц, лишенных свободы, то в 2018 г. одно обращение приходилось примерно на 19 заключенных, то в 2022 г. уже на 6 человек. Или, используя прокурорскую статистику, если на 1000 подозреваемых, обвиняемых и осужденных в 2018 г. было около 5 жалоб, то в 2022 г. — уже 17.

Однако в 2020 г., по сравнению с 2019 г., зафиксировано значительное увеличение общего количества обращений во ФСИН России — на 43,3%, но при этом число жалоб на МП выросло более чем в 10 раз (с 1185 до 12097), и составило 25% от всех жалоб. После этого всплеска жалобы на МП от осужденных, лиц, содержащихся под стражей, и их родственников в Федеральную службу исполнения наказаний составляют 20—23% в структуре обращений и вновь вернулись на второе место среди всех жалоб.

Основной причиной этого лавинообразного роста обращений с жалобами на медицинское обеспечение лишенных свободы лиц, в 2020 г. стало изменение режима функционирования учреждений УИС, вызванных пандемией COVID-19. Кроме того, начала формироваться практика применения законодательных изменений, внесенных Федеральным законом от 27.12.2019 № 494-ФЗ, в соответствии с которым у подозреваемых, обвиняемых и осужденных появилось право на компенсацию за нарушение условий содержания (ч. 4 ст. 17 и ст. 17.1 Федерального закона от 15.07.1995 № 103-ФЗ «О содержании под стражей ...» и ст. 12.1 УИК РФ). По фактам нарушений законности и порядка рассмотрения обращений сотрудниками учреждений и органов УИС проводились проверки, по результатам которых виновные должностные лица привлекались к дисциплинарной ответственности. Заключенные обращаются в ФСИН России с очевидной целью — получить выявленные при проверках факты нарушений положений нормативных правовых актов, регулирующих их право на охрану здоровья, чтобы в дальнейшем обратиться в суд с уже полученными доказательствами. Статистические данные свидетельствуют, что хотя доля удовлетворенных жалоб в период 2018—2022 г.г. составляет в

среднем всего 2,2%, то в абсолютных цифрах рост выявленных ФСИН России нарушений МО вырос в 8,2 раза (с 199 до 1632). Если же соотнести эти данные с общим количеством лиц, лишенных свободы, то в 2018 г. одна удовлетворенная жалоба на МО приходилась на 2830 заключенных, а в 2020 г. — уже на 265 чел. В этот же период количество не поддержанных жалоб уменьшилось на 9%. Таким образом, увеличивается число заключенных добившихся указанной выше цели.

Важно отметить, что в период 2019—2021 гг. сотрудниками прокуратуры хотя и отмечался некоторый рост актов реагирования — на 9% в 2020 г. и 16% в 2021, но эти цифры несопоставимы с увеличением количества жалоб во ФСИН России.

Приведенные статистические данные по жалобам на МО, по нашему мнению, характеризуют не реальное положение дел с оказанием медицинской помощи в УИС, а отражают психологический портрет (установки) основной массы осужденных. Кроме достижения цели получения компенсации за нарушение условий содержания, среди осужденных немало и лиц, стремящихся банально добиться смягчения режимных ограничений на период проведения обследований и проверок по их жалобам. Перечисленное логично встраивается в доминирующий в настоящее время пенитенциарно-пространственный блок, предложенной нами ранее системы обеспечения охраны здоровья осужденных и лиц, содержащихся под стражей [8, с. 31—37].

В заключение отметим, что сотрудниками прокуратуры выявляются реальные, а не виртуальные факты нарушений в сфере медицинского обеспечения заключенных. В этой связи следует, со значительной долей критики, относиться к количеству и структуре их жалоб, в большей своей части обусловленных немедицинскими факторами, и не являющимися объективными критериями оценки оказания медицинской помощи в учреждениях УИС.

Список источников

1. Спасенников Б.А. Медицинская служба уголовно-исполнительной системы. Исторический аспект (часть 1) // Закон и право. 2018. № 1. С. 29—32.

2. *Спасенников Б.А.* Медицинская служба уголовно-исполнительной системы. Исторический аспект (часть 1) // Закон и право. 2018. № 2. С. 31—34.

3. *Спасенников Б.А.* Наука и право // На пути к гражданскому обществу. 2023. № 3 (51). С. 11—17.

4. *Спасенников Б.А.* Существует ли психология вне медицины? // На пути к гражданскому обществу. 2023. № 2 (50). С. 61—63.

5. *Спасенников Б.А.* Про Нобелевскую премию по психологии // Международный журнал психологии и педагогики в служебной деятельности. 2023. № 1. С. 74—77.

6. *Павленко А.А.* Запрет пыток осужденных в странах постсоветского пространства и механизм его обеспечения: монография. Томск: ФКУ ДПО Томский ИПКР ФСИН России, 2022. 161 с.

7. *Павленко А.А.* Виды и динамика нарушений материально-бытового обеспечения в местах лишения свободы // Сборник материалов комплекса международных научно-практических конференций. Санкт-Петербург, 2023. С. 74—78.

8. *Павленко А.А.* Система обеспечения охраны здоровья в местах лишения свободы: структура, динамика и перспективы // Административное право и процесс. 2022. № 12. С. 31—37.

References

1. *Spasennikov B.A.* Medical service of the penal system. Historical aspect (part 1). Law and Legislation. 2018. No. 1. P. 29—32.

2. *Spasennikov B.A.* Medical service of the penal system. Historical aspect (part 1). Law and Legislation. 2018. No. 2. P. 31—34.

3. *Spasennikov B.A.* Science and law. On the way to civil society. 2023. No. 3 (51). P. 11—17.

4. *Spasennikov B.A.* Does psychology exist outside of medicine? On the way to civil society. 2023. No. 2 (50). P. 61—63.

5. *Spasennikov B.A.* About the Nobel Prize in Psychology. International Journal of Psychology and Pedagogy in Professional Activities. 2023. No. 1. P. 74—77.

6. *Pavlenko A.A.* The ban on torture of convicts in post-Soviet countries and the mechanism for ensuring it: monograph. Tomsk: FКУ DPO Tomsk IPKR FSIN of Russia, 2022. 161 p.

7. *Pavlenko A.A.* Types and dynamics of violations of material and living conditions in places of deprivation of liberty. Collection of materials from a complex of international scientific and practical conferences. St. Petersburg, 2023. P. 74—78.

8. *Pavlenko A.A.* System of providing health care in places of deprivation of liberty: structure, dynamics and prospects. Administrative law and process. 2022. No. 12. P. 31—37.

© О.И. ПОЛОЗКОВ, С.Н. ЧЕРКАСОВ, Д.О. МЕШКОВ. 2023

**Детерминанты здоровья:
признание ответственности за свое здоровье
в старших возрастных группах**

Олег Игоревич ПОЛОЗКОВ,
Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья
имени Н.А. Семашко, Москва, Российская Федерация

E-mail: office@unity-dana.ru

Сергей Николаевич ЧЕРКАСОВ,
Институт проблем управления им. В.А. Трапезникова, Москва, Российская Федерация

E-mail: meshkovdo@nriph.ru

Дмитрий Олегович МЕШКОВ,
Институт проблем управления им. В.А. Трапезникова, Москва, Российская Федерация

E-mail: meshkovdo@nriph.ru

Для цитирования. О.И. ПОЛОЗКОВ, С.Н. ЧЕРКАСОВ, Д.О. МЕШКОВ. Детерминанты здоровья: признание ответственности за свое здоровье в старших возрастных группах // Актуальные проблемы медицины и биологии. 1/2023. С. 44—48.

Аннотация. В статье представлен анализ распространенности факта признания ответственности за свое здоровье в старших возрастных группах. Было проведено исследование результатов анонимного анкетирования 1045 человек в возрасте 60 лет и старше. Результаты настоящего исследования позволяют сделать заключение о том, что наибольший удельный вес, как мужчин, так и женщин, признающих факт ответственности за свое здоровье, наблюдается в возрастной группе 60—64 года. С увеличением возраста удельный вес возлагающих первостепенную ответственность за состояние здоровья на государство и системы здравоохранения, то есть занимающих пассивную позицию, возрастает. Гендерных различий в тенденциях не выявляется, однако женщины в целом более ответственно относятся к своему здоровью, реже перекладывая ответственность на государство и систему здравоохранения. Уровень образования не оказывает влияния на величину удельного веса лиц старших возрастных групп, признающих за собой факт ответственности за свое здоровье

Ключевые слова: старшее поколение, здоровье населения, детерминанты здоровья

**Determinants of health: taking responsibility
for health in older age groups**

Oleg Igorevich POLOZKOV,
N.A. Semashko national research institute of public health, Moscow, Russian Federation

E-mail: office@unity-dana.ru

Sergey Nikolaevich CHERKASOV,
V.A. Trapeznikov institute of control sciences, Moscow, Russian Federation

E-mail: meshkovdo@nriph.ru

Dmitry Olegovich MESHKOV,
V.A. Trapeznikov institute of control sciences, Moscow, Russian Federation

E-mail: meshkovdo@nriph.ru

Annotation. The purpose of the study: to analyze the prevalence of the fact of recognition of responsibility for their health in older age groups. The results of an anonymous survey of 1045 people aged 60 years and older were analyzed. The results of this study lead to the conclusion that the largest share, both men and women recognize the fact of responsibility for their health, is seen in the age group of 60—64 years, with increasing age the proportion, which imposes the primary responsibility for the health of the state and the health care system, that is passive, increases. There are no gender differences in trends, but women are generally more responsible about their health, less likely to shift responsibility to the state and the health system. The level of education does not affect the value of the proportion of older age groups who recognize the fact of responsibility for their health

Keywords: older generation, population health, determinants of health

Формирование здоровья старшего поколения — сложный процесс, который не всегда можно объяснить с позиции только факторной теории рисков. Высокая значимость детерминант здоровья определяет необходимость поиска и описание их воздействия на показатели здоровья в данных возрастных группах [1, с. 6—11; 2, с. 179—185].

Ранее было показано, что признание ответственности за свое здоровье в старших возрастных группах влияет на показатели самооценки здоровья, однако механизмы такого влияния не ясны. Можно предположить, что изменение поведения человека приводит в итоге к снижению риска нарушений здоровья и, как следствие, к более высоким показателям здоровья [3, с. 57—60; 4, с. 113—120; 5; 6, с. 587—593; 7, с. 61—63; 8, с. 11—17; 9, с. 74—77]. Следовательно, ответственное поведение на основании признания доминирования собственной роли можно рассматривать как одну из детерминант здоровья. Понимание степени распространенности такого явления в старших возрастных группах — актуальная задача общественного здоровья.

Цель исследования.

Провести анализ распространенности факта признания ответственности за свое здоровье в старших возрастных группах.

Методы.

Для достижения поставленной цели был проведен анализ результатов анонимного анкетирования 1045 человек в возрасте 60 лет и старше. В анкету были включены вопросы о субъекте, который, по мнению отвечающих, в первую очередь отвечает за их здоровье. В качестве вариантов ответов были предложены следующие: сам человек, государство или система здравоохранения, которая может рассматриваться как вариант ответственности государства, так как именно государство формирует, нормативно регулирует и поддерживает функционирование системы здравоохранения в стране.

Результаты.

На первом этапе исследования была проведена оценка распространенности такого явления как признание факта ответственности за свое здоровье в исследуемой популяции в различных возрастно-половых группах.

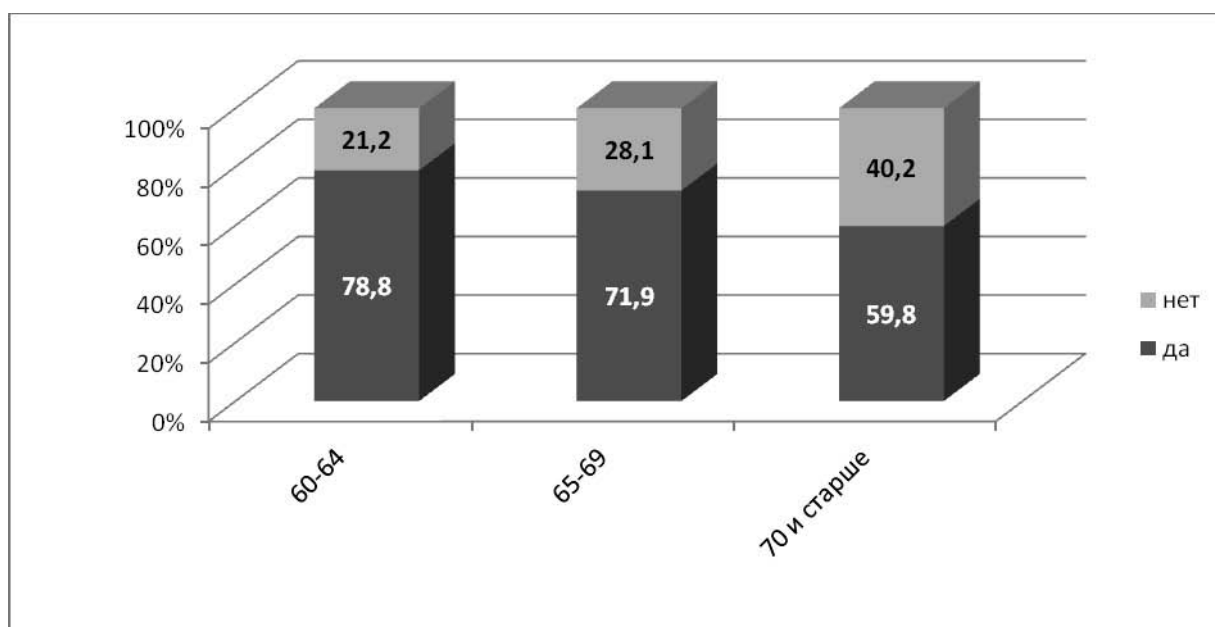


Рис. 1. Удельный вес респондентов мужского пола, признающих факт ответственности за свое здоровье (ответ «да») в различных возрастных группах

Наибольший удельный вес мужчин, признавших свою первостепенную ответственность за собственное здоровье, было в самой

молодой возрастной группе (60—64 года). Более чем три четверти ответивших придерживались такого мнения (рис. 1). В более старших

возрастных группах удельный вес таких мужчин снижался. Так, в возрастной группе 65—69 лет, семь из десяти ответивших возлагал ответственность на государство или систему здравоохранения. В самой старшей возрастной группе (70 лет и старше) каждый шестой из десяти мужчин признавал свою ответственность за свое здоровье.

Следовательно, наибольший удельный вес мужчин, признающих факт ответственности за свое здоровье, наблюдается в возрастной группе 60—64 года — 78,8%, тогда как с увеличением возраста удельный вес мужчин, возлагающих первостепенную ответственность за состояние здоровья на государство и систему здравоохранения, то есть занимающих пассивную позицию, возрастает.

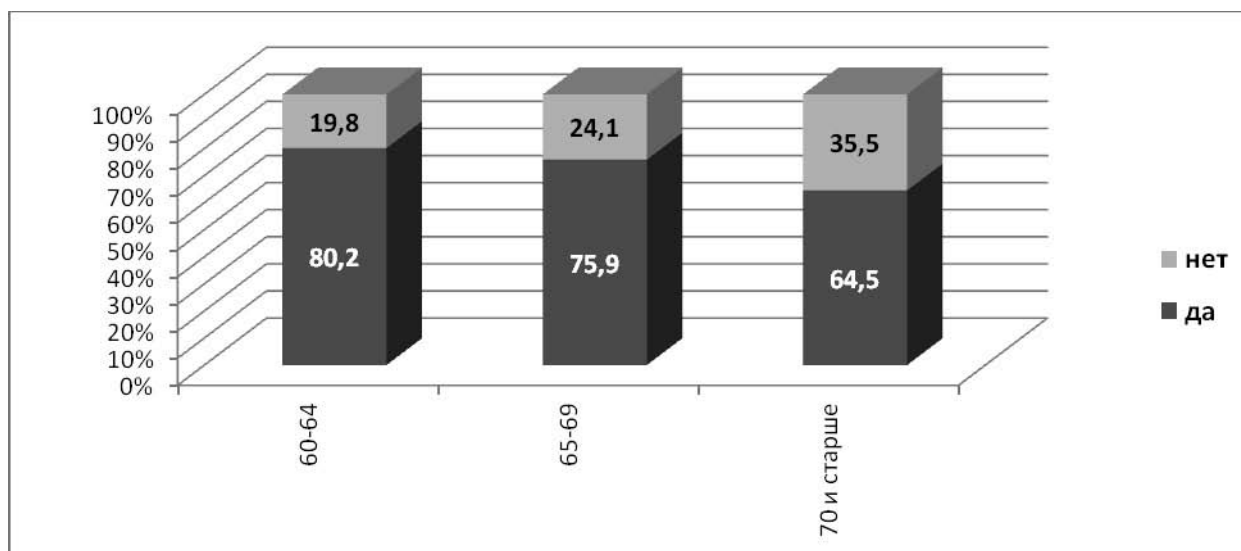


Рис. 2. Удельный вес респондентов женского пола, признающих факт ответственности за свое здоровье (ответ «да») в различных возрастных группах

Наибольший удельный вес женщин, признавших свою первостепенную ответственность за собственное здоровье, также, как и у мужчин, наблюдалось в самой молодой возрастной группе (60—64 года). Более восьмидесяти процентов ответивших придерживались такого мнения (рис. 2), что больше, чем среди мужчин. В более старших возрастных группах удельный вес таких женщин постепенно снижался, но только менее трети из ответивших возлагала ответственность на государство или систему здравоохранения.

Следовательно, наибольший удельный вес женщин, признающих факт ответственности за свое здоровье, наблюдался в возрастной группе 60—64 года — 80,2%, тогда как с увеличением возраста удельный вес женщин, возлагающих первостепенную ответственность за состояние здоровья на государство и систему здравоохранения, то есть занимающих пассив-

ную позицию, возрастает. В целом женщины более ответственно относились к своему здоровью. В самой старшей возрастной группе гендерных различий практически не наблюдалось.

На втором этапе исследования был проведен анализ зависимости между уровнем образования и удельным весом респондентов, признающих за собой факт ответственности за свое здоровье. Для выполнения анализа в каждой поло-возрастной группе были сформированы по две группы сравнения. В первую группу были включены респонденты с высоким образовательным цензом. Во вторую группу были включены респонденты со средним образовательным уровнем. В каждой группе были рассчитаны данные по удельному весу респондентов, признающих за собой факт ответственности за свое здоровье. Данные представлены в таблице 1.

Таблица 1. Удельный вес респондентов с разным уровнем образования, признающих за собой факт ответственности за свое здоровье (на 100 опрошенных)

	мужчины		женщины	
	высокий	средний	высокий	средний
60—64 года	79,7	81,8	80,0	82,0
65—69 лет	80,6	61,5	75,0	78,3
70 лет и старше	59,3	61,7	68,0	62,9

Как следует из представленных в таблице 1 данных, у мужчин разница выявляется только в возрастной группе 65—69 лет, в остальных возрастных группах различий не наблюдалось. У женщин также не было выявлено различий за исключением самой старшей возрастной группы, в которой у женщин с высоким уровнем образования удельный вес выше, чем у женщин с меньшим уровнем образования.

Следовательно, зависимости между удельным весом респондентов, признающих за собой факт ответственности за свое здоровье и уровнем образования выявлено не было.

Обсуждение.

Использование понятия детерминант здоровья в практике общественного здоровья сравнительно новое направление, использование которого позволяет сформировать подходы к планированию мероприятий по повышению уровня и потенциала здоровья. Особенно это актуально в старших возрастных группах. Признание факта ответственности за свое здоровье определяет активную позицию человека при формировании моделей поведения, способствующих сохранению здоровья. Наибольшее распространение признание ответственности за свое здоровье распространено в более молодых возрастных группах мужчин и женщин (60—64 лет), с увеличением возраста оно уменьшается, что определяет некоторую смену приоритетов при планировании работы с этим возрастным контингентом.

Выводы

Таким образом, наибольший удельный вес, как мужчин, так и женщин, признающих факт ответственности за свое здоровье, наблюдается в возрастной группе 60—64 года, с увеличением

возраста удельный вес, возлагающих перво-степенную ответственность за состояние здоровья на государство и системы здравоохранения, то есть занимающих пассивную позицию, возрастает. Гендерных различий в тенденциях не выявляется, однако женщины в целом более ответственно относятся к своему здоровью, реже перекладывая ответственность на государство и систему здравоохранения. Уровень образования не оказывает влияния на величину удельного веса лиц старших возрастных групп, признающих за собой факт ответственности за свое здоровье.

Список источников

1. Хабриев Р.У., Безмельницына Л.Ю., Мешков Д.О. Система принятия решений в программе льготного лекарственного обеспечения // Известия Байкальского государственного университета. 2018. Т. 28. № 1. С. 6—11.
2. Хабриев Р.У., Безмельницына Л.Ю., Мешков Д.О., Черкасов С.Н. Оценка необходимого объема финансирования лекарственной терапии отдельных заболеваний // Известия Байкальского государственного университета. 2018. Т. 28. № 2. С. 179—185.
3. Черкасов С.Н., Шестаков Г.С., Куртадзе И.Д. Влияние образования на самооценку здоровья в старших возрастных группах // Проблемы стандартизации в здравоохранении. 2018. № 9—10. С. 57—60.
4. Черкасов С.Н., Мешков Д.О., Федяева А.В., Безмельницына Л.Ю., Влияние уровня дохода на величину затрат на покупку лекарственных средств населением старших возрастных групп // Известия Байкальского государственного университета. 2020. Т. 30. № 1. С. 113—120.

5. *Мешков Д.О., Безмельницына Л.Ю.* Особенности системы оказания медицинской помощи пациентам с онкологическими заболеваниями на примере рака пищевода // *Baikal Research Journal*. 2020. Т. 11. № 1.

6. *Черкасов С.Н., Тюньков В.В., Киртадзе И.Д., Камаев Ю.О., Федяева А.В.* Влияние материального благополучия населения старших возрастных групп на самооценку здоровья // *Известия Байкальского государственного университета*. 2019. Т. 29. № 4. С. 587—593.

7. *Спасенников Б.А.* Существует ли психология вне медицины? // *На пути к гражданскому обществу*. 2023. № 2 (50). С. 61—63.

8. *Спасенников Б.А.* Наука и право // *На пути к гражданскому обществу*. 2023. № 3 (51). С. 11—17.

9. *Спасенников Б.А.* Про Нобелевскую премию по психологии // *Международный журнал психологии и педагогики в служебной деятельности*. 2023. № 1. С. 74—77.

References

1. *Khabriev R.U., Bezmelnitsyna L.Y., Meshkov D.O.* The Decision-Making System in the Program of Subsidized Pharmaceutical Provision. *Bulletin of Baikal State University*. 2018. Vol. 28. No. 1, P. 6—11.

2. *Khabriev R.U., Bezmelnitsyna L.Y., Meshkov D.O., Cherkasov S.N.* Evaluation of the Necessary Amount of Financing of Drug Therapy for

Particular Diseases. *Bulletin of Baikal State University*. 2018. Vol. 28. No. 2. P. 179—185.

3. *Cherkasov S.N., Shestakov G.S., Kirtadze I.D.* The effect of education on self-esteem of health in older age groups. *Problems of standardization in healthcare*. 2018. No. 9—10. P. 57—60.

4. *Cherkasov S.N., Meshkov D.O., Fedyaeva A.V., Bezmelnitsyna L.Y.* The Influence of the Income Level on the Amount of Expenses for Purchase of Medicines by the Population in Older Age Groups. *Bulletin of Baikal State University*. 2020. Vol. 30. No. 1. P. 113—120.

5. *Meshkov D.O., Bezmelnitsyna L.Y.* Features of System of Providing Medical Assistance to Patients with Oncology Diseases in Terms of Esophageal Cancer. *Baikal Research Journal*. 2020. Vol. 11. No. 1.

6. *Cherkasov S.N., Tyunkov V.V., Kirtadze I.D., Kamaev Yu.O., Fedyaeva A.V.* Influence of Material Well-Being on Self-Assessment of Health of the Population of Older Age Groups. *Bulletin of Baikal State University*. 2019. Vol. 29. No. 4. P. 587—593.

7. *Spasennikov B.A.* Does psychology exist outside of medicine? On the way to civil society. 2023. No. 2 (50). P. 61—63.

8. *Spasennikov B.A.* Science and law. On the way to civil society. 2023. No. 3 (51). P. 11—17.

9. *Spasennikov B.A.* About the Nobel Prize in Psychology. *International Journal of Psychology and Pedagogy in Professional Activities*. 2023. No. 1. P. 74—77.

УДК 342.95

© В.М. РЕДКОУС. 2023

**К вопросу о подготовке и принятии
кодифицированных актов в области
здравоохранения на правовом пространстве СНГ
(опыт Республики Таджикистан)**

Владимир Михайлович РЕДКОУС,

доктор юридических наук, профессор, ведущий научный сотрудник сектора административного права и административного процесса Института государства и права РАН

E-mail: rwmмос@rambler.ru

Для цитирования. В.М. РЕДКОУС. К вопросу о подготовке и принятии кодифицированных актов в области здравоохранения на правовом пространстве СНГ (опыт Республики Таджикистан)// Актуальные проблемы медицины и биологии. 1/2023. С. 49—53.

Аннотация. В статье на основе анализа Кодекса здравоохранения Республики Таджикистан от 30 мая 2017 г. № 1413 рассмотрен опыт Республики Таджикистан в подготовке и принятии кодифицированных актов в области здравоохранения

Ключевые слова: правовое регулирование; граждане; здоровье; охрана здоровья; федеральный закон; кодекс; кодификация; сфера здравоохранения; сравнительное правоведение

**On the issue of preparation and adoption
of codified acts in the field of healthcare
in the legal space of the CIS
(experience of the Republic of Tajikistan)**

Vladimir Mikhailovich REDKOUS,

leading researcher of the sector of administrative law and administrative process of the institute of state and law of the Russian academy of sciences, doctor of legal sciences, professor

E-mail: rwmмос@rambler.ru

Annotation. Based on the analysis of the Health Code of the Republic of Tajikistan dated May 30, 2017 No. 1413, the article examines the experience of the Republic of Tajikistan in the preparation and adoption of codified acts in the field of health

Keywords: legal regulation; citizens; health; health protection; federal law; code; codification; healthcare; comparative law

Современное развитие административного права и административного процесса во всей полноте учитывает характер изменяющихся под воздействием различных факторов общественных отношений [1; 2], реагируя при помощи административно-правовых средств на их динамику, обеспечивая их дальнейшее развитие, изменение или прекращение [3, 4]. Это касается всех сфер государственного управления, государственной деятельности, в том числе

и сферы здравоохранения. Вопросам правового регулирования отношений в сфере здравоохранения необходимо уделять приоритетное значение, так как эта область непосредственно затрагивает жизненно важные интересы каждого члена нашего общества, связанные с его жизнью и здоровьем.

В научной литературе справедливо ставится вопрос о совершенствовании законодательства РФ в области охраны здоровья граждан

и здравоохранения, и одним из путей решения этого вопроса называется кодификация. Т.Я. Хабриева справедливо говорит, что одним из важнейших ориентиров является обеспечение научного подхода к систематизации социального законодательства, отмечая, что Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [5] так и не смог в полной мере заменить ранее действовавшие Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан [6], которые координировали, направляли и подчиняли себе нормы, касавшиеся того же предмета регулирования, но содержавшиеся в других нормативных правовых актах [7].

По мнению В.А. Стальной, настало время принять Кодекс РФ об охране здоровья граждан. Данное название кодифицированного акта представляется наиболее оптимальным, так как содержание кодекса будет охватывать не только сугубо медицинские правоотношения, но и «смежные» правоотношения (санитарно-эпидемиологические, фармацевтические и др.) [8, с.27—28]. По мнению В.А. Стальной, наиболее обоснованным является структурное деление кодекса на три части, которые в совокупности отражают весь комплекс взаимоотношений между субъектами в сфере охраны здоровья граждан. В первой части кодекса следует отразить «общие положения», в частности, разграничение полномочий, вопросы государственного надзора, определения статуса, прав и обязанностей участников, защиты прав на охрану здоровья, вопросы финансирования и т.д. Во второй части кодекса — нормы, регулирующие отношения в различных сферах деятельности: лечебной, фармацевтической, санитарно-эпидемиологической, медицинской экспертизы, медицинского страхования и т.д. В третьей части Кодекса следует разместить нормы, содержащие особенности регулирования отношений при осуществлении отдельных видов деятельности (трансплантации органов, санаторно-курортного лечения и т.д.), а также особенности предоставления медицинской помощи отдельным категориям населения.

Кодификация российского административного права, отмечает М.В. Костенников, как одна из важнейших сторон правотворческой

деятельности государства, относится к числу актуальных и сложных задач, стоящих перед современной юридической наукой [9], поэтому использование положительного зарубежного опыта, и прежде всего, опыта государств — членов СНГ, может оказать реальную помощь в совершенствовании российской правовой системы. Также М.В. Костенников в одноименной докторской диссертации рассмотрел теоретические проблемы кодификации административного права России [10]. Является востребованной и актуальность данной темы для учебного процесса, о чем свидетельствует наличие соответствующих разделов в учебниках и учебных пособиях [11, с. 28—48].

Рассматривая опыт кодификации законодательств государств СНГ в области охраны здоровья граждан и здравоохранения отметим, что на правовом пространстве СНГ [12; 13] только Республика Таджикистан приняла соответствующий кодифицированный акт — Кодекс здравоохранения Республики Таджикистан от 30 мая 2017 г. № 1413 [14].

Кодекс здравоохранения РТ регулирует общественные отношения в области здравоохранения и направлен на реализацию конституционных прав граждан и охрану здоровья.

О разноплановом содержании Кодекса здравоохранения РТ говорит его структура:

в Раздел 1 — Общая часть — входят: Глава 1. Основные положения; Глава 2. Государственное регулирование и управление в области здравоохранения; Глава 3. Система здравоохранения; Глава 4. Финансирование государственной системы здравоохранения; Глава 5. Лицензирование, выдача разрешительных документов, аккредитация и аттестация в сфере здравоохранения; Глава 6. Экспертиза в сфере здравоохранения; Глава 7. Права и обязанности граждан, больных и работников системы здравоохранения; Статья 58. Виды медицинской помощи; Глава 9. Подготовка кадров в сфере здравоохранения и право на занятие медицинской и фармацевтической деятельностью;

В Раздел 2 — Особенная часть — входят: Глава 10. Частная медицинская деятельность; Глава 11. Семейная медицина; Глава 12. Народная медицина; Глава 13. Репродуктивное здоровье и репродуктивные права населения; Глава 14. Обеспечение женщин и детей медико-санитарной помощью; Глава 15. Защита

детского питания; Глава 16. Охрана общественного здравоохранения; Глава 17. Обеспечение санитарно — эпидемиологической безопасности; Глава 18. Лекарственные средства и фармацевтическая деятельность; Глава 19. Донорство крови и ее компонентов; Глава 20. Трансплантация органов и (или) тканей человека; Глава 21. Оказание медицинской помощи отдельным категориям граждан; Глава 22. Регулирование отдельных отношений в области здравоохранения; Глава 23. Защита населения от туберкулеза; Глава 24. Противодействие вирусу иммунодефицита человека и синдрому приобретенного иммунодефицита; Глава 25. Оказание медико-социальной помощи лицам, страдающим психическими расстройствами; Глава 26. Оказание медико-социальной помощи больным наркологическими заболеваниями; Глава 27. Медико-социальная защита граждан, больных сахарным диабетом; Глава 28. Государственный надзор в сфере здравоохранения; Глава 29. Заключительные положения.

Для сравнения: Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» включает:

Глава 1. Общие положения; Глава 2. Основные принципы охраны здоровья; Глава 3. Полномочия федеральных органов государственной власти, органов государственной власти субъектов Российской Федерации и органов местного самоуправления в сфере охраны здоровья; Глава 4. Права и обязанности граждан в сфере охраны здоровья; Глава 5. Организация охраны здоровья; Глава 6. Охрана здоровья матери и ребенка, вопросы семьи и репродуктивного здоровья; Глава 7. Медицинская экспертиза и медицинское освидетельствование; Глава 8. Медицинские мероприятия, осуществляемые в связи со смертью человека; Глава 9. Медицинские работники и фармацевтические работники, медицинские организации; Глава 10. Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи; Глава 11. Финансовое обеспечение в сфере охраны здоровья; Глава 12. Организация контроля в сфере охраны здоровья; Глава 13. Ответственность в сфере охраны здоровья; Глава 14. Заключительные положения.

Государственная политика в области здравоохранения в РФ основывается на следующих

принципах: обеспечение равенства прав граждан на получение безопасной, эффективной и качественной медицинской помощи; совместная ответственность государства, работодателей и граждан за сохранение и укрепление индивидуального и общественного здоровья; обеспечение гарантированного объема безвозмездной медицинской помощи; защита здоровья матери и ребенка; приоритетность профилактической направленности в деятельности системы здравоохранения; доступность медицинской помощи; планомерное повышение уровня медицинской помощи; обеспечение санитарно — эпидемиологической безопасности населения; расширение возможностей общества в вопросах охраны здоровья; последовательность деятельности организаций здравоохранения при оказании медицинской помощи; обеспечение непрерывности и преемственности медицинского и фармацевтического образования с использованием современных технологий обучения; государственная поддержка отечественной медицинской науки, внедрение передовых достижений науки, техники и мирового опыта в области здравоохранения; поощрение добровольного безвозмездного донорства; государственная поддержка отечественных разработок и развития конкурентоспособной медицинской и фармацевтической промышленности; участие общественных объединений в обеспечении прав граждан на охрану здоровья; социальная ориентированность здравоохранения, направленная на удовлетворение потребностей, нужд населения и улучшение качества жизни; содействие в формировании здорового образа жизни и здорового питания; взаимосвязь здоровья населения, безопасности, эффективности и качества лекарственных средств с факторами обеспечения национальной безопасности.

В Российской Федерации основными принципами охраны здоровья являются: 1) соблюдение прав граждан в сфере охраны здоровья и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий; 2) приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи; 3) приоритет охраны здоровья детей; 4) социальная защищенность граждан в случае утраты здоровья; 5) ответственность органов государственной власти и органов местного самоуправления, должностных лиц организаций за

обеспечение прав граждан в сфере охраны здоровья; 6) доступность и качество медицинской помощи; 7) недопустимость отказа в оказании медицинской помощи; 8) приоритет профилактики в сфере охраны здоровья; 9) соблюдение врачебной тайны.

Как видим, хоть и говорится, что «нельзя объять необъятное», но таджикскому законодателю удалось достаточно удачно кодифицировать правовые нормы, регулирующие общественные отношения в области здравоохранения и реализации конституционных прав граждан и охрану здоровья.

Этот положительный опыт необходимо учитывать и при разработке кодифицированных актов в области здравоохранения в Российской Федерации [15; 16], а также учитывать при планировании мероприятий в области реформирования российского законодательства [17; 18].

Список источников

1. *Виноградова Е.В., Захарцев С.И.* Актуальные мысли о праве: монография. М.: Юрлитинформ, 2023. 232 с.

2. *Виноградова Е.В., Кобзарь-Фролова М.Н.* Исполнительная власть в системе публичной власти в свете новых конституционных реалий // Правовая политика и правовая жизнь. 2021. № 1. С. 250—262.

3. *Виноградова Е.В., Кобзарь-Фролова М.Н., Соколов А.Ю.* 85 лет на службе государству и академической науке: краткий обзор международной научной конференции (8 октября 2021 года) // Правовая политика и правовая жизнь. 2021. № S3-1. С. 12—20.

4. *Кобзарь-Фролова М.Н., Гришкова А.А.* Наука административного права и административного процесса на современном этапе общественного развития // Труды Института государства и права Российской академии наук. 2022. Т. 17. № 3. С. 182—203.

5. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // СЗ РФ. 2011. № 48. Ст. 6724.

6. Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 г. № 5487-1 // Ведомости Съезда народных депутатов Российской Федерации и Вер-

ховного Совета Российской Федерации. 1993. № 33. Ст. 1318. — Утратили силу.

7. *Хабриева Т.Я.* Основные векторы и проблемы развития социального законодательства // Журнал российского права. 2014. № 8 (212). С. 5—15/

8. *Стальнова В.А.* Вопросы классификации и кодификации норм в сфере здравоохранения // Ленинградский юридический журнал. 2012. № 2. С. 24—28.

9. *Костенников М.В.* Избранные научные труды по административному праву и административной деятельности полиции. Домодедово: ООО «Центр полиграфический услуг «Радуга», 2020. С. 66.

10. *Костенников М.В.* Теоретические проблемы кодификации административного права России: автореф. ... дис. д-ра юрид наук: 12.00.14 / Моск. акад. МВД РФ. М., 2011. 49 с.

11. *Костенников М.В., Куракин А.В., Кононов А.М., Кононов П.И.* Актуальные проблемы административного права: учебник. М.: ЮНИТИ-ДАНА, 2013. 383 с.

12. *Редкоус В.М.* Опыт кодификации миграционного законодательства в правовом пространстве Содружества Независимых Государств // Вестник Московского университета МВД России. 2016. № 3. С. 210—213.

13. *Редкоус В.М.* К вопросу о кодификации законодательств в государствах — участниках Евразийского экономического союза // Вестник Всероссийского института повышения квалификации сотрудников Министерства внутренних дел Российской Федерации. 2021. № 2 (58). С. 29—34.

14. Кодекс здравоохранения Республики Таджикистан от 30 мая 2017 г. № 1413 // Ахбори Маджлиси Оли Республики Таджикистан. 2017. № 5. Ст. 270.

15. *Кобзарь-Фролова М.Н., Сморгачева Л.Н.* Административно-правовое регулирование отношений в условиях эпидемий и распространения вирусных инфекций: проблемы и перспективы развития // Государство и право. 2022. № 11. С. 123—130.

16. *Кобзарь-Фролова М.Н.* К вопросу о формировании особой группы отношений — административно-правовой охраны (постановка проблемы) // Правовая политика и правовая жизнь. 2022. № 2. С. 75—94.

17. *Редкоус В.М.* О законодательном регулировании управленческих правоотношений (опыт Республики Армения) // Закон и право. 2023. № 2. С. 97—101.

18. *Редкоус В.М.* О совершенствовании открытости деятельности государственных органов и организаций (опыт правового регулирования Республики Узбекистан) // Закон и право. 2022. № 9. С. 77—81.

References

1. *Vinogradova E.V., Zakhartsev S.I.* Actual thoughts on law: monograph. M.: Yurlitinform, 2023. 232 p.

2. *Vinogradova E.V., Kobzar-Frolova M.N.* Executive power in the system of public power in the light of new constitutional realities // Legal policy and legal life. 2021. No. 1.

3. *Vinogradova E.V., Kobzar-Frolova M.N., Sokolov A. Yu.* 85 years in the service of the state and academic science: a brief overview of the International scientific conference (October 8, 2021) / E.V. Vinogradova, // Legal policy and Legal life. 2021. № S3—1.

4. *Kobzar-Frolova M.N., Grishkovets A.A.* The science of administrative law and administrative process at the present stage of social development // Proceedings of the Institute of State and Law of the Russian Academy of Sciences. 2022. Vol. 17. No. 3. pp. 182—203.

5. Federal Law No. 323-FZ of November 21, 2011 «On the basics of protecting the health of citizens in the Russian Federation» // SZ RF. 2011. No. 48. St. 6724.

6. Fundamentals of the legislation of the Russian Federation on the protection of citizens» health dated July 22, 1993 No. 5487-I // Vedomosti of the Congress of People»s Deputies of the Russian Federation and the Supreme Council of the Russian Federation. 1993. No. 33. St. 1318. Expired.

7. *Khabrieva T.Ya.* The main vectors and problems of the development of social legislation // Journal of Russian Law. 2014. No. 8 (212). pp. 5—15

8. *Stalnova V.A.* Questions of classification and codification of norms in the field of health-

care // Leningrad Law Journal. 2012. No. 2. pp. 24—28

9. *Kostennikov M.V.* Selected scientific works on administrative law and administrative activities of the police. Domodedovo: LLC «Center of printing services «Rainbow», 2020. p. 66.

10. *Kostennikov M.V.* Theoretical problems of codification of administrative law of Russia: autoref. ... dis. doctor of legal sciences: 12.00.14 / Moscow Time. acad. Ministry OF Internal Affairs of the Russian Federation. M., 2011. 49 c.

11. *Kostennikov M.V., Kurakin A.V., Kononov A.M., Kononov P.I.* Actual problems of administrative law: textbook. M.: UNITY-DANA, 2013. 383 p.

12. *Redkous V.M.* The experience of codification of migration legislation in the legal space of the Commonwealth of Independent States // Bulletin of the Moscow University of the Ministry of Internal Affairs of Russia. 2016. No. 3. pp. 210—213

13. *Redkous V.M.* On the issue of codification of legislation in the Member States of the Eurasian Economic Union // Bulletin of the All-Russian Institute for Advanced Training of Employees of the Ministry of Internal Affairs of the Russian Federation. 2021. № 2(58). Pp. 29—34.

14. The building code of the Republic of Tajikistan dated May 30, 2017 No. 1413 // Bulletin of the Majli of the Republic of Tajikistan, 2017, No. 5, Article 270; 2021. № 1—2, v.12.

15. *Kobzar-Frolova M.N., Smorchkova L.N.* Administrative and legal regulation of relations in the conditions of epidemics and spread of viral infections: problems and prospects of development // State and law. 2022. No. 11. pp. 123—130

16. *Kobzar-Frolova M.N.* On the formation of a special group of relations administrative and legal protection (statement of the problem) // Legal policy and legal life. 2022. No. 2. pp. 75—94.

17. *Redkous V.M.* On legislative regulation of managerial legal relations (experience of the Republic of Armenia) // Law and Law. 2023. No. 2. pp. 97—101.

18. *Redkous V.M.* On improving the openness of the activities of state bodies and organizations (experience of legal regulation of the Republic of Uzbekistan) // Law and Law. 2022. No. 9. pp. 77—81.

Место психологии в науке

Борис Аристархович СПАСЕННИКОВ,

доктор медицинских наук, доктор юридических наук, профессор Научно-исследовательский институт скорой помощи имени Н.В. Склифосовского, Москва, Россия

E-mail: borisspasennikov@yandex.ru

Для цитирования. Б.А. СПАСЕННИКОВ. Место психологии в науке // Актуальные проблемы медицины и биологии. 1/2023. С. 54—57.

Аннотация. В статье рассматривается место психологии в науке. Автор раскрывает причину отсутствия Нобелевской премии по психологии. Проблемы психической деятельности, индивидуальных особенностей таких процессов как эмоции, мышление, мотивация и поведение человека всегда были в центре научного интереса в физиологии и медицине. Позитивистский подход к познанию позволил во второй половине XIX века усиленно развиваться одной из медико-физиологических наук — психологии. Этому послужили изыскания таких физиологов и врачей как Г. Гельмгольц, Э. Пфлюгер, В. Вундт. В России в конце XIX—начале XX века происходил процесс развития психологического знания благодаря трудам таких выдающихся нейрофизиологов как И.М. Сеченов, И.П. Павлов, В.М. Бехтерев, А.А. Ухтомский. Автор показывает, что психология — составная часть медицины и физиологии, по которым присуждается Нобелевская премия

Ключевые слова: психология, наука, медицина, физиология, Нобелевская премия

Place of Psychology in Science

Boris Aristarkhovich SPASENNIKOV,

doctor habil in medicine, doctor habil in law, professor Sklifosovsky institute, Moscow, Russia

E-mail: borisspasennikov@yandex.ru

Annotation. The article discusses the place of Psychology in Science. The author reveals the reason for the absence of the Nobel Prize in Psychology. Problems of mental activity, individual characteristics of such processes as emotions, thinking, motivation and human behavior have always been at the center of scientific interest in Physiology and Medicine. The positivist approach to cognition made it possible in the second half of the 19th century to intensively develop one of the medical and physiological sciences Psychology. This was served by the research of such physiologists and doctors as H. Helmholtz, E. Pflüger, W. Wundt. In Russia, at the end of the 19th and beginning of the 20th century, the process of development of psychological knowledge took place thanks to the works of such outstanding neurophysiologists as I.M. Sechenov, I.P. Pavlov, V.M. Bekhterev, A.A. Ukhtomsky. The author shows that psychology is an integral part of medicine and physiology, for which the Nobel Prize is awarded

Keywords: psychology, science, medicine, physiology, Nobel prize

Science is the creation of new knowledge, which must be proven and must be of benefit to humanity. This is the most concise definition of Science (there are more detailed ones). It should be noted that in this definition the benefit brought by Science is understood in a very broad sense. The benefits of Science are not limited to practical conveniences that make everyday life easier. The main benefit of Science is that it gives a person the greatest value — Freedom. Science frees man

from the darkness of ignorance and from false ideas. Science frees a person from the fear associated with a misunderstanding of the causes and essence of natural processes. Solar eclipses, comets, mental disorders frightened a person for a long time, and science has taught us to treat these phenomena as cognizable. Science has freed people from the fear of sorcerers and shamans, and it has freed many people from the fear of being accused of witchcraft. Science has freed people

from fear of cruel pagan gods requiring human sacrifice, from fear of mental or physical illness, and much more.

Science is one of the greatest phenomena of Human culture, comparable in its importance to Religion and Art. Science freed mankind from the fear of plague, cholera and smallpox, mental retardation and sleep disturbance. The discovery of penicillin by A. Fleming freed, for example, millions of parents from fear for the fate of children who fell ill with meningitis or pneumonia. The discovery by J. Warren and B. Marshall of the bacterium *Helicobacter pylori* freed millions of people from the suffering caused by stomach ulcers. Modern group and individual psychotherapeutic techniques (for example, J. Braid and his theory of hypnotism) heal psychogenic disorders. Numerous scientific discoveries with technical applications have freed millions of people from prolonged hard and exhausting work. And these people got the opportunity to get an education, the opportunity to perceive the high achievements of culture.

Science arises because at one time some people refused to see in myths and customs a true explanation of the structure of the world and all phenomena. These people considered myths to be universal delusions and began to look for correct explanations for the structure of the world as a whole and its individual phenomena, including mental ones [1, p. 61—63; 2, p. 11—17; 3, p. 74—77]. The accumulation and rational use of scientific knowledge about the surrounding world and man himself is the only guarantee for the survival of the human species and the creation of conditions for an acceptable standard of living and the harmonious development of its representatives. It is the great scientists (A. Einstein, K. Marx, S. Freud), who made key discoveries that changed our world and understanding of this world, who are the real pride of the countries where they were born, studied and worked. These people rightfully received worldwide fame and recognition.

In this article, we will not dwell on the history of medicine and physiology. These issues are covered in sufficient detail by historians of medicine. We only note that issues related to mental activity, individual characteristics of experiencing emotions, thinking, motivation and human behavior have long been the subject of discussion in

medicine and physiology. However, only in the second half of the 19th century, under the influence of the then popular positivist approach to knowledge, it became possible to develop an integral part of Medicine and Physiology — Psychology. Since positivism proclaimed the unity of the methods of scientific research, regardless of its subject (which could be the human personality, society) and at the same time asserted the need to build any research on the model of natural science, it is natural at the first stage of the development of experimental psychology (as an integral part of medicine and physiology) was the development of its theoretical foundations on the basis of neurophysiology. Indicative from this point of view are the scientific research of doctors, physiologists H. Helmholtz, E. Pflüger, W. Wundt. In Russia in the second half of the 19th and early 20th centuries, similar processes of the formation of psychological knowledge were observed (again within the framework of medicine and physiology) under the influence of the achievements of the outstanding neurophysiologists I.M. Sechenov, I.P. Pavlov, V.M. Bekhterev, A.A. Ukhtomsky. Along with experimental psychology, which developed within the framework of physiology and medicine, which focused on the processes in the psyche of the individual, there are prerequisites for the emergence of social psychiatry (social psychology). The latter draws its ideas simultaneously from psychophysiological theories (W. Wundt and his «Psychology of Peoples», psychoanalysis by S. Freud, analytical psychology by C. Jung, A. Adler»s system of individual psychology) and the concepts of the psychological branch of Western European medical sociology (G. Le Bon, who wrote about the irrational, spontaneous behavior of the «crowd», etc.) [4; 5, p. 665—670]. Note that they were all doctors.

At the beginning of the 20th century, a new criterion for evaluating scientific activity appeared — the Nobel Prizes. In his will of 1895, Alfred Nobel established prizes for excellence in Science (Physics, Chemistry, Physiology or Medicine), as well as prizes in the field of Literature and the Promotion of Peace. Why were Physiology and Medicine, Physics, Chemistry chosen? Yes, because the main criterion in assessing scientific achievements was the benefit that these achievements brought to mankind. It should be recalled that this criterion is one of the essen-

tial features of science. Knowledge that does not benefit humanity is sometimes significant, but not scientific [6, p. 8—12; 7, p. 22—27; 8, p. 58—62; 9, p. 25—29; 10, p. 7—10].

Does the absence of Psychology on this list mean that it is not a science, does not benefit humanity. Of course it doesn't. Anatomy of the nervous system and Anatomy of the sense organs, Histology of the nervous system, Physiology of the nervous system, Physiology of higher nervous activity, Neurophysiology, Psychophysiology, Clinical psychology, Developmental psychology, Pathopsychology, Psychopathology, Psychiatry (including Social and Forensic Psychiatry), Neurology, Psychosomatics and Somatopsychology, Psychodiagnostics, Psychotherapy (individual and group), Psychopharmacology, of course, are scientific knowledge, benefit humanity, belong to science. We only note that all of the above refers either to Medicine or to Physiology, that is, Psychology exists only within the framework of Medicine and Physiology.

This is especially evident when people who call themselves «psychologists» but who are not doctors are faced with a real situation of the need to provide psychological assistance. They are either aware of their complete inability to provide it, or they are engaged in what is simply called «quackery.» For example, in order to provide psychological assistance to a person who is concerned about general weakness, irritability, lethargy, anger, apathy, suicidal thoughts, one must initially be able to differentiate various pathologies (neurosis, neurasthenic (somatogenic) syndrome, sluggish form of schizophrenia, psychopathy, psychopathization, autonomic dysfunction, and sometimes post-infectious asthenia, etc.). To do this, you need to be a doctor, you must have the appropriate knowledge in neuroscience (psychiatry, neurology, psychotherapy, etc.).

Therefore, when communicating with the so-called «school psychologists», who usually become former teachers who have completed short retraining courses, the author becomes afraid for the mental health of children who are the object of the «psychological» influence of such «psychologists». It is necessary to realize that the mental sphere of a person (adult or child) is too complex to be trusted by those who call themselves a «psychologist», but obviously do not have the neces-

sary scientific medical knowledge and clinical practice for this.

It should be recognized that in the history of psychology there are scientists who did not have a medical education (H. Eysenck, M. Wertheimer, L.S. Vygotsky, W. Koehler, J. Kelly, S.L. Rubinstein, A.N. Leontiev and others). But their personal, outstanding, exceptional, rare, prominent intellectual potential allowed them to rise to the understanding and further development of neuroscience. Such scientists are unique, singular, unrepeatable in the history of science. They cannot be massively replicated, duplicated, reproduced in hundreds of psychological and pedagogical faculties of classical (non-medical) universities.

So, according to the author, Psychology does not exist outside of Medicine and Physiology. Therefore, there is no Nobel Prize in Psychology. There is a Nobel Prize in Medicine or Physiology, including neuroscience (including Psychology).

References

1. *Spasennikov B.A.* Does Psychology exist outside of Medicine? On the Way to Civil Society. 2023. No. 2. P. 61—63.
2. *Spasennikov B.A.* Science and Law. On the way to civil society. 2023. No. 3. pp. 11—17.
3. *Spasennikov B.A.* About the Nobel Prize in Psychology. International Journal of Psychology and Pedagogy in Service Activity. 2023. No. 1. P. 74—77.
4. *Spasennikov B.A.* Forensic psychology and forensic psychiatry. General part / Edited by the Honored Worker of Sciences of the Russian Federation, Doctor of Law, Professor I. Ya. Kozachenko. Arkhangelsk: AGTU, 2002. 317 p.
5. *Spasennikov B.A., Spasennikova M.G.* Neuropsychiatric disorders and criminal behavior. Russian Journal of Criminology. 2016. Vol. 10. No. 4. P. 665—670.
6. *Nikitskaya E.A.* The main pedagogical components of professional socialization and training of students of educational organizations of the Ministry of Internal Affairs of Russia: preliminary results of the study. International Journal of Psychology and Pedagogy in Service Activity. 2023. No. 1. P. 8—12.
7. *Kalashnikova T.V., Kalashnikova M.M., Kravchenko A.I.* On the readiness for professional

self-improvement of employees of the penitentiary system. *International Journal of Psychology and Pedagogy in Service Activities*. 2022. No. 1. P. 22—27.

8. *Radchenko E.A.* Psychological features of interrogation. *International Journal of Psychology and Pedagogy in Service Activity*. 2022. No. 1. P. 58—62.

9. *Karelina A.V.* Features of delinquent (illegal) behavior of a person. *International Journal of Psychology and Pedagogy in Service Activities*. 2022. No. 2. P. 25—29.

10. *Eriashvili N.D., Sulxanishvili M.G., Gogrichiani P.D.* Psychological portrait of a civilized manager. *International Journal of Psychology and Pedagogy in Service Activity*. 2019. No. 2. P. 7—10.

Список источников

1. *Спасенников Б.А.* Существует ли психология вне медицины? // На пути к гражданскому обществу. 2023. № 2. С. 61—63.

2. *Спасенников Б.А.* Наука и право // На пути к гражданскому обществу. 2023. № 3. С. 11—17.

3. *Спасенников Б.А.* Про Нобелевскую премию по психологии // Международный журнал психологии и педагогики в служебной деятельности. 2023. № 1. С. 74—77.

4. *Спасенников Б.А.* Судебная психология и судебная психиатрия. Общая часть / Под редакцией заслуженного деятеля наук РФ, доктора

юридических наук, профессора И.Я. Козаченко. Архангельск: ИПП АГТУ, 2002. 317 с.

5. *Спасенников Б.А., Спасенникова М.Г.* Нервно-психическая патология и преступное поведение // Всероссийский криминологический журнал. 2016. Т. 10. № 4. С. 665—670.

6. *Никитская Е.А.* Основные педагогические компоненты профессиональной социализации и подготовки обучающихся образовательных организаций МВД России: предварительные результаты исследования // Международный журнал психологии и педагогики в служебной деятельности. 2023. № 1. С. 8—12.

7. *Калашиникова Т.В., Калашиникова М.М., Кравченко А.И.* О готовности к профессиональному самосовершенствованию сотрудников уголовно-исполнительной системы // Международный журнал психологии и педагогики в служебной деятельности. 2022. № 1. С. 22—27.

8. *Радченко Е.А.* Психологические особенности проведения допроса // Международный журнал психологии и педагогики в служебной деятельности. 2022. № 1. С. 58—62.

9. *Карелина А.В.* Особенности деликвентного (противоправного) поведения личности // Международный журнал психологии и педагогики в служебной деятельности. 2022. № 2. С. 25—29.

10. *Эриашвили Н.Д., Сулханишвили М.Г., Гогричiani П.Д.* Психологический портрет цивилизованного менеджера // Международный журнал психологии и педагогики в служебной деятельности. 2019. № 2. С. 7—10.

О Нобелевской премии по физиологии или медицине

Борис Аристархович СПАСЕННИКОВ,

доктор медицинских наук, доктор юридических наук, профессор, Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко, Москва, Россия

E-mail: borisspasennikov@yandex.ru

Для цитирования. Б.А. СПАСЕННИКОВ. О Нобелевской премии по физиологии или медицине // Актуальные проблемы медицины и биологии. 1/2023. С. 58—65.

Аннотация. Накопление и рациональное использование научных знаний об окружающем мире и самом человеке является гарантией выживания человеческого вида и создания условий для высокого уровня жизни и здоровья, гармоничного развития. Начало XX века — время бесспорного всемирного признания мировых достижений медицинской науки России. Нобелевские премии по физиологии или медицине получили И.П. Павлов (1904), И.И. Мечников (1908). В статье обсуждаются причины отсутствия Нобелевских премий по физиологии или медицине у отечественных ученых после октябрьского переворота 1917 года. Автор анализирует отечественную медицинскую науку как социальный институт, указывая на тесную связь с государственной политикой. В статье выделяются различные причины неэффективности российской медицинской науки в советский и постсоветский периоды (1917—1991; 1991-настоящее время). Рассматриваются проблемы девальвации ученых степеней, псевдонаучных исследований в медицинской науке. По мнению автора, чтобы изменить сложившуюся негативную ситуацию нужно кардинально реформировать многие отечественные институты, цели которых обращены в будущее

Ключевые слова: медицина, наука, псевдонаука, клиницизм, Нобелевские премии, девальвация ученых степеней

About the Nobel Prize in Physiology or Medicine

Boris Aristarkhovich SPASENNIKOV,

doctor habil in Medicine, doctor habil in Law, professor Semashko National research institute of public health, Moscow, Russia

E-mail: borisspasennikov@yandex.ru

Annotation. Accumulation and rational use of scientific knowledge about the surrounding world and man himself is a guarantee of the survival of the human species and the creation of conditions for an acceptable standard of living and health, harmonious development. The beginning of the 20th century is the time of undeniable worldwide recognition of the world achievements of Medical science in Russia. The Nobel Prizes in Physiology or Medicine were awarded to I.P. Pavlov (1904), I.I. Mechnikov (1908). The article discusses the reasons for the lack of Nobel Prizes in Physiology or Medicine among Russian scientists after the October Revolution of 1917. The author analyzes the domestic Medical science as a social institution, pointing out the close connection with the State policy. The article highlights various reasons for the inefficiency of Russian Medical science in the Soviet and post-Soviet periods (1917—1991; 1991-present). The problems of devaluation of academic degrees, pseudoscientific research in Medical science are considered. According to the author, in order to change the current negative situation, it is necessary to radically reformat many domestic institutions, the goals of which are turned to the future

Keywords: medicine, science, pseudoscience, clinician, Nobel prizes, devaluation of academic degrees

Наука — одно из величайших явлений культуры человечества, сопоставимое по своей значимости с религией и искусством.

Научная деятельность — создание нового знания, которое должно быть доказано особым образом и должно приносить пользу человечеству. Это наиболее краткое определение науки.

Научное знание не было первым в истории человечества. Знание вообще — те сведения, которые позволяют человеку действовать рационально, правильно. Например, сведение о том, в каком платье кинозвезда появилась на получении премии «Оскар», не является знанием. А сведение о том, что запеченный картофель не нужно брать руками из костра, является знанием, но не научным. Ранее всего появляется обыденное знание, которое каждый человек получает в раннем детстве (нужно мыть руки перед едой; нужно чистить зубы; нельзя есть испорченные продукты питания; нельзя пить грязную воду и др.). С детства человек приходит к пониманию, что существует то, что нельзя, а также существует то, что можно или нужно. Отметим, что этот процесс познания не является научной деятельностью. Иначе говоря, не каждая мыслительная деятельность является научной.

Первая и главная польза науки состоит в том, что она дарит человеку величайшую ценность — свободу. Наука освобождает человека от страха, связанного с непониманием причин природных и других объективных процессов, психических или соматических болезней. Например, наука освободила человечество от страха перед чумой, холерой и оспой. Открытие А. Флемингом пенициллина освободило миллионы родителей от страха за здоровье детей, заболевших, например, воспалением легких. Открытие Дж. Уорреном и Б. Маршаллом бактерии *Helicobacter pylori* освободило миллионы людей от страданий, вызываемых язвенной болезнью желудка. Накопление и рациональное использование научных знаний об окружающем мире и самом человеке является гарантией выживания человеческого вида и создания условий для приемлемого уровня жизни и здоровья, гармоничного развития.

Великие ученые (А. Эйнштейн, З. Фрейд, К. Маркс и др.), совершившие ключевые открытия, изменившие наш мир и понимание этого мира и самого человека, являются на-

стоящей гордостью тех стран, где они родились, учились и работали. Эти люди по праву получили всемирную известность и признание.

В начале XX века появился новый критерий оценки научной деятельности — Нобелевская премия. В своем завещании Альфред Нобель (1895 год) учредил премии за выдающиеся достижения в науке (физика, химия, физиология или медицина), а также премии в области литературы (например, Нобелевской премии по литературе за 1958 год был удостоен советский писатель Б.Л. Пастернак) и за укрепление мира (например, в 1975 году этой премии был удостоен академик АН СССР, физик А.Д. Сахаров). Почему были выбраны именно физиология или медицина, физика, химия? Потому, что главным критерием при оценке научных достижений была польза, которую эти достижения принесли человечеству. Следует напомнить, что именно этот критерий является одним из существенных, ведущих признаков науки [1, с. 74—77].

Начало XX века — время всемирного признания достижений медицинской науки России. В первом ряду этих ученых стоит Иван Петрович Павлов — первый российский лауреат Нобелевской премии, один из двух российских лауреатов Нобелевской премии по физиологии или медицине за все годы существования этой премии. Исследования, за которые И.П. Павлов был удостоен премии, были выполнены еще в конце XIX века, но присвоение премии свидетельствовало о том, что за достижениями российской медицинской науки научный мир внимательно наблюдал и оценивал по достоинству (дополним, что И.П. Павлов был в списке номинантов (что весьма престижно) на получение Нобелевской премии в 1901, 1902, 1903, 1904 гг. В 1904 г. он получил эту премию) [1, с. 74—77; 2].

Вторым российским лауреатом Нобелевской премии по физиологии или медицине стал Илья Ильич Мечников. Нобелевская премия была присуждена И.И. Мечникову (совместно с П. Эрлихом) «за труды по иммунитету» в 1908 году, всего через четыре года после присуждения премии И.П. Павлову. Можно было полагать, что это будет далеко не последняя Нобелевская премия отечественных ученых по физиологии или медицине. Но в последующие сто с лишним лет никто из оте-

чественных представителей физиологической и медицинской наук премию не получал.

Возникает вопрос, почему представители отечественной медицинской науки после октябрьского переворота 1917 года [3, с. 22—31] отсутствуют в ряду Нобелевских лауреатов? При этом отечественные ученые (СССР–РФ), представляющие другие науки, продолжали получать Нобелевские премии (Н.Н. Семенов (1956), П.А. Черенков (1958), И.Е. Тамм (1958), И.М. Франк (1958), Л.Д. Ландау (1962), Н.Г. Басов (1964), А.М. Прохоров (1964), Л.В. Канторович (1975), П.Л. Капица (1978), Ж.И. Алферов (2000), В.Л. Гинзбург (2003), А.А. Абрикосов (2003), К.С. Новоселов (2010)). На наш взгляд, в разные исторические периоды (советский период; постсоветский период) это произошло в силу разных причин.

На всем протяжении своего развития отечественная медицинская наука взаимодействовала с другими социальными институтами, прежде всего с государственной властью. В советский период (1917—1991) наука была полностью огосударствлена и зависела от политической воли руководства коммунистической партии, что определяло ее цели. Парадигма свободной науки, создаваемой из соображений истины и общественной пользы, сменилась на парадигму выполнения воли государственной власти.

Для руководителей коммунистической партии и советского государства в 20-е–50-е годы XX века приоритетными целями были военно-политические, связанные с господствующей идеологией и военно-промышленным развитием страны. В это время сформировалось подозрительно-настороженное отношение к ученым (нужно сказать и о сложном, зачастую негативном отношении к советской власти со стороны И.П. Павлова и других ученых), а также к некоторым наукам (например, к генетике, психотерапии и др.).

Позже, с 60-х годов XX века, стареющее, эгоцентричное руководство партии и страны «победившего социализма» было заинтересовано прежде всего в сохранении своего личного здоровья, здоровья своих близких, а также работоспособности партийно-советской номенклатуры. Поэтому ведущим направлением в медицине стало научно-организационное обеспечение деятельности IV Главного управ-

ления Министерства здравоохранения СССР (ранее, с 1919 по 1928 г. — Упрсаннадзор Кремля; с 1928 по 1953 г. — Лечсанупр Кремля). Приоритетными задачами было оказание высококвалифицированной лечебно-профилактической помощи советско-партийной номенклатуре в комфортных условиях, но не развитие фундаментальной медицинской науки. Этим и определяется столь существенная разница в достаточном финансировании медицинской помощи контингенту лиц, приписанных к лечебно-профилактическим учреждениям IV Главного управления Минздрава СССР и финансировании по остаточному принципу медицинской помощи для рядовых граждан СССР, а также медицинских вузов и научно-исследовательских институтов.

То есть задачи опережающих научных прорывов в области физиологии или медицины не ставились, в отличие от физики и химии, работающих на «ядерный щит» страны, космические исследования (то есть средства доставки термоядерного оружия). Поэтому с второй половины 50-х годов стало получать хорошее финансирование исследования по биологической физике и другим соответствующим наукам III Главное управление Министерства здравоохранения СССР (ранее, с 1946 по 1954 г. — Государственная служба радиационной безопасности). Все исследования проходили с соответствующими грифами секретности. Научных публикаций по этой тематике в открытой печати было минимальное количество).

При этом «железный занавес» ограждал советскую медицинскую науку от «тлетворного влияния Запада», от возможностей научно-исследовательского сотрудничества с учеными из Западной Европы, США, других стран. Партийно-советское руководство не понимало, что не может быть национальной советской медицинской науки, как не может быть национальной таблицы умножения. Наука — интернациональное, общечеловеческое явление культуры (после мировых религий, конечно), не имеющее границ. Всякая изоляция от новых научных идей, открытий из других стран, ведет к ее деградации. Примером ошибочного, антинаучного, национального подхода к науке является создание Ф. Ленардом, лауреатом Нобелевской премии по физике (1905), «не-

мецкой физики» в нацистской Германии (то есть даже будучи ученым-физиком, признанным мировым научным сообществом, можно создать псевдонауку) [1, с. 74—77]. По этой же причине советская медицинская наука не могла существовать отдельно от развития мировой медицинской мысли, не могла сохранить свое лидерство, опережающее развитие. Это, во многом, предопределяло отсутствие Нобелевских премий по физиологии или медицине.

В результате советская практическая медицина и медицинская наука слабели с каждым десятилетием, по мере ухода из жизни тех, кто работал и учился еще у «старорежимных» врачей и ученых, либо их прямых учеников, еще имел возможность наследовать их научные традиции и профессиональные ценности.

В советский период студентами медицинских вузов преимущественно становились абитуриенты, прошедшие вступительные экзамены и большой конкурс, а в клиническую ординатуру поступали лишь лучшие выпускники соответствующего факультета, прошедшие очень строгий отбор. В клинической ординатуре советского времени готовили весьма квалифицированных врачей. И лишь немногие из выпускников ординатуры имели возможность поступить в аспирантуру после сложного экзамена по специальности. То есть весьма строгий отбор в аспирантуру по медицинским специальностям еще поддерживал профессиональный уровень молодых ученых в советское время. Выпускники аспирантуры, в абсолютном большинстве, после защиты продолжали научно-исследовательскую деятельность в медицинских вузах или НИИ (тогда нельзя было представить, что в постсоветский период молодые кандидаты наук будут массово прекращать научную деятельность, используя полученное ученое звание лишь для повышения стоимости своих платных медицинских услуг).

Утверждение тем докторских диссертаций соискателей этого высокого звания проходило после серьезного обсуждения на кафедре или научного отдела с привлечением в качестве рецензентов уважаемых в научной медицинской среде специалистов. Звание доктора медицинских наук давалось большим трудом, личным вкладом диссертанта (невозможно еще было представить себе доктора наук, ко-

торому кардиохирурги не могут доверить больного, так как оперировать доктор медицинских наук по специальности «сердечно-сосудистая хирургия» заведомо не способен).

С началом перестройки в СССР, в конце 80-х годов начинают появляться первые медицинские кооперативы (например, «ЛиК» на шоссе Энтузиастов в Москве), где кандидаты и доктора наук уже стали получать возможность монетизировать ученые степени, что стало формировать меркантильный интерес практических врачей к получению ученых степеней, то есть формировался не интерес к занятию научной работой, а вложение времени и средств в получение ученой степени для последующего «окешивания» диплома кандидата или доктора медицинских наук.

В постсоветский период, после развала СССР, рухнул и «железный занавес». Начали устанавливаться связи российских ученых с представителями медицинской науки других стран. Российские ученые начали посещать международные медицинские конгрессы, проводить международные конференции в России, публиковаться в зарубежных научных медицинских журналах, выезжать на длительные стажировки за границу. Однако уже сказывалось многолетнее отставание в развитии медицинской науки, российские ученые вынуждены были лишь соответствовать мировым достижениям, без возможности опережающего развития. К сожалению, одновременно началась новая волна эмиграции врачей и ученых в Германию, Израиль, США и другие страны.

В конце XX века государственная регуляторная машина существенно ослабела (статья 44 Конституции России продекларировала свободу научного творчества). Одновременно, к сожалению, произошло значительное уменьшение финансирования медицинской науки и практики. Особенно ситуация стала ухудшаться в центрах медицинской науки и образования — медицинских вузах и факультетах.

Во-первых, из руководства медицинских вузов и медицинских факультетов университетов стали исчезать ученые-клиницисты, имеющие уважение, авторитет во врачебной среде, а вместо них стали появляться ученые-биохимики и иные специалисты, не знакомые с пальпацией и аускультацией, дифференциальной диагностикой и клиническими рекомендациями, не

имеющие отношение к лечебной практике, то есть заведомо не умеющие лечить больных, не знающие как нужно готовить врача, какими знаниями, умениями и навыками врач должен обладать. Мерилом успеха новых «эффективных менеджеров» стали сумма получаемых и расходующихся внебюджетных средств за предоставление образовательных услуг. В результате на медицинском факультете одного из ведущих московских государственных университетов (на момент написания статьи), к сожалению, нет кафедры факультетской хирургии или кафедры общественного здоровья, нет кафедры госпитальной терапии или кафедры неврологии, нет кафедры гистологии или кафедры инфекционных болезней, кафедры психиатрии или кафедры туберкулеза, других важных для медицинского факультета кафедр. В деканате этого медицинского факультета вообще нет ни одного доктора медицинских наук. Вероятно, декан этого факультета не понимает разницу между содержанием таких учебных дисциплин как пропедевтика внутренних болезней или факультетская терапия, оперативная хирургия или госпитальная хирургия, а также много другого из того, что нужно последовательно, год за годом изучать будущему врачу для формирования клинического мышления. Поэтому появление Нобелевских лауреатов на этом медицинском факультете крупнейшего московского государственного университета невозможно, по мнению автора.

Во-вторых, весьма негативно сказалась коммерциализация обучения в медицинских вузах, проводимая «эффективными менеджерами». Каждый, кто был способен оплатить обучение, получил возможность приобрести диплом. Коммерциализация медицинского образования пошла «рука об руку» с коррупционными проблемами. Сейчас, к сожалению, удивляет не то, что преподаватель кафедры анатомии лечебного факультета медицинского университета привлечена к уголовной ответственности за получение денежных средств (взятка [4, с. 100—101]) за проставление в экзаменационные ведомости и зачетные книжки зачета по окончании 1-го курса, а удивляет мизерность суммы взятки, показывающей уровень бедности преподавателей неклинических дисциплин медицинских вузов, вынужденных

думать «о хлебе насущном», а не о научных свершениях.

В результате 8 июля 2012 года министр здравоохранения России В.И. Скворцова об уровне подготовки студентов медицинских вузов сказала: «Уровень подготовки не просто снизился, он просто бесстыдно низкий» (к сожалению, позже Вероника Игоревна не сочла нужным охарактеризовать уровень дальнейшего «снижения» вузовской подготовки к моменту своей отставки с министерского поста. При этом нужно уточнить, что автор с профессиональным уважением относится к Веронике Скворцовой, с которой они вместе учились в аспирантуре на кафедре нервных болезней лечебного факультета 2-го МОЛГМИ им. Н.И. Пирогова во второй половине 80-х годов прошлого века, а в первой половине 90-х годов работали над своими докторскими диссертациями на той же кафедре).

Клиническая ординатура стала массовой. После окончания медицинского вуза выпускники с «бесстыдно низким уровнем» знаний, но способные оплатить обучение в ординатуре, зачастую выбирают своей будущей врачебной специальностью ту, которая позволит максимально быстро «вернуть» денежные средства, затраченные на обучение в медицинском вузе и ординатуре, монетизировать затраченное время и полученный диплом, начать получать доход. Об уровне компетенций таких ординаторов, их научной перспективности, вопрос ставить сложно.

Вслед за массовой ординатурой появилась не менее массовая аспирантура. Получение ученой степени кандидата медицинских наук стало стандартным средством в достижении коммерческого успеха, монетизации диплома. Автору встречалась ситуация, когда выпускница лечебного факультета одновременно училась в ординатуре в одной клинике и в аспирантуре другого НИИ, то есть она уже была аспирантом, еще не став специалистом в своей врачебной специальности. Автору пришлось принимать «отработки» пропущенных занятий у этой ординатора-аспиранта, которая не понимала разницу между научной статьей [5, с. 7—55] и учебно-исследовательским рефератом студента 4-го курса, что не мешало ей обучаться одновременно в ординатуре и аспирантуре. Благо для написания научных статей

и диссертации есть множество сайтов, где подрабатывают менее финансово благополучные, но более работоспособные кандидаты и доктора медицинских наук. Следует ли ждать научных достижений в этом столичном профильном научно-исследовательском институте, где с ведома своих научных руководителей научной работой занимаются подобные соискатели ученых званий?

Защита кандидатских и докторских диссертаций в России, к сожалению, подчас принимает характер финансовой «академической (точнее — псевдоакадемической) пирамиды». Сначала молодой доктор наук должен «защитить» несколько своих учеников, чтобы получить заветный аттестат профессора (качество подготовки таких учеников не имеет значения, важно их количество). Затем амбициозный молодой профессор продолжает работу своего «научного (точнее — квазинаучного) конвейера», тиражируя кандидатов наук, чтобы по количеству защитившихся учеников, иметь возможность занять должность, например, заведующего кафедрой или руководителя отдела научно-исследовательского института. По занятии этой должности «академическая пирамида» продолжает расти, чтобы обеспечить открытие диссертационного совета (или руководство действующим), что позволит максимально быстро «тиражировать» кандидатов и докторов наук до числа, необходимого для занятия еще более высокой должности (проректор университета, заместитель директора по научно-организационной работе в НИИ и др.), потенциально открывающей возможный путь в члены-корреспонденты РАН. Начинается гонка в имитации научной работы в которой нет задачи поиска истины, познания объективной действительности (при этом научные руководители «научных конвейеров» в полной мере понимают (зачастую с грустью), что их собственные кандидатские диссертации, подготовленные в советский период, качественнее во всех отношениях, нежели «скороспелые» докторские диссертации своих учеников, то есть сами признают существенную девальвацию ученых степеней). Когда заветный путь пройден, а ученый становится членом-корреспондентом РАН, появляется потенциальная возможность перейти в действительные члены РАН, что позволит обеспечить хороший

и стабильный доход, высокую должность, требуемый социальный статус (а ученики продолжают «академическую пирамиду» руководителя или, напротив, полностью прекращают какую-либо научную работу, уходя в негосударственные клиники). «Академические пирамиды» подчас имеют какие-то мизерные научные результаты, которые заведомо не соответствуют требованиям к номинации на Нобелевскую премию по физиологии или медицине, так как главная задача этих «конвейеров» — массовый выпуск обладателей дипломов кандидатов и докторов медицинских наук, число которых за последние десятилетия многократно увеличилось на кафедрах московских медицинских университетов и НИИ.

При ознакомлении с кандидатскими и докторскими диссертациями, производимыми в этих «академических пирамидах» у автора иногда возникает вопрос о том, имеются ли признаки ятрогенного (врачебного) преступления, связанного с лечебно-диагностическими действиями (форма вины — легкомыслие или небрежность), которые, возможно, привели к вреду здоровью различной тяжести у пациентов, которые обследовались в ходе выполнения такой «диссертации». Например, весьма уважаемый в прошлом диссертационный совет одного из ведущих московских медицинских университетов, проголосовавший за очередную подобную диссертационную работу, не озаботился вопросом, сколько пациентов, пролеченных диссертантом длительное время (два месяца) большими дозами НПВП (Диклофенак), получили лекарственный гепатит за счет гепатотоксичного действия этого препарата (при отсутствии какого-либо контроля биохимических показателей); у скольких из пролеченных длительное время Диклофенаком пациентов возникли эрозии слизистой желудка (ввиду отсутствия «прикрытия» НПВП с помощью ингибиторов протонной помпы), если известно, что у одного пациента из пяти с изначально неповрежденной слизистой оболочкой желудка возможно развитие эрозивного процесса уже через 7—10 дней применения НПВП. Общеизвестно, что не менее 40—50% случаев развития кровотечений из верхних отделов желудочно-кишечного тракта, потребовавших эндоскопического или хирургического гемостаза, связаны с приемом НПВП;

регулярный прием НПВП ассоциирован с повышением риска развития сердечно-сосудистых катастроф и др. Объективный статус обследуемых больных не описывался в этой диссертации (если диссертант вообще хоть как-то клинически смотрела своих пациентов). И этими существенными и многими другими весьма важными врачебными (клиническими) вопросами не задался никто из рецензентов и оппонентов диссертации, никто из членов диссертационного и экспертного совета ВАК. Сколько таких «диссертаций», имеющих аналогичную «научную новизну», ежегодно выполняется и защищается в этом ведущем медицинском университете, других московских вузах? Очевидно, что они не приближают руководителей «академических пирамид» к Нобелевской премии по медицине (нужно уточнить, что автор не имеет своей целью этой статьей обидеть, «задеть» кого-то из уважаемых академиков и член-корреспондентов РАН, а также других своих коллег из числа профессоров. Автор высказывает личное мнение, субъективное суждение, имеющее своей целью охарактеризовать причины отсутствия в России Нобелевских премий по физиологии или медицине за последние сто с лишним лет. Безусловно, автор знает прилежных, усидчивых студентов, «головастых», старательных, дисциплинированных ординаторов, «высоколобых», трудолюбивых, инициативных аспирантов, «мозговитых», перспективных, толковых кандидатов медицинских наук, настоящих, креативных, высококвалифицированных докторов медицинских наук, высокоинтеллектуальных, обстоятельных член-корреспондентов РАН, мудрых академиков РАН. Вот только Нобелевских премий по физиологии или медицине у российских ученых, увы, больше нет. Зато такие премии есть у российских физиков и химиков).

Проведение «Открытых международных конкурсов» на замещение вакантных должностей профессорско-преподавательского состава в одном из ведущих московских медицинских университетов, вероятно, свидетельствует не столько о «западничестве» руководителей вуза, сколько о неверии в возможность создания российских научных школ, способных подготовить номинантов на Нобелевские премии, в стенах возглавляемого этими «эф-

фективными менеджерами» университета. Подобные «менеджеры» объективно заинтересованы в том, чтобы во главе факультетов, кафедр возглавляемого университета становились послушные им лица, неперспективные в научном и клиническом плане, которые не способны сформулировать приоритетные векторы развития российской медицинской науки, что, к сожалению, делает регресс этого медицинского университета необратимым и в научных достижениях, и в клинических компетенциях. На протяжении последних двух десятилетий это становится особенно заметно, по мнению автора.

В постсоветский период возник еще один фактор, ухудшающий ситуацию, — отток высококвалифицированных врачей и ученых-клиницистов в открывающиеся лечебно-профилактические организации ведущих государственных монополий, других крупнейших предприятий и организаций, министерств и ведомств, топ-менеджмент которых захотел иметь своих личных, «семейных» врачей по подобию ЦКБ УДП (термин «медицинская помощь» стал заменяться на термин «медицинское обслуживание»). Это также «обескровливает» клинические кафедры ведущих вузов и научных медицинских институтов, так как молодые кандидаты и доктора наук ищут финансово интересные предложения и комфортные условия труда, которые могут конкурировать по многим позициям с современными западными клиниками.

Можно продолжать длинный список различных проблем отечественной медицинской науки, которые снижают ее результативность [6, с. 249—250]. Кто-то из коллег согласится с личным мнением, субъективным суждением автора, кто-то, вероятно, не согласится. Но никто не сможет оспорить одно, главное — факт того, что ежегодно присуждаемые Нобелевские премии российские ученые периодически по физике и химии получают, а по физиологии или медицине не получают уже свыше ста с лишним лет. По мнению автора, чтобы изменить сложившуюся негативную ситуацию необходимы институциональные преобразования в отечественной медицинской науке и образовании (от медицинских вузов и научно-исследовательских институтов до соответствующего экспертного совета ВАК, от возрождения отечественных научных тради-

ций до коррекции бюджетной политики в медицинской науке и практике) в соответствии с научными институтами, например, в российской физике, а также в мировой медицинской науке.

Автор верит, что отечественные ученые смогут вернуть себе утраченные позиции в науке, что появятся новые российские лауреаты Нобелевской премии по физиологии или медицине.

Список источников

1. Спасенников Б.А. Про Нобелевскую премию по психологии // Международный журнал психологии и педагогики в служебной деятельности. 2023. № 1. С. 74—77.

2. Ноздрачев А.Д., Пальцев М.А., Поляков Е.Л., Маслюков П.М., Чернышева М.П. Нобелевские премии по физиологии или медицине. СПб.: Гуманистика, 2019. 884 с.

3. Спасенников Б.А. «Испанка» в России (1918—1921) // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. 2021. № 3. С. 22—31.

4. Спасенников Б.А. Принцип вины в уголовном праве // Закон и право. 2018. № 6. С. 100—101.

5. Зудин А.Б., Спасенников Б.А., Наделяева И.И. Об организации и проведении биомедицинских исследований (с участием человека как субъекта, а также с использованием биологических материалов или данных, допускающих идентификацию физического лица) // Вестник Высшей аттестационной комиссии при Минобрнауки России. 2020. № 4. С. 7—55.

6. Спасенников Б.А. От социальной гигиены к общественному здоровью (эволюция северной научной школы) // Образование. Наука. Научные кадры. 2018. № 2. С. 249—250.

References

1. Spasennikov B.A. About the Nobel Prize in Psychology. International Journal of Psychology and Pedagogy in Professional Activities. 2023. No. 1. P. 74—77.

2. Nozdrachev A.D., Paltsev M.A., Polyakov E.L., Maslyukov P.M., Chernysheva M.P. Nobel Prizes in Physiology or Medicine. St. Petersburg: Humanistics, 2019. 884 p.

3. Spasennikov B.A. «Spanish Flu» in Russia (1918—1921). Bulletin of the Semashko National Research Institute of Public Health. 2021. No. 3. P. 22—31.

4. Spasennikov B.A. The principle of guilt in Criminal Law. Law and Law. 2018. No. 6. P. 100—101.

5. Zudin A.B., Spasennikov B.A., Nadelyaeva I.I. On the organization and conduct of biomedical research (with the participation of a person as a subject, as well as using biological materials or data that allow the identification of an individual). Bulletin of the Higher Attestation Commission under the Ministry of Education and Science of Russia. 2020. No. 4. P. 7—55.

6. Spasennikov B.A. From Social Hygiene to Public Health (Evolution of the Northern Scientific School). Education. Science. Scientific personnel. 2018. No. 2. P. 249—250.

УДК 343.9.01
ББК 67.51

© А.В. БОГДАНОВ, Ю.В. ПАПАЗОВА, Е.Н. ХАЗОВ. 2023

Оперативно-розыскное противодействие наркобизнесу в России

Анатолий Васильевич БОГДАНОВ,

кандидат юридических наук, доцент, доцент кафедры оперативно-розыскной деятельности и специальной техники Московского университета МВД России имени В.Я. Кикотя

E-mail: office@unity-dana.ru

Юлия Владимировна ПАПАЗОВА,

преподаватель — методист, кафедры оперативно-розыскной деятельности и специальной техники Московского университета МВД России имени В.Я. Кикотя

E-mail: yulia.papazova@yandex.ru

Евгений Николаевич ХАЗОВ,

доктор юридических наук, профессор, профессор кафедры конституционного и муниципального права Московского университета МВД России имени В.Я. Кикотя

E-mail: evg.hazow@yandex.ru

Научная специальность: 5.1.4 — Уголовно-правовые науки

Для цитирования. А.В. БОГДАНОВ, Ю.В. ПАПАЗОВА, Е.Н. ХАЗОВ. Оперативно-розыскное противодействие наркобизнесу в России // Актуальные проблемы медицины и биологии. 1/2023. С. 66—72.

Аннотация. В статье рассматриваются основные направления и особенности деятельности оперативных подразделений ОВД по выявлению, пресечению и раскрытию преступлений, связанным с наркобизнесом в России. Анализируются причины и условия совершения преступлений и предлагаются пути решения проблем связанных наркобизнесом

Ключевые слова: наркобизнес, оперативные сотрудники полиции, профилактика, противодействие преступности, преступление, наркотики, психотропные вещества, наркопреступность

Operational and investigative counteraction to drug trafficking in Russia

Anatoliy Vasil'evich BOGDANOV,

candidate of law, associate professor, associate Professor of the Department of operational-investigative activities and special equipment Kikot Moscow University of the MIA of Russia

E-mail: office@unity-dana.ru

Yulia Vladimirovna PAPAZOVA,

teacher-methodologist, Department of operational-investigative activities and special equipment Kikot Moscow University of the MIA of Russia

E-mail: yulia.papazova@yandex.ru

Evgeniy Nikolaevich KHAZOV,

doctor of law, professor, professor of the Department of constitutional and municipal law Kikot Moscow University of the MIA of Russia

E-mail: evg.hazow@yandex.ru

Annotation. The article discusses the main directions and features of the activities of the operational units of the Department of Internal Affairs for the identification, suppression and disclosure of crimes related to drug trafficking in Russia. The causes and conditions of crimes are analyzed and ways to solve problems related to drug trafficking are proposed

Keywords: drug trafficking, operational police officers, prevention, countering crime, crime, drugs, psychotropic substances, drug crime

Наркобизнес и организованная преступность, которая тесно связана с ним — эти угрозы по-прежнему остаются главными для нашего государства. В числе вызовов, представляющих наибольшую опасность национальной безопасности Российской Федерации, остается наркопреступность [1]. На территории России изымаются практически все виды наркотических средств и психотропных веществ, от растительных до синтетических. Их ассортимент постоянно расширяется, а схемы сбыта становятся все более изощренными [2].

В решении проблемы в борьбе с незаконным оборотом наркотиков и наркопритонами много аспектов, среди которых правовой, психологический, социально-экономический, информационный медицинский, миграционный и другие. Федеральный закон от 08. 01.1998 г. № 3-ФЗ «О наркотических средствах и психотропных веществах» устанавливает правовые основы государственной политики в сфере оборота наркотических средств и психотропных веществ и в области борьбы их незаконному обороту в целях охраны здоровья граждан, государственной и общественной безопасности [3].

Одной из задач государственной антинаркотической политики является развитие и совершенствование нормативной правовой базы, регулирующей процессы борьбы в сфере незаконного оборота наркотиков. Сильное правовое государство, соответствующее современному характеру и структуре общества, должно располагать не менее эффективной методологией и реальными силами, средствами и методами, позволяющими обеспечить надежное противодействие угрозе наркотизации и организацией притонов для потребления наркотических средств и психотропных веществ [4].

Главный вопрос государственно-правовой политики Российской Федерации по контролю за оборотом наркотиков должен быть сделан на обеспечение гарантированной защиты населения от наркотической угрозы с помощью юридических, социально-экономических и воспитательных средств [5].

В связи с этим, важное, определяющее значение для граждан России, имеет вторая глава Конституции Российской Федерации под

названием «Права и свободы человека и гражданина» [6]. В ней содержится наибольшее количество статей, что призвано подчеркнуть направленность всего документа прежде всего на соблюдение интересов личности, обеспечение и охрану прав и свобод, на охрану здоровья и медицинскую помощь россиян [7].

Конституция Российской Федерации 1993 года включает среди основных прав и свобод человека и гражданина «... право на охрану здоровья и медицинскую помощь» (статья 41 Конституции РФ). Статья 41 Конституции РФ устанавливает обязательства государства, предусмотренные в Федеральном законе от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 28.04.2023) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» Этот нормативный правовой акт предусматривает, что государство принимает меры политического, экономического, правового, социального, культурного, научного, медицинского, санитарно-гигиенического, противозидемического характера, направленного на сохранение и укрепление физического и психического здоровья каждого человека, поддержания его активной долголетней жизни и предоставление ему медицинской помощи. [8].

Статья 41 Конституции РФ гарантирует гражданам России бесплатную медицинскую помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения. Положение, содержащееся в законодательстве, включает, среди прочего, медико-социальную помощь гражданам, страдающих от серьезных социальных заболеваний, среди которых особое место отводится ВИЧ/СПИДу (ВИЧ — вирус иммунодефицита человека). В настоящее время ВИЧ/СПИД достаточно трудно излечим, и не существует рецепта, который позволил бы искоренить проблемы, связанные с наркоманией в притонах, так как они пользуются общими шприцами и иглами [9].

Хотя пользование общими иглами и шприцами играют негативную роль в передаче ВИЧ/СПИДа, но существуют и другие опасности для потребителей наркотиков в притонах, одни имеют отношение к ВИЧ/СПИДу, другие — к состоянию здоровья в целом. Сюда можно отнести использование по медицинскому незнанию или в силу острой необходи-

мости не безопасных или не гигиенических средств в процессе подготовки наркотиков в притонах для потребления, т.е. использование неоднородных смесей для изменения концентрации наркотических средств, загрязненных игл или шприцов, загрязненной жидкости или даже смертельно опасных ядовитых веществ, нестерильные тампоны, посуда для приготовления наркотиков и т.д. [10].

Вызывает тревогу, прежде всего, что наркотики становятся все более доступными для молодежи, и что на Российский рынок «вбрасываются» все новые наркотические средства и психотропные вещества, в том числе мощного разрушительного действия. Под влиянием технического прогресса кардинально изменились способы сбыта наркотических средств [11].

Вместе с тем, очевидно, что общественная опасность наркобизнеса требует применения к ним адекватных мер выявления и документирования со стороны органов, осуществляющих оперативно-розыскную деятельность. В настоящий период беспокойство вызывает изменение видов потребляемых наркотиков. Если раньше наркоманы в притонах в основном употребляли наркотики растительного происхождения, то в настоящее время они отдают предпочтение синтетическим наркотикам. Опасность синтетических наркотиков заключается не только в быстром привыкании к ним организма людей, особенно организма молодежи и несовершеннолетних, но и в сложности течения болезни наркомана, а также в том, что внутренние инъекции синтетических наркотиков и наркотиков в целом неизбежно приводят к заболеванию гепатитом С, ВИЧ и СПИДом и другим серьезным заболеваниям [12].

В условиях активного распространения наркотиков и употребления их в притонах молодежью, особенно синтетических, приводит к наркотической зависимости. Отсутствие у подростков, употребляющих наркотические средства и психотропные вещества, самостоятельных источников доходов толкает их на совершение корыстно-насильственных преступлений для приобретения и употребления наркотиков. Одной существующих проблем при документировании притонов и всех участников преступной группы, и дальнейшее рассле-

дование уголовного дела является сложность в установлении необходимых для доказывания обстоятельств, поскольку потребители наркотических средств в притонах, осознавая противозаконность своих действий, не всегда дают признательные показания, а изъятие у них наркотиков не всегда возможно. Незаконный оборот наркотических средств и психотропных веществ занимает главное место в организованной преступности. Организованная преступность контролирует выращивание, изготовление, переработку, транспортировку, распространение, наркопритоны, контрабанду, «выбивание» долгов наркоманов [13].

Судебно-следственная практика показывает, что лица, содержащие притоны, сбывающие наркотики, используя существующие в настоящее время пробелы в законодательстве, наживают огромные средства на наркобизнесе. Содержателей притонов и наркосбытчиков, длительное время не имеющих законных источников дохода, при этом владеющих значительными активами (предметами роскоши, транспортными средствами, недвижимостью, ценными бумагами, акциями и долями в коммерческих организациях и т.д.) сомнительного происхождения, невозможно спросить о законности приобретения этого имущества, а тем более лишить его. Поскольку оно, как правило, оформлено на родственников или близких лиц. И вся эта «цепочка бенефициаров» надежно защищена законом презумпции невиновности. В большинстве случаев наркопреступники даже не преследуют цель придать своим доходам их законность, просто тратят их по своему усмотрению, поскольку не обязаны доказывать государству законность происхождения этих средств [14].

В 2022 году МВД РФ совместно с Роскомнадзором в Единый реестр внесли 80 тысяч сайтов и их отдельных страниц, содержащих информацию о запрещенных веществах. Также задокументировано 250 фактов легализации наркодоходов. Сумма денежных средств, полученных преступным путем, составила 530 миллионов рублей [15].

Внешнеполитическая ситуация несколько изменила маршруты наркотрафика. Товаропоток наркотических средств и психотропных

веществ и логистика переориентировались. Серьезный вызов представляют стремительное распространение синтетических наркотиков, новых психоактивных препаратов, а также рост незаконного оборота химических веществ, используемых для производства наркотиков. Наркосбытчики в дальнейшем используют имеющиеся у них оборотные средства на приобретение новых партий наркотических средств и психотропных веществ, организуют наркопритоны, а преступные группы контролируют незаконный оборот наркотиков [16].

Поэтому особо остро сейчас стоит проблема эффективности института конфискации преступных наркодоходов, так как конечным итогом уголовного судопроизводства должно являться обращение в доход государства преступно-нажитого имущества. Главная задача правоохранительных органов — это противодействие использованию современных информационно-телекоммуникационных технологий и электронных финансовых систем в незаконном обороте наркотиков и отмытии наркодоходов [17].

В 2022 году зарегистрировано 82 661 наркопреступление, совершенное с использованием IT-технологий. При этом удельный вес таких IT-преступлений составляет 46,5 % в общем количестве зарегистрированных наркопреступлений [18].

Вступило в силу Постановление Правительства Российской Федерации от 10 апреля 2023 года № 581 «О внесении изменений в Постановление Правительства Российской Федерации от 29 декабря 2007 г. № 964», разработанное Главным управлением по контролю за оборотом наркотиков МВД России (ГУНК МВД России). Указанным документом предусмотрено установление мер контроля за 12 новых сильнодействующих веществ (СДВ). В их число входят различные анаболические агенты и стимуляторы (атаместан, андростандион, тестолактон, трендион, форместан, хлорметиландростендиол, ареколин, остарин и другие). Данные вещества являются опасными для жизни и здоровья [19].

Однако их использование все чаще встречается в производстве биологически активных добавок к пище, так называемого дизайнер-

ского спортивного питания (при этом без прямого указания его в составе), а также якобы инновационных препаратов для повышения физических показателей, особенно в силовых видах спорта. Своевременное установление мер контроля в отношении этих веществ посредством включения в список СДВ позволит обеспечить неотвратимость наказания за преступления, связанные с их незаконным оборотом и контрабандой. Необходимые для производства ингредиенты злоумышленники заказывают из стран дальнего зарубежья в почтовые отделения бывших союзных республик. Оттуда они завозят контрабандой сырье в Россию. Порошки и растворы для инъекций они готовят в притонах. Количество желающих использовать такие БАДы, которые крайне негативно воздействуют на организм человека, не уменьшается. Бизнес по нелегальной продаже препаратов для спортсменов имеет высокую прибыльность. Именно поэтому данное направление популярно у людей, желающих обогатиться любым способом. В первую очередь от этих препаратов страдает нервная система. Ситуация усугубляется, если стероиды изготовлены кустарным способом в притонах. Различные примеси вызывают нарушение интеллекта. Как правило, заказы на стероиды ведутся в мессенджерах, там же сообщают реквизиты банковских карт для оплаты. Для конспирации наркоторговцы постоянно меняют адреса складов с препаратами, т. е. сильнодействующими веществами [20].

Применяются средства анонимной коммуникации, в том числе для активного вовлечения молодежи в наркобизнес и в наркопритоны. «Темная сеть» Интернета позволяет покупать наркотические средства и психотропные вещества с использованием криптовалюты, такой как биткоины, а приобретенные наркотики доставлять скрытым образом в наркопритоны [21].

Легализация «легких» наркотиков, которую мы видим в целом ряде западных стран, фактически пропагандирует их потребление среди подрастающего поколения. Для успешной борьбы с незаконным оборотом наркотиков необходимо развитие и укрепление меж-

дународного сотрудничества в сфере контроля за оборотом наркотиков [9].

Страны, разрешившие использование и продажу каннабиса, т.е. легких наркотиков, уже ощутил рост негативных последствий подобных нововведений, но идеи его свободного оборота по-прежнему навязчиво продвигаются, в том числе через потенциал различных международных структур. Российская Федерация неукоснительно придерживается строгих мер контроля за оборотом наркосодержащей конопли, ее производных, и приводит масштабную разъяснительную работу на международном уровне. Угрозу национальной безопасности России в настоящее время представляют зарубежные спецслужбы и националистические организации [22].

В настоящее время правоохранительными органами задокументированы факты вовлечения российских граждан в распространение наркотиков организованными преступными группами и организованными преступными сообществами (далее ОПГ и ОПС), подконтрольными киевскому режиму. Сотрудники украинских силовых структур непосредственно участвовали в организации подпольных нарколабораторий, а завербованные ими наркочиллеры для «надежности» предварительно проверялись на полиграфе [23].

Организованная преступность не только контролирует незаконный оборот наркотиков, но и самым активным образом влияет на них в целях распространения наркотических средств и психотропных веществ и получения максимальной незаконной прибыли. Организация либо содержание притона, совершенные организованной группой, составляет устойчивую группу из двух и более лиц, заранее объединившихся для совершения одного или нескольких преступлений (ст. 35 УК РФ) [24].

О резком повышении рисков, связанных с наркопреступностью, и в связи с применением электронных технологий в преступных целях, наркопреступники идут на все ухищрения. Анализ статистических данных позволяет констатировать, что наркоситуация, сложившаяся в России, может быть охарактеризована как нестабильная, с тенденцией на ее оздоровление [25].

Складывающаяся оперативная обстановка в сфере международного наркотрафика в течение последних лет указывает на сохранение тенденции роста количества незаконно ввезенных наркотических средств и психотропных веществ в Россию, активизацию деятельности ОПГ и ОПС, ориентированных на поставки наркотиков из стран Евросоюза на территорию России. Организованные преступные группы продолжают активно предпринимать попытки незаконного пересечения государственной границы в целях перемещения в Россию наркотических средств и психотропных веществ. При этом все чаще применяется «бесконтактный» способ переправки наркотиков [26].

Так, по экономическим оценкам ООН, экономический ущерб от мировой наркоиндустрии составляет порядка двух триллионов долларов. Прибыль от незаконного оборота наркотиков стимулирует инфраструктуру транснациональной организованной преступности, терроризм и экстремизм, незаконную миграцию и т.д. [27].

Прогнозирование возможных вариантов развития наркоситуации в России является важным элементом организации процесса выработки оперативно-розыскных мер в борьбе с наркопреступностью. Вместе с тем, незаконный оборот наркотических средств и психотропных веществ по-прежнему остается одним из главных вызовов и угроз общественному благополучию и представляет серьезную опасность для здоровья, прежде всего, несовершеннолетних и молодежи. Главное, что незаконный оборот наркотических средств и психотропных веществ является масштабной организованной незаконной предпринимательской деятельностью [28].

Важным аспектом деятельности правоохранительных органов по защите общества от наркоугрозы в условиях масштабного распространения бесконтактного способа сбыта наркотических средств и психотропных веществ, употребление их в притонах, является совершенствование оперативно-розыскной деятельности путем изменения используемых форм и методов документирования. Внедрение в практику эффективных приемов, методов и средств в оперативной работе — это залог успешной

борьбы с наркопреступностью, что является требованиями сегодняшнего дня.

Список источников

1. *Бышков П.А., Гасанов К.К., Егоров С.А.* и др. Основы национальной безопасности. Москва, 2022. (2-е издание, переработанное и дополненное)

2. *Богданов А.В., Хазов Е.Н.* Пропаганда наркотических средств и психотропных веществ в сети интернет как средство информационной угрозы для несовершеннолетних. *Защити меня.* 2022. № 1. С. 25—31.

3. Федеральный закон от 08.01.1998 N 3-ФЗ (ред. от 28.04.2023) «О наркотических средствах и психотропных веществах» (с изм. и доп., вступ. в силу с 09.05.2023) «Собрание законодательства РФ», 12.01.1998, N 2, ст. 219, <http://pravo.gov.ru>.

4. *Богданов А.В., Кочукаев Н.Т., Хазов Е.Н.* Контрабанда наркотиков — одна из реальных угроз национальной безопасности России. *Вестник Московского университета МВД России.* 2013. № 9. С. 152—156.

5. *Богданов А.В., Румянцев Н.В., Хазов Е.Н.* Правовая культура и нравственное воспитание несовершеннолетних. *Вестник Московского университета МВД России.* 2022. № 4. С. 35—40.

6. Конституция Российской Федерации (принята всенародным голосованием 12.12.1993 в ред. от 06.10.2022.) // <http://pravo.gov.ru>.

7. *Хазов Е.Н.* Понятие и сущность конституционных гарантий прав и свобод человека и гражданина. *Образование. Наука. Научные кадры.* 2011. № 3. С. 17—21.

8. Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 28.04.2023) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» «Собрание законодательства РФ», 28.11.2011, N 48, ст. 6724. <http://pravo.gov.ru>.

9. Указ Президента РФ от 23.11.2020 N 733 «Об утверждении Стратегии государственной антинаркотической политики Российской Федерации на период до 2030 года» «Собрание законодательства РФ», 30.11.2020, N 48, ст. 7710, <http://pravo.gov.ru>.

10. *Богданов А.В., Папазова Ю.В., Хазов Е.Н.* Противодействие организации и содержанию

наркопритонов оперативными подразделениями МВД России. *Международный журнал гражданского и торгового права.* 2023. № 1. С. 14—20.

11. *Богданов А.В., Ильинский И.И., Хазов Е.Н.* Информационно-телекоммуникационные технологии и их роль обеспечение безопасности личности, общества и государства. *Мировая экономика: проблемы безопасности.* 2021. № 1. С. 17—23.

12. *Богданов А.В., Хазов Е.Н.* Криминогенный потенциал информационно-телекоммуникационных систем и их влияние на молодежную среду. *Защити меня.* 2022. № 2. С. 54—60.

13. *Богданов А.В., Хазов Е.Н., Хазова В.Е.* Применение информационно-коммуникационных технологий для вовлечения несовершеннолетних в противоправную и преступную деятельность. *Международный журнал конституционного и государственного права.* 2022. № 2. С. 5—12.

14. *Богданов А.В., Папазова Ю.В., Хазов Е.Н.* Выявление и документирование легализации (отмывания) доходов, полученных в результате незаконного оборота наркотиков. *Вестник Московского университета МВД России.* 2023. № 2. С. 31—38.

15. *Курская Я.* «Сплоченность — сила России», Газета «Щит и меч» МВД РФ № 11 (1843) о 23 марта 2023 г., с. 5.

16. *Горшенева И.А., Егоров С.А., Зиборов О.В.* и др. Организация и деятельность полиции (милиции) зарубежных государств. Москва, 2022. (2-е издание, переработанное и дополненное)

17. *Богданов А.В., Ильинский И.И., Хазов Е.Н.* Противодействие легализации (отмыванию) доходов, полученных незаконным путем. *Вестник Московского университета МВД России.* 2020. № 5. С. 151—157.

18. Состояния преступности в Российской Федерации за январь — декабрь 2022 года. <https://xn--b1aew.xn--plai/reports/item/35396677/>

19. Постановление Правительства РФ от 29.12.2007 N 964 (ред. от 10.04.2023) «Об утверждении списков сильнодействующих и ядовитых веществ для целей статьи 234 и других статей Уголовного кодекса Российской

Федерации, а также крупного размера сильнодействующих веществ для целей статьи 234 Уголовного кодекса Российской Федерации» «Собрание законодательства РФ», 14.01.2008, N 2, ст. 89, <http://pravo.gov.ru>.

20. *Богданов А.В., Бражников Д.А., Бычков В.В.* и др. Оперативно-розыскная деятельность. Учебник для студентов вузов, обучающихся по направлению подготовки «Юриспруденция» / Москва, 2022. (7-е издание, переработанное и дополненное)

21. *Богданов А.В., Ильинский И.И., Хазов Е.Н.* Информационно-телекоммуникационная сеть интернет как один из наиболее востребованных ресурсов в противодействии незаконному обороту наркотиков. Вестник Московского университета МВД России. 2018. № 3. С. 173—179.

22. Национальная безопасность. Эриашвили Н.Д., Гасанов К.К., Миронова О.А. и др. Москва, 2022.

23. *Богданов А.В., Зинченко Е.Ю., Кивич Ю.В.* Правоохранительные органы (административно-правовые основы в определениях и схемах). учебно-наглядное пособие для курсантов и слушателей очной и заочной формы обучения системы МВД России, войск национальной гвардии России, обучающихся по направлению правоохранительная деятельность / Новосибирск, 2020.

24. *Богданов А.В., Бражников Д.А., Бычков В.В.* и др. Оперативно-розыскная деятельность. Учебник для студентов вузов, обучающихся по направлению подготовки «Юриспруденция» / Москва, 2023. (8-е издание, переработанное и дополненное).

25. *Богданов А.В., Папазова Ю.В., Хазов Е.Н.* Роль и значение информационных систем и банков данных в деятельности правоохранительных органов. Уголовное судопроизводство: проблемы теории и практики. 2021. № 2. С. 27—33.

26. *Хазов Е.Н., Богданов А.В., Мартынюк В.М.* Основные направления, проблемы и пути решения организации работы по розыску лиц, скрывшихся от органов дознания, следствия и суда сотрудниками оперативно-розыскных подразделений ОВД МВД России на современном этапе. Вестник Московского университета МВД России. 2012. № 10. С. 148—152.

27. *Лобзов К.М., Богданов А.В., Ильинский И.И.* и др. Экстремистские организации: сущность, идеология, тактика их деятельности. Новосибирск, 2021.

28. *Панкратьев А.Н., Богданов А.В., Хазов Е.Н.* Актуальные проблемы обеспечения экономической безопасности России в сфере налоговых преступлений. Уголовное судопроизводство: проблемы теории и практики. 2021. № 2. С. 101—104.

© С.Н. ЧЕРКАСОВ, П.С. ЧЕРКАСОВ, Д.О. МЕШКОВ. 2023

Уровень образования как социальная детерминанта здоровья на распространенность здоровьесберегающих форм поведения

Сергей Николаевич ЧЕРКАСОВ,

Институт проблем управления имени В.А. Трапезникова, Москва, Российская Федерация

E-mail: cherkasovsn@mail.ru

Петр Сергеевич ЧЕРКАСОВ,

Институт проблем управления имени В.А. Трапезникова, Москва, Российская Федерация

E-mail: cherkasovsn@mail.ru

Дмитрий Олегович МЕШКОВ,

Институт проблем управления имени В.А. Трапезникова, Москва, Российская Федерация

E-mail: cherkasovsn@mail.ru

Для цитирования. С.Н. ЧЕРКАСОВ, П.С. ЧЕРКАСОВ, Д.О. МЕШКОВ. Уровень образования как социальная детерминанта здоровья на распространенность здоровьесберегающих форм поведения // Актуальные проблемы медицины и биологии. 1/2023. С. 73—79.

Аннотация. В статье представлено влияние уровня образования как социальной детерминанты здоровья на распространенность здоровьесберегающих форм поведения у женщин репродуктивного возраста. Данные получены путем анонимного анкетирования по доработанной авторами анкете «Исследование социальных детерминант здоровья». Всего в исследуемую группу было включено 566 небеременных женщин в возрасте 18—49 лет. Нижний предел возраста был сознательно ограничен 18-ю годами, так как подростки женского пола в возрасте 15—17 лет не достигли совершеннолетия, несмотря на то, что данный возрастной интервал включается в понятие «репродуктивный возраст». В первую группу сравнения включили 306 женщин, имеющих высшее или незаконченное высшее образование. Во вторую группу сравнения включили 260 женщин, имеющих среднее или средне-специальное образование. Каждая из описанных выше групп была разделена еще на четыре подгруппы по возрастному признаку. Большинство женщин, независимо от уровня образования, положительно относились к принципам здорового образа жизни. Женщины с высоким уровнем образования достоверно чаще следовали принципам здорового образа жизни на постоянной основе. С увеличением возраста частота следования принципам здорового образа жизни увеличивается в группе женщин с высоким уровнем образования, а в группе женщин с более низким уровнем образования, она снижается. Частота нерегулярного употребления спиртных напитков и курения в группе женщин репродуктивного возраста достаточно высока, более половины опрошенных женщин признавались в этом. Чаще признавались в наличии у них лишнего веса женщины с более низким уровнем образования. Уровень образования не оказывал существенного влияния на уровень физической активности. Высокий уровень физической активности отметили около трети женщин обеих сравниваемых групп. С увеличением возраста удельный вес женщин, имеющих высокую и очень высокую физическую активность, в группе женщин с высоким уровнем образования возрастал, тогда как в группе женщин с низким уровнем образования, наоборот, снижался. Полученные данные позволяют рассматривать образование как социальную детерминанту здоровья, оказывающую влияние на распространенность здоровьесберегающих форм поведения у женщин репродуктивного возраста

Ключевые слова: детерминанты здоровья, женщины репродуктивного возраста, образ жизни, здоровьесберегающие формы поведения

Level of education as a social determinant of health on the prevalence of health-saving behaviors

Sergey Nikolaevich CHERKASOV,

V.A. Trapeznikov institute of control sciences, Moscow, Russian Federation

E-mail: cherkasovsn@mail.ru

Petr Sergeevich CHERKASOV,

V.A. Trapeznikov institute of control sciences, Moscow, Russian Federation

E-mail: cherkasovsn@mail.ru

Dmitry Olegovich MESHKOV,

V.A. Trapeznikov institute of control sciences, Moscow, Russian Federation

E-mail: cherkasovsn@mail.ru

Annotation. The purpose of the study: to study the influence of the level of education as a social determinant of health on the prevalence of health-saving behaviors in women of reproductive age. The data were obtained through an anonymous questionnaire based on the questionnaire «Research of Social Determinants of Health», which was finalized by the authors. A total of 566 non-pregnant women aged 18—49 years were included in the study group. The lower age limit was deliberately limited to 18 years, since female adolescents aged 15—17 years did not reach adulthood, despite the fact that this age range is included in the concept of «reproductive age». The first comparison group included 306 women with higher or incomplete higher education. The second comparison group included 260 women with secondary or specialized secondary education. Each of the groups described above was divided into four more subgroups based on age. The majority of women, regardless of their level of education, had a positive attitude to the principles of a healthy lifestyle. Women with a high level of education were significantly more likely to follow the principles of a healthy lifestyle on a permanent basis. With increasing age, the frequency of following the principles of a healthy lifestyle increases in the group of women with a high level of education, and in the group of women with a lower level of education, it decreases. The study of certain elements of a healthy lifestyle showed that the frequency of irregular alcohol consumption and smoking in the group of women of reproductive age is quite high, more than half of the women surveyed admitted this. Women with a lower level of education were more likely to admit that they were overweight. The level of education did not significantly affect the level of physical activity. A high level of physical activity was noted by about a third of women in both groups compared. With increasing age, the proportion of women with high and very high physical activity in the group of women with a high level of education increased, while in the group of women with a low level of education, on the contrary, decreased. The data obtained allow us to consider education as a social determinant of health, which affects the prevalence of health-saving behaviors in women of reproductive age

Keywords: determinants of health, women of reproductive age, lifestyle, health-saving behaviors

Достижение наивысшего из возможных уровней здоровья населения невозможно без активного участия в этом процессе самого человека. Около половины влияния всех известных факторов риска связано с образом жизни, что определяет его первостепенное значение в процессах формирования здоровья на всех этапах жизни человека. Приверженность к здоровьесберегающим формам поведения является той характеристикой, которая является обязательной в современном обществе.

Теоретической концепцией формирования здоровья в настоящее время является факторная теория, предусматривающая влияние множества факторов риска на организм человека. Под воздействием этих факторов вероятность развития патологических процессов увеличивается, а мероприятия по снижению степени воздействия факторов риска рассматриваются как профилактические меры. Однако отдельные факторы имеют влияние не только на ве-

роятность развития патологического процесса, но и на другие факторы или, даже, на целые группы факторов риска. Такие факторы стали рассматривать в качестве детерминант здоровья. Детерминанты здоровья осуществляют воздействие на здоровье не напрямую, а через другие факторы и имеют «определяющее значение в вопросах формирования здоровья больших групп населения».

Как правило, детерминанты здоровья имеют либо социальный, либо экономический характер. В качестве одной из базовых социальных детерминант здоровья рассматривается образование человека. Несмотря на опосредованный и непрямой характер воздействия, человек, имеющий более высокий уровень образования, меньше болеет и его самооценка здоровья выше, чем у лица, имеющего более низкий образовательный уровень. Это было показано на примере беременных, детей, воспитывающихся в семьях с различным уровнем обра-

зования родителей, старших возрастных групп. Механизмы воздействия уровня образования на здоровье населения до конца не ясны, однако уровень образования во многом определяет стиль и формы поведения человека, который формирует образ жизни. Степень такого влияния может быть достаточной для коррекции выраженности факторов риска, связанных с образом жизни человека [1, с. 66—70; 2, с. 198—200; 3, с. 201—204; 4, с. 40—43; 5, с. 116—118; 6, с. 57—60; 7, с. 61—63; 8, с. 11—17; 9, с. 74—77].

Однако, вопросы влияния уровня образования на здоровье человека остаются малоизученной проблемой. Женщины репродуктивного возраста являются одной из важнейших групп населения, во многом определяющих эффективность демографической политики государства. Уровень здоровья женщин в этом возрасте формирует и здоровье последующих поколений, поэтому изучение всех аспектов формирования здоровья женщин этой возрастной группы является актуальной задачей общественного здоровья.

Цель исследования: изучить влияние уровня образования как социальной детерминанты здоровья на распространенность здоровьесберегающих форм поведения у женщин репродуктивного возраста.

Материалы и методы исследования.

Исследование влияния образования, как социальной детерминанты здоровья женщин репродуктивного возраста, проводилось в рамках более масштабного исследования значимости социальных детерминант для различных возрастно-половых групп населения. Данные получены путем анонимного анкетирования по доработанной авторами анкете «Исследование социальных детерминант здоровья». В анкету были включены вопросы, касающиеся соблюдения принципов здорового образа жизни, распространенности курения, употребления алкогольных напитков, приверженности к рациональному питанию, отношению к физической культуре и уровня физической активности.

Всего в исследуемую группу было включено 566 небеременных женщин в возрасте 18—49 лет. Нижний предел возраста был сознательно ограничен 18-ю годами, так как подростки женского пола в возрасте 15—17 лет не достигли совершеннолетия, несмотря на то,

что данный возрастной интервал включается в понятие «репродуктивный возраст». В первую группу сравнения включили 306 женщин, имеющих высшее или незаконченное высшее образование. Такой уровень образования рассматривался как высокий. Во вторую группу сравнения включили 260 женщин, имеющих среднее или средне-специальное образование. Такой уровень образования рассматривался как более низкий. Каждая из описанных выше групп была разделена еще на четыре подгруппы по возрастному признаку (18—25 лет, 26—34 года, 35—42 года, 43—49 лет).

Результаты исследования.

Первым этапом стало исследование представления самих женщин о выполнении ими принципов здорового образа жизни. В качестве вариантов ответов были предложены следующие: «всегда соблюдаю принципы здорового образа жизни», «иногда соблюдаю» (предполагало положительное отношение к самим принципам, но нежелание строить свое поведение с их учетом), «соблюдаю, когда считаю нужным» (предполагало, что принципы не выполняются, но в качестве оправдания приводится мнение, что это не нужно в данный момент), «никогда не соблюдаю».

В целом более 80% женщин положительно относились к принципам здорового образа жизни независимо от уровня их образования. Женщины с высоким уровнем образования достоверно чаще следовали принципам здорового образа жизни на постоянной основе (25,7 против 17,4 на 100 опрошенных женщин с высоким и более низким уровнем образования соответственно) ($p < 0,05$) (рис. 1). Отрицательное отношение к принципам здорового образа жизни было более сильно выражено у женщин с низким образовательным уровнем (16,3 против 8,1 на 100 опрошенных женщин с низким и высоким уровнем образования соответственно) ($p < 0,05$).

Анализ возрастных особенностей показал, что если в младшей возрастной группе отличий в значении удельного веса всегда соблюдающих принципы здорового образа жизни у женщин с различным уровнем образования не наблюдалось ($p > 0,05$), то начиная с возрастной группы 26—34 года, частота следования принципам здорового образа жизни была достоверно выше в группе женщин с высоким уровнем

Actual problems of medicine and biology

образования (табл. 1). В более старших возрастных группах достоверность различий сохранялась. Удельный вес никогда не соблюдающих принципы здорового образа жизни был досто-

верно выше у женщин с более низким уровнем образования в самой старшей возрастной группе (43—49 лет), тогда как в остальных возрастных группах достоверных различий не наблюдалось.

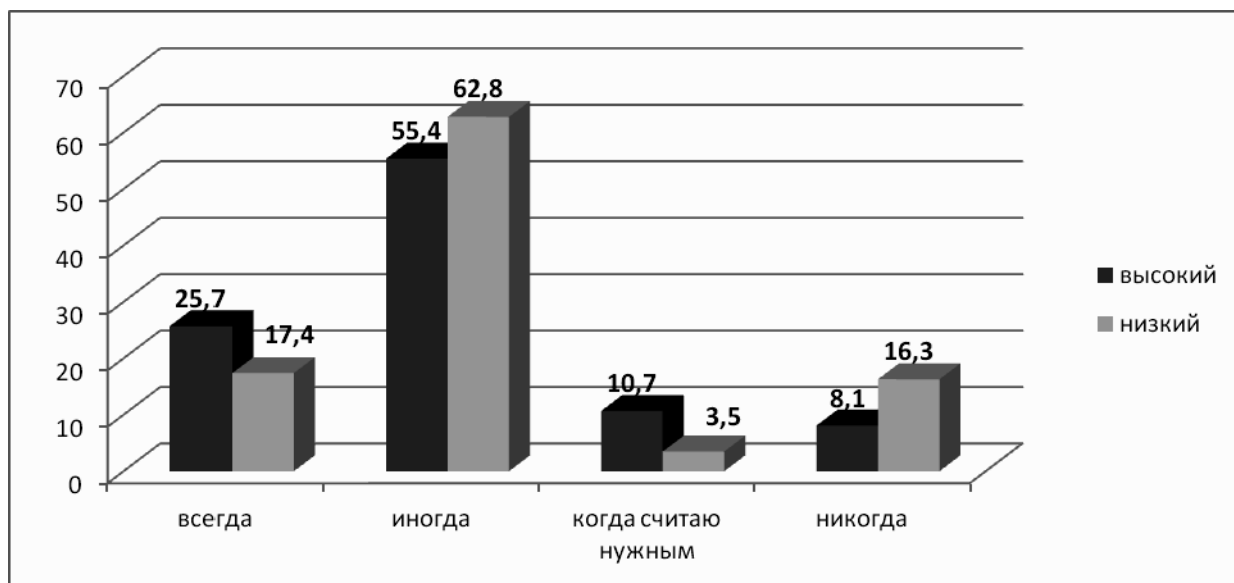


Рис. 1. Частота соблюдения принципов здорового образа жизни по мнению самих женщин репродуктивного возраста (субъективное представление) с разным уровнем образования (на 100 опрошенных женщин)

Таблица 1. Частота соблюдения принципов здорового образа жизни по мнению самих женщин репродуктивного возраста (субъективное представление) с разным уровнем образования (удельный вес женщин всегда соблюдающих принципы здорового образа жизни / никогда не соблюдающих принципы здорового образа жизни в % от общего количества женщин в каждой возрастной группе)

	18—25 лет	26—34 года	35—42 года	43—49 лет
Высокий уровень образования	21,4 / 14,3	32,6 / 12,2	33,2 / 10,8	34,5 / 9,7
Низкий уровень образования	28,6 / 14,3	22,5 / 15,4	22,2 / 16,7	14,7 / 17,1
Достоверность различий	>0,05 / >0,05	<0,05 / >0,05	<0,05 / >0,05	<0,05 / <0,05

С увеличением возраста удельный вес положительно настроенных к соблюдению здорового образа жизни в группе женщин с высоким уровнем образования возрастал, а удельный вес отрицательно настроенных, наоборот, снижался. Обратные закономерности наблюдались в группе женщин с более низким уровнем образования. Удельный вес женщин, всегда соблюдающих принципы здорового образа жизни, снижался, а удельный вес никогда не соблюдающих принципы здорового образа жизни даже несколько возрастал, но достоверных различий не было ($p > 0,05$).

Однако декларирование факта отношения и тем более соблюдения принципов здорового образа жизни и реально следование им не одно и то же. Поэтому были исследована частота следования отдельным элементам здорового образа жизни. В качестве отдельных элементов здорового образа жизни рассматривались следующие: курение, употребление алкоголя, рациональное питание и уровень физической активности.

Распространенность курения и употребления алкогольных напитков на постоянной основе в группе женщин с высоким уровнем образования

в точности соответствует удельному весу тех, кто не придерживается принципов здорового образа жизни (8,1 на 100 опрошенных женщин с высоким уровнем образования). Частота нерегулярного употребления спиртных напитков и курения в этой группе женщин достаточно высока (59,4 на 100 опрошенных женщин с высоким уровнем образования), также, как и в группе женщин с более низким уровнем образования (54,6 на 100 опрошенных женщин с низким уровнем образования). Треть всех опрошенных женщин независимо от уровня их образования заявили, что никогда не употребляют алкогольных напитков и не курят.

Соблюдение принципов рационального питания оценивали по наличию или отсутствию лишнего веса. Достоверно чаще признавались в наличии у них лишнего веса женщины с более низким уровнем образования. Около трети всех опрошенных женщин с таким уровнем образо-

вания указали на наличие у них лишнего веса (27,9 против 14,8 из 100 опрошенных женщин с низким и высоким уровнем образования соответственно) ($p < 0,05$). Отсутствие лишнего веса, напротив, достоверно чаще наблюдалось в группе женщин с высоким уровнем образования (43,2 против 27,9 из 100 опрошенных женщин с высоким и низким уровнем образования соответственно) ($p < 0,05$). Удельный вес сомневающихся был одинаковым в обеих сравниваемых группах женщин (44,2 против 42,0 из 100 опрошенных женщин с низким и высоким уровнем образования соответственно).

Оценку физической активности проводили по пяти уровням на основании субъективного мнения женщины. Выделяли очень высокую активность, высокую, среднюю, низкую и очень низкую. Ни одна из опрошенных женщин не указала на очень низкую физическую активность.

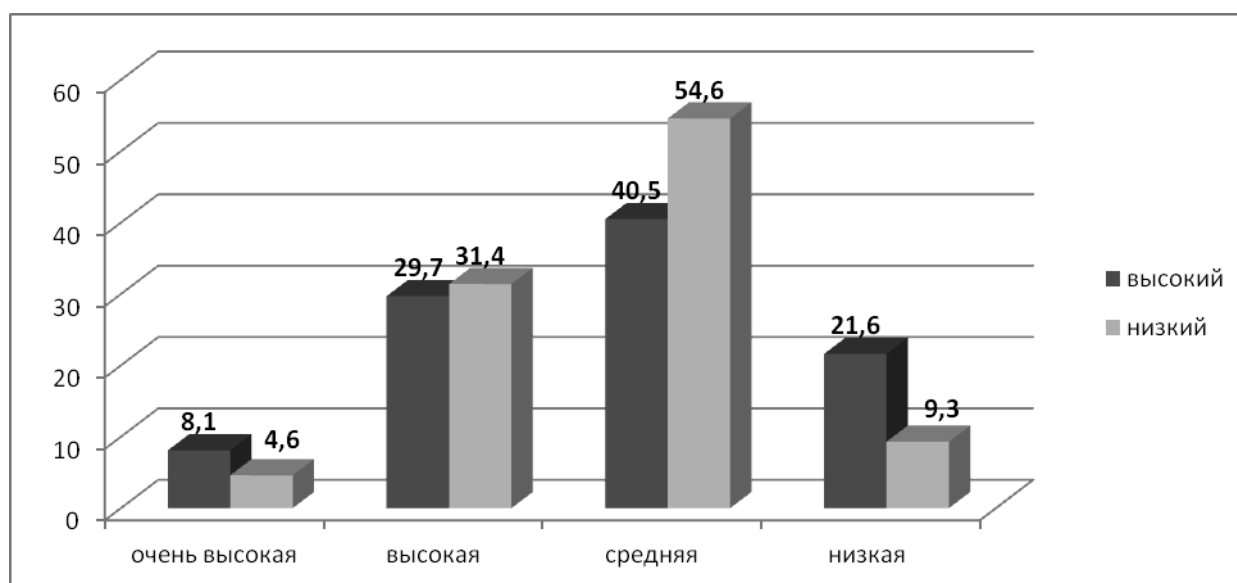


Рис. 2. Показатели уровня физической активности у женщин репродуктивного возраста (субъективное представление) с различным уровнем образования (на 100 опрошенных женщин).

Очень высокий уровень физической активности, по представлениям самих женщин, чаще наблюдался в группе с высоким уровнем образования (8,1 против 4,6 из 100 опрошенных женщин с высоким и низким уровнем образования соответственно). Однако, несмотря на имеющуюся разницу, сами показатели крайне малы и достоверной разницы между ними не выявляется ($p > 0,05$). Высокий уро-

вень физической активности отметили около трети женщин обеих сравниваемых групп (29,7 и 31,4 из 100 опрошенных женщин с высоким и низким уровнем образования соответственно) ($p > 0,05$). Наиболее часто женщины считали свой уровень физической активности средним (40,5 и 54,6 из 100 опрошенных женщин с высоким и низким уровнем образования соответственно) ($p < 0,05$). Низкий уровень фи-

зической активности достоверно чаще наблюдался в группе женщин с высоким уровнем образования (21,6 против 9,3 из 100 опрошенных женщин с высоким и низким уровнем образования соответственно) ($p < 0,05$).

Анализ уровня физической активности в отдельных возрастных группах показал, что в возрастной группе 18—25 лет удельный вес женщин, имеющих высокую и очень высокую физическую активность достоверно больше в группе женщин с низким уровнем образования (табл. 2). В остальных возрастных группах достоверных различий не выявлено. Удельный вес женщин, имеющих низкий уровень физической активности, был

достоверно выше в группе женщин с высоким уровнем образования во всех возрастных группах.

С увеличением возраста удельный вес женщин, имеющих высокую и очень высокую физическую активность, в группе женщин с высоким уровнем образования возрастал ($p < 0,05$), тогда как в группе женщин с низким уровнем образования, наоборот, снижался ($p < 0,05$). Удельный вес женщин, имеющих низкий уровень физической активности, в группе женщин с высоким уровнем образования снижался ($p < 0,05$), а в группе женщин с низким уровнем образования, оставался на одном уровне (табл. 2).

Таблица 2. Показатели уровня физической активности у женщин репродуктивного возраста (субъективное представление) с различным уровнем образования (удельный вес женщин, имеющих высокую и очень высокую физическую активность / имеющих низкий уровень физической активности в % от общего количества женщин в каждой возрастной группе)

	<i>18—25 лет</i>	<i>26—34 года</i>	<i>35—42 года</i>	<i>43—49 лет</i>
Высокий уровень образования	28,5 / 35,7	36,7 / 22,4	44,5 / 23,4	39,7 / 24,1
Низкий уровень образования	38,1 / 9,5	37,5 / 12,5	40,7 / 11,1	21,4 / 12,4
Достоверность различий	<0,05 / <0,05	>0,05 / <0,05	>0,05 / <0,05	>0,05 / <0,05

Заключение

Большинство женщин, независимо от уровня образования, положительно относились к принципам здорового образа жизни. Женщины с высоким уровнем образования достоверно чаще следовали принципам здорового образа жизни на постоянной основе. С увеличением возраста частота следования принципам здорового образа жизни увеличивалась в группе женщин с высоким уровнем образования, а в группе женщин с более низким уровнем образования она снижалась.

Исследование отдельных элементов здорового образа жизни показало, что частота нерегулярного употребления спиртных напитков и курения в группе женщин репродуктивного возраста достаточно высока, более половины опрошенных женщин признавались в этом. Чаще признавались в наличии у них лишнего веса женщины с более низким уровнем образования. Отсутствие лишнего веса, напротив, чаще наблюдалось в группе женщин с высо-

ким уровнем образования. Уровень образования не оказывал существенного влияния на уровень физической активности. Высокий уровень физической активности отметили около трети женщин обеих сравниваемых групп. С увеличением возраста удельный вес женщин, имеющих высокую и очень высокую физическую активность, в группе женщин с высоким уровнем образования возрастал, тогда как в группе женщин с низким уровнем образования, наоборот, снижался.

Полученные данные позволяют рассматривать образование как социальную детерминанту здоровья, оказывающую влияние на распространенность здоровьесберегающих форм поведения у женщин репродуктивного возраста.

Список источников

1. Черкасов С.Н., Курносики М.С. Влияние медико-социальных факторов и особенностей поведения пациенток на уровень потребности в стационарной помощи при внематочной бере-

менности // Российский медико-биологический вестник им. академика И.П. Павлова. 2015. № 3. С. 66—70.

2. Черкасов С.Н., Камаев Ю.О., Черкасова С.В. Анализ заболеваемости детей первого года жизни в Российской Федерации // Журнал научных статей Здоровье и образование в XXI веке. 2017. Т. 19. № 10. С. 198—200.

3. Черкасова С.В., Камаев Ю.О., Черкасов С.Н. Факторы риска, определяющие состояние здоровья недоношенных новорожденных в течение первых трех лет жизни // Журнал научных статей Здоровье и образование в XXI веке. 2017. Т. 19. № 10. С. 201—204.

4. Черкасов С.Н., Киртадзе И.Д. Влияние жизненных приоритетов на самооценку здоровья у населения старших возрастных групп / С.Н. Черкасов // Общественное здоровье и здравоохранение. 2019. № 1 (61). С. 40—43.

5. Черкасов С.Н., Киртадзе И.Д. Влияние семейного окружения как социальной детерминанты здоровья на состояние здоровья в различных возрастно-половых группах // Евразийское Научное Объединение. 2018. № 3—2 (37). С. 116—118.

6. Черкасов С.Н., Шестаков Г.С., Киртадзе И.Д. Влияние образования на самооценку здоровья в старших возрастных группах // Проблемы стандартизации в здравоохранении. 2018. № 9—10. С. 57—60.

7. Спасенников Б.А. Существует ли психология вне медицины? // На пути к гражданскому обществу. 2023. № 2 (50). С. 61—63.

8. Спасенников Б.А. Наука и право // На пути к гражданскому обществу. 2023. № 3 (51). С. 11—17.

9. Спасенников Б.А. Про Нобелевскую премию по психологии // Международный журнал психологии и педагогики в служебной деятельности. 2023. № 1. С. 74—77.

References

1. Cherkasov S.N., Kurnosikov M.S. Influence of medical and social factors and behavioral characteristics of patients on the level of need for inpatient care in ectopic pregnancy. Russian Medical and Biological Bulletin named after Academician I.P. Pavlov. 2015. No. 3. P. 66—70.

2. Cherkasov S.N., Kamaev Ju.O., Cherkasova S.V. Analysis of the incidence of children in the first year of life in the Russian Federation. Journal of Scientific Articles Health and Education in the 21st Century. 2017. V. 19. No. 10. P. 198—200.

3. Cherkasova S.V., Kamaev Ju.O., Cherkasov S.N. Risk factors that determine the health status of premature newborns during the first three years of life. Journal of Scientific Articles Health and Education in the 21st Century. 2017. V. 19. No. 10. P. 201—204.

4. Cherkasov S.N., Kirtadze I.D. Influence of life priorities on self-assessment of health in the population of older age groups. Public health and healthcare. 2019. No. 1 (61). P. 40—43.

5. Cherkasov S.N., Kirtadze I.D. The influence of the family environment as a social determinant of health on the state of health in different age and gender groups. Eurasian Scientific Association. 2018. No. 3—2 (37). P. 116—118.

6. Cherkasov S.N., Shestakov G.S., Kirtadze I.D. Влияние образования на самооценку здоровья в старших возрастных группах. Problems of Standardization in Healthcare. 2018. No. 9—10. P. 57—60.

7. Spasennikov B.A. Does psychology exist outside of medicine? On the way to civil society. 2023. No. 2 (50). P. 61—63.

8. Spasennikov B.A. Science and law. On the way to civil society. 2023. No. 3 (51). P. 11—17.

9. Spasennikov B.A. About the Nobel Prize in Psychology. International Journal of Psychology and Pedagogy in Professional Activities. 2023. No. 1. P. 74—77.

Об учреждениях, оказывающих платную медицинскую помощь в городах федерального значения Российской Федерации

Артур Аликович ШАКИРОВ,
соискатель ФГКОУВО «Московский университет МВД РФ им. В.Я. Кикотя»

E-mail: Artch.mur@yandex.ru

Для цитирования. А.А. ШАКИРОВ. Об учреждениях, оказывающих платную медицинскую помощь в городах федерального значения Российской Федерации // Актуальные проблемы медицины и биологии. 1/2023. С. 80—82.

Аннотация. В статье на основе анализа юридической литературы и законодательства Российской Федерации об учреждениях, оказывающих платную медицинскую помощь в городах федерального значения Российской Федерации обосновано несколько суждений: правовым обоснованием для оказания платной медицинской помощи в Российской Федерации являются положения статьи 8 Конституции РФ от 12 декабря 1993 г.; во всех субъектах Российской Федерации, в том числе и в городах федерального значения, учреждения здравоохранения вправе оказывать платную медицинскую помощь; перечень медицинских учреждений, оказывающих платную медицинскую помощь в городах федерального значения, устанавливается законодательством этих субъектов Российской Федерации

Ключевые слова: Российская Федерация, субъект Российской Федерации, город федерального значения — город Москва, город федерального значения — город Санкт-Петербург, город федерального значения — город Севастополь, законодательство, нормативный правовой акт, Конституция РФ от 12 декабря 1993 г., федеральный закон РФ, Федеральный закон РФ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 1 ноября 2011 г., право, здравоохранение, платная медицинская услуга, учреждения здравоохранения

About institutions providing paid medical care in cities of federal significance of the Russian Federation

Artur Alikovich SHAKIROV,
applicant for the Federal State Educational Institution of Higher Education «Moscow University
of the Ministry of Internal Affairs of the Russian Federation named after. V.Ya. Kikotya»

E-mail: Artch.mur@yandex.ru

Annotation. Based on the analysis of the legal literature and the legislation of the Russian Federation on institutions providing paid medical care in cities of federal significance of the Russian Federation, several judgments are substantiated in the article: the legal justification for the provision of paid medical care in the Russian Federation are the provisions of Article 8 of the Constitution of the Russian Federation of December 12, 1993; in all subjects of the Russian Federation, including in cities of federal significance, healthcare institutions have the right to provide paid medical care; the list of medical institutions providing paid medical care in cities of federal significance is established by legislation these subjects of the Russian Federation

Keywords: The Russian Federation, the subject of the Russian Federation, the city of federal significance — the city of Moscow, the city of federal significance — the city of St. Petersburg, the city of federal significance — the city of Sevastopol, legislation, regulatory legal act, the Constitution of the Russian Federation of December 12, 1993, the Federal Law of the Russian Federation, the Federal Law of the Russian Federation «On the basics of public health protection in the Russian Federation» from November 1, 2011, law, healthcare, paid medical service, healthcare institutions

Предметом данной статьи являются учреждения, оказывающих платную медицинскую помощь в городах федерального значения Российской Федерации¹.

Первоначально о состоянии теории.

Так, Э.Ф. Сахаутдинова утверждает следующее: «Определяющим документом в сфере оказания платных медицинских услуг населению является Постановление Правительства Российской Федерации от 13 января 1996 г. N 27 «Об утверждении Правил предоставления платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями». Медицинские учреждения могут предоставлять населению платные услуги только при наличии у них сертификата и лицензии на избранный вид деятельности. От государственных и муниципальных медицинских учреждений требуется специальное разрешение соответствующего органа управления здравоохранения на оказание населению платных медицинских услуг» («Таким образом, предоставление платных медицинских услуг населению является одним из приоритетных направлений государства в сфере здравоохранения в целях обеспечения здоровья нации и позволяет гарантировать, что пациенты получают медицинскую помощь надлежащего качества»)². Правда, в последующем постановление Правительства РФ № 27 от 13 января 1996 г.³ было признано утратившим юридическую силу. Ныне действует постановление Правительства РФ «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг» № 1006 от 4 октября 2012 г.⁴.

О.В. Морозова обосновала следующее суждение: «Таким образом, следует считать, что платные медицинские услуги — это конституционно правомерное дополнение к законодательно гарантированному объему бесплатной медицинской помощи российским гражданам. Оказание платных медицинских услуг учреждениями здравоохранения не препятствует пользованию гражданами их конституционным правом на получение бесплатной медицинской помощи и не возлагает на них неконституционной обязанности по оплате медицинских услуг в государственных и муниципальных медицинских учреждениях. Одновременно неконституционной и недопустимой будет являться практика оказания на платной

основе тех видов медицинской помощи, которые в соответствии с законодательством должны этими учреждениями предоставляться бесплатно»⁵.

Ю.Н. Андреевым исследованы «вопросы гражданско-правового регулирования возмездного оказания услуг»⁶.

Предметом исследования С.Н. Фурсенко «составили основные подходы, принципы и методы формирования цен на платные медицинские услуги, применяемые в государственных учреждениях здравоохранения Российской Федерации»⁷.

Не столь совершенные результаты научных изысканий относительно регулирования медицинских услуг учреждениями здравоохранения в городах федерального значения Российской Федерации предопределяют и несовершенство законодательства Российской Федерации⁸.

Городов федерального значения ныне в Российской Федерации — три.

Это — город Москва⁹, города Санкт-Петербург¹⁰ и город Севастополь¹¹.

В каждом из названных субъектов Российской Федерации регламентирован порядок оказания платных медицинских услуг в учреждения здравоохранения¹².

Таким образом, исследования относительно учреждений, оказывающих платную медицинскую помощь в городах федерального значения Российской Федерации, необходимо продолжать.

Во-первых, правовым обоснованием для оказания платной медицинской помощи в Российской Федерации являются положения статьи 8 Конституции РФ от 12 декабря 1993 г.

Во-вторых, во всех субъектах Российской Федерации, в том числе и в городах федерального значения, учреждения здравоохранения вправе оказывать платную медицинскую помощь.

В-третьих, перечень медицинских учреждений, оказывающих платную медицинскую помощь в городах федерального значения, устанавливается законодательством этих субъектов Российской Федерации.

Список источников

1. Сухондяева Т.Ю., Галузо В.Н. О проблемах федеративного устройства, административно-территориального и военно-административного

деления Российской Федерации // Сетевой электронный научно-популярный журнал частного и публичного права. 2018. № 1. С. 83—89.

2. Сахаутдинова Э.Ф. К вопросу о предоставлении платных медицинских услуг населению (социально-правовой аспект) // Социальное и пенсионное право. 2007. N 2.

3. Морозова О.В. Конституционная природа платных медицинских услуг, оказываемых государственными и муниципальными учреждениями здравоохранения // Конституционное и муниципальное право. 2007. N 18.

4. Андреев Ю.Н. Платные медицинские услуги (правовое регулирование и судебная практика). М.: Ось-89, 2007. С. 2.

5. Фурсенко С.Н. Совершенствование системы ценообразования на платные медицинские услуги: Автореферат дисс. ... канд. медицинских наук. М., 2012. С. 5.

6. Галузо В.Н. Конституционно-правовой статус России: проблема именованья государства // Вестник Московского университета МВД России. 2010. № 5. С. 119—123.

7. Галузо В.Н. Об оказании платных услуг в медицинском учреждении в городе федерального значения — Москве (опыт правоприменения) // Международный научный журнал «Актуальные исследования». 2019. № 2. С. 29—34.

References

1. Sukhondyaeva T.Yu., Galuzo V.N. On the problems of the federal structure, administrative-territorial and military-administrative division of the Russian Federation // Online electronic popular scientific journal of private and public law. 2018. No. 1. pp. 83—89.

2. Sakhautdinova E.F. On the issue of providing paid medical services to the population (socio-legal aspect) // Social and pension law. 2007. No. 2.

3. Morozova O.V. Constitutional nature of paid medical services provided by state and municipal healthcare institutions // Constitutional and municipal law. 2007. No. 18.

4. Andreev Yu.N. Paid medical services (legal regulation and judicial practice). М.: Os-89, 2007. P. 2.

5. Fursenko S.N. Improving the pricing system for paid medical services: Abstract diss. ... cand. М., 2012. p. 5.

6. Galuzo V.N. Constitutional and legal status of Russia: the problem of naming the state // Bulletin of the Moscow University of the Ministry of Internal Affairs of Russia. 2010. No. 5. pp. 119—123.

7. Galuzo V.N. On the provision of paid services in a medical institution in a federal city — Moscow (law enforcement experience) // International scientific journal «Current Research». 2019. No. 2. pp. 29—34.

¹ О федеративном устройстве РФ подробнее см.: Сухондяева Т.Ю., Галузо В.Н. О проблемах федеративного устройства, административно-территориального и военно-административного деления Российской Федерации // Сетевой электронный научно-популярный журнал частного и публичного права. 2018. № 1. С. 83—89.

² Сахаутдинова Э.Ф. К вопросу о предоставлении платных медицинских услуг населению (социально-правовой аспект) // Социальное и пенсионное право. 2007. N 2.

³ См.: СЗ РФ. 1996. № 3. Ст. 194.

⁴ См.: СЗ РФ. 2012. № 41. Ст. 5628.

⁵ Морозова О.В. Конституционная природа платных медицинских услуг, оказываемых государственными и муниципальными учреждениями здравоохранения // Конституционное и муниципальное право. 2007. N 18.

⁶ Андреев Ю.Н. Платные медицинские услуги (правовое регулирование и судебная практика). М.: Ось-89, 2007. С. 2.

⁷ Фурсенко С.Н. Совершенствование системы ценообразования на платные медицинские услуги: Автореферат дисс. ... канд. медицинских наук. М., 2012. С. 5.

⁸ Мы разделяем суждение тех авторов, которые предлагают с 25.12.1991 г. для названия государства использовать исключительно этот термин (подробнее об этом см.: Галузо В.Н. Конституционно-правовой статус России: проблема именованья государства // Вестник Московского университета МВД России. 2010. № 5. С. 119—123).

⁹ См.: Закон г. Москвы «Устав города Москвы» от 28.06.1995 г. // Ведомости МД. 1995. № 4.

¹⁰ См.: Устав Санкт-Петербурга от 14.01.1998 г. // Вестник Законодательного Собрания Санкт-Петербурга. 1998. № 5—6.

¹¹ См.: Федеральный конституционный закон РФ «О принятии в Российскую Федерацию Республики Крым и образовании в составе Российской Федерации новых субъектов - Республики Крым и города федерального значения Севастополя» («Одобрено Государственной Думой 20 марта 2014 года»; «Одобрено Советом Федерации 21 марта 2014 года») // СЗ РФ. 2014. N 12. Ст. 1201.

¹² Относительно недостатков оказания платных медицинских услуг в одном из учреждений города Москвы подробнее см.: Галузо В.Н. Об оказании платных услуг в медицинском учреждении в городе федерального значения — Москве (опыт правоприменения) // Международный научный журнал «Актуальные исследования». 2019. № 2. С. 29—34.

Методологические вопросы медицинской социологии

Александр Михайлович ШВЕДОВ,

Научный сотрудник, Институт гуманитарных технологий, Москва, Российская Федерация

E-mail: shvedov58@yandex.ru

Для цитирования. А.М. ШВЕДОВ. Методологические вопросы медицинской социологии // Актуальные проблемы медицины и биологии. 1/2023. С. 83—87.

Аннотация. В статье автор сконцентрировался на вопросах, имеющих наибольшее практическое значение для организации и проведения социологических исследований. Рассмотрены роль, место и виды социологических исследований, которые можно применять в системе управления качеством медицинской помощи. Выявлены проблемы и трудности, возникающие с их использованием в сфере медицины. Рассмотрены достоинства и недостатки в контексте количественной и качественной методологии. Раскрыты основные методы, применяемые в социологии медицины: анкетирование, интервьюирование, наблюдение, эксперимент и анализ документов

Ключевые слова: социология медицины, виды и методы социологических исследований, социологические исследования в здравоохранении

Methodological issues in medical sociology

Alexander Mikhailovich SHVEDOV,

Researcher, institute of humanitarian technologies, Moscow, Russian Federation

E-mail: shvedov58@yandex.ru

Annotation. In the article, the author tried to concentrate on the issues that are of the practical importance for the organization and conduct of Sociological Research in Medicine. The role, place and types of sociological research that can be applied in the quality management system of medical care are considered. The problems and difficulties arising with their use in the field of medicine are identified. The advantages and disadvantages are considered in the context of quantitative and qualitative methodology. The main methods used in the sociology of medicine are considered: questioning, interviewing, observation, experiment and document analysis

Keywords: sociology of medicine, types and methods of sociological research, sociological research in health care

Каждый аспект человеческого бытия является источником возможных исследований [1, с. 11—17; 2, с. 122—130; 3, с. 74—77; 4, с. 61—63; 5, с. 68—73; 6, с. 81—92; 7, с. 82—84; 8, с. 98—104].

Научный метод включает разработку и проверку теорий о мире, основанных на эмпирических данных. Он определяется его приверженностью систематическому наблюдению за эмпирическим миром и стремится быть объективным, критическим, скептическим и логичным. Он включает в себя серию предписанных шагов, которые были установлены на протяжении веков научных исследований.

Социологи медицины используют проверенные методы исследования, такие как эксперименты, опросы, полевые исследования, текстовый анализ и др. [9, с. 61—74; 10, с. 4—11]. Научный процесс исследования устанавливает параметры, которые помогают обеспечить объективность и точность результатов. Они устанавливают ограничения и границы, которые определяют фокус исследования и систематизируют его результаты. Это касается как позитивистских или количественных методологий, так и интерпретативных или качественных методологий.

Независимо от того, какой подход к исследованию используется, исследователи хотят максимизировать надежность исследования. Надежность увеличивает вероятность того, что то, что верно для одного человека (например, пациента), будет верно для всех людей в группе. Исследователи также стремятся к достоверности (насколько хорошо исследование измеряет то, для измерения чего было разработано).

Социологи медицины могут использовать научный метод не только для сбора, но и для интерпретации и анализа данных. Они сознательно применяют научную логику и объективность. Они заинтересованы в результатах, но не привязаны к ним. Их исследовательская работа не зависит от их собственных медико-социальных убеждений. Это не значит, что исследователи не критичны. Это также не означает, что у них нет собственной точки зрения со своими предпочтениями и мнениями. Но социологи медицины сознательно используют научный метод, чтобы поддерживать как можно больше объективности, целенаправленности и последовательности в конкретном исследовании. Благодаря систематическому подходу, научный метод оказался полезным при разработке социологических медицинских исследований, предусматривающий систематическую, организованную серию шагов, которые помогают обеспечить объективность и последовательность в исследовании социальной медицинской проблемы. Они обеспечивают точность, надежность и достоверность. В итоге, научный метод обеспечивает общую основу для обсуждения и анализа.

Обычно научный метод начинается со следующих шагов: 1) необходимо сформулировать исследовательский вопрос; 2) изучить существующие источники; 3) сформулировать гипотезу.

Структуру социологического знания можно представить в виде пирамиды, вершину которой образует общая социологическая теория с ее основными парадигмами, а основание — прикладная социология с бесчисленным множеством конкретных социологических исследований.

Средние этажи пирамиды социологического знания занимают частные (отраслевые) социологические теории и эмпирическая социология, в основе которой лежат сравнительные,

крупномасштабные, репрезентативные исследования.

Эмпирическое исследование в медицине — система логически последовательных методологических, методических и организационно-теоретических процедур, направленных на получение достоверных данных об изучаемом явлении или процессе для их последующего использования в медицинской практике.

Социология медицины направлена на применение социологических теорий, понятий, методов к решению конкретных медико-социальных проблем.

Социологическое медицинское исследование — это, как правило, оперативное исследование, проведенное на одном объекте с целью медико-социальной диагностики ситуации, объяснения конкретного явления и подготовки практических медицинских рекомендаций. Прикладное исследование не ставит целью приращение нового знания, научных открытий, в нем применяются уже известные знания, оформленные в типовые методики.

Исследования, направленные, прежде всего, на приращение нового знания, которые мы назвали эмпирическими, получают в литературе и другие наименования. Их можно также называть теоретико-прикладными, учитывая, что их цель — содействие решению медико-социальных проблем путем разработки новых подходов к их изучению, интерпретации и объяснению. Также такие исследования называют фундаментальными, учитывая их весомость, важность, основательность. Для нас, прежде всего, важно, что такие исследования следуют отличать от собственно теоретических, что они задают конкретный уровень определения предмета исследования. Оставляя в качестве рабочего названия — эмпирические исследования, мы можем использовать общий для эмпирических и прикладных исследований термин — конкретные медико-социологические исследования.

Необходимо сформулировать основные принципы и процедуры конкретных социологических исследований в медицине.

Основополагающим принципом разработки социологического исследования при классическом (количественном) подходе является принцип квантификации (это процесс подсчета и измерения, который преобразует наблюдения и переживания человеческого чувства

в величины), то есть придания результату численного значения. На основе принципа квантификации в социальном познании стали применимы процедуры: операционализации, репрезентативности, верифицируемости данных.

Операционализация — процедура установления связи концептуального аппарата исследования с его методическим инструментарием посредством построения системы эмпирических показателей изучаемого объекта.

Для повышения доверия к данным социологического медицинского исследования необходимо руководствоваться принципами верификации на каждом из его этапов.

В зависимости от характера поставленной цели и выдвинутых задач выделяют различные виды конкретных социологических медицинских исследований.

В зависимости от глубины анализа медико-социальной проблемы и масштаба охвата событий выделяют разведывательные, описательные и аналитические исследования.

Поисковое (разведывательное) исследование проводится с целью уточнения проблемы, более корректной постановки задач и выдвижения обоснованных гипотез. Проведение его особенно желательно в том случае, если научная медицинская литература по интересующей тематике отсутствует или ее недостаточно.

Разведывательное исследование — наиболее простой вид медико-социологического анализа: круг задач ограничен, число опрошенных невелико, программа и инструментарий крайне упрощенные; данные нерепрезентативные. Ученый, представитель науки общественного здоровья и организации здравоохранения, социологии и истории медицины, получает лишь прикидочные сведения об объекте исследования для общей ориентации в проблеме. Оно используется для мало или не вполне изученных проблем. Вариантом разведывательного исследования выступают экспресс-опросы. Их еще называют оперативными опросами. Решаются сиюминутные, но очень нужные министерству здравоохранения России или министерству здравоохранения субъекта Российской Федерации, конкретному лечебному учреждению утилитарные задачи, получают вполне репрезентативную и надежную информацию.

Прежде всего, следует обратить внимание на следующие характеристики инструментария:

объем выборки в пилотажном исследовании не имеет четкого методического обоснования. Обычно полагают достаточным опросить около 50 респондентов (например, врачей, пациентов и др.). Важно только, чтобы они представляли все существенные категории планируемого объекта исследования.

Малая выборка в пилотаже вовсе не обязательно должна быть репрезентативной по отношению к генеральной совокупности. Куда важнее другое ее качество — разнообразие: она должна включать те группы респондентов, которые способны реагировать на инструментарий по-разному. Если люди с небольшим образовательным цензом (например, пациенты сельской участковой больницы в Верхнетоемском районе Архангельской области) составят в будущей выборке незначительную долю, их необходимо опрашивать в первую очередь именно потому, что они могут отвечать на вопросы анкеты совсем не так, как ожидается.

Кроме того, в пилотажную выборку включают тех респондентов, которые представляют наиболее важные для темы опроса социально-демографические признаки (пол, возраст, образование, стаж работы, содержание труда и т.п.).

В социологии медицины пилотаж проводится до основного исследования и выступает способом проверки обоснованности гипотез и задач, а также профессионального уровня и методической отработанности инструментария. Пилотаж помогает оценить правильность модели выборки и внести в нее в случае необходимости соответствующие исправления; уточнить некоторые характеристики объекта и предмета исследования, обосновать финансовые расходы и сроки проведения главного исследования. Пилотаж полезен также для тренировки группы интервьюеров (студентов медицинских вузов, клинических ординаторов, аспирантов, младших научных сотрудников и др.).

Авторы в своей научной деятельности придерживаются правила: прежде чем отдавать анкету в большой тираж, ее целесообразно опробовать в малотиражном (пилотажном) опросе, чтобы уточнить, правильно ли понимают вопросы респонденты (пациенты, медицинские работники и др.), не слишком ли она длинна и утомительна, сколько времени занимает ее заполнение (или интервью) и др.

Более сложным, чем разведывательное, выступает описательное исследование. Цели у него серьезнее, проводится дольше, программа обстоятельнее, инструментарий соответствует всем научным параметрам общественного здоровья и организации здравоохранения, социологии и истории медицины. При проведении этого вида исследований обычно ищутся ответы на вопросы: «кто?», «что?», «где?», «когда?» и «как?». Описательные исследования не дают ответа на вопрос «почему?».

Описательное исследование по своим целям и задачам предполагает получение эмпирических сведений, дающих относительно целостное представление об изучаемом явлении, его структурных элементах. Такое исследование проводится по полной, достаточно подробно разработанной программе с использованием методически апробированного инструментария. Его надежная методологическая оснащенность делает возможным группирование и классификацию элементов исследуемого объекта по тем параметрам, которые выделены в качестве существенных в связи с изучаемой медико-социальной проблемой.

Описательные исследования преследуют цель получения сведений целостного характера об изучаемом медико-социальном явлении (процессе). В результате складывается общая картина состояния объекта. Здесь ставится задача целостного восприятия проблемы без стремления к глубокому проникновению в суть дела. Подобные исследования проводятся тогда, когда объект достаточно хорошо изучен, чтобы сформулировать описательные гипотезы. Данные гипотезы представляют собой предположения, позволяющие комплексно исследовать объект с точки зрения его структуры, функций, генезиса (этапов развития).

Описательные исследования сложно организованы. Они имеют хорошо разработанную программу, методически апробированный (в рамках пилотажного исследования) инструментарий. Результаты данного вида исследований, представляющих собой научное описание объекта, служат основой для разработки социальной политики и принятия управленческих решений в разных сферах социальной жизни.

Аналитическое исследование — самый углубленный вид социологического медицинского анализа. К нему относятся все признаки доброкачественного научного изучения, свойственные описательному исследованию: ре-

презентативность, надежность, достоверность и т.д. Но плюс к тому оно выявляет скрытые от глаз причины возникновения медико-социального явления. Это уже высший уровень медико-социального профессионализма, предполагающий выявление причин медико-социальных явлений. Оно базируется на анализе медико-социальных проблем (противоречий) и в качестве своего результата предлагает способы их разрешения. В аналитическом исследовании устанавливается связь между характеристиками изучаемого явления (процесса), определяются факторы, влияющие на него изнутри и извне. Другими словами, здесь исследование идет уже в глубину медико-социальной проблемы.

Аналитическое исследование предполагает детальное знание объекта, базирующееся на широком спектре информационных источников. В основе аналитического исследования — объяснительные гипотезы. Этот самый сложный вид гипотез представляет собой предположение о причинно-следственных связях объекта исследования. Аналитические исследования имеют большую практическую ценность, они позволяют разрешать медико-социальные проблемы, оптимизировать медико-социальные процессы.

Хотя социологи медицины часто проводят оригинальные исследования, они также вносят свой вклад в изучение дисциплины посредством вторичного анализа данных. Вторичные данные не являются результатом непосредственных исследований, собранных из первоисточников, это уже завершенная работа других исследователей. Типичным примером анализа текстовых источников может служить изучение научных публикаций и отчетов по проблеме, которое обычно проводится на этапе разработки исследовательской проблемы. Круг документов, содержащих в себе информацию, настолько широк и настолько информативен вследствие чрезвычайной широты и разнообразия отображаемых в них различных сторон медико-социальной действительности, что практически любое конкретное исследование должно начинаться с анализа существующих по исследуемой проблеме документов. В частности, не рекомендуется начинать ни пилотажное, ни, тем более, полевое исследование, не изучив предварительно официальные статистические данные — отчеты и публикации Госкомстата, данные ведомственной статистики, отчеты, решения коллегий, приказы

и распоряжения Министерства здравоохранения России, иных нормативных правовых актов. Одним из преимуществ вторичных данных является то, что это нереактивное исследование (или ненавязчивое исследование), оно исключает прямой контакт с субъектами и не влияет на поведение людей. В отличие от исследований, требующих прямого контакта с людьми, использование ранее опубликованных данных не требует ввода данных о населении, а также вложений и рисков, присущих этому исследовательскому процессу.

Документы могут стать источником получения необходимых сведений об изучаемом объекте только тогда, когда оценена надежность имеющейся в их распоряжении документальной информации.

Охватить все многообразные вопросы, касающиеся социологических методов исследования и их применения в медицине со всеми сопутствующими аспектами, возможно только в многотомном руководстве, поэтому в данной статье авторы попытались сконцентрироваться на вопросах методологии социологии медицины, имеющих, на их взгляд, наибольшее практическое значение для организации и проведения конкретных социологических исследований в медицине.

Список источников

1. Спасенников Б.А. Наука и право // На пути к гражданскому обществу. 2023. № 3 (51). С. 11—17.
2. Эриашвили Н.Д., Иванова Ю.А. Философия права Аристотеля // Социально-гуманитарное обозрение. 2023. № 1. С. 122—130.
3. Спасенников Б.А. Про Нобелевскую премию по психологии // Международный журнал психологии и педагогики в служебной деятельности. 2023. № 1. С. 74—77.
4. Спасенников Б.А. Существует ли психология вне медицины? // На пути к гражданскому обществу. 2023. № 2 (50). С. 61—63.
5. Ахмедов Р.М., Эриашвили Н.Д., Ахмедов Д.Р. Виртуальность как социально-правовой феномен // Социально-гуманитарное обозрение. 2023. № 1. С. 68—73.
6. Галузо В.Н., Эриашвили Н.Д. О безальтернативности права как регулятора общественных отношений в Российской Федерации // Социально-гуманитарное обозрение. 2023. № 1. С. 81—92.

7. Эриашвили Н.Д. О развитии федерализма в поправках к конституции Российской Федерации // Закон и право. 2022. № 11. С. 82—84.

8. Стригунова Д.П., Эриашвили Н.Д. Особенности правового регулирования международных деликтных обязательств // Закон и право. 2022. № 4. С. 98—104.

9. Сушко В.А. Ощущаемое качество жизни и ценностная структура российского населения // Социология. 2021. № 1. С. 61—74.

10. Аверин Ю.П., Сушко В.А. Концепция качества жизни в современных социологических теориях // Известия Саратовского университета. Новая серия. Серия: Социология. Политология. 2019. Т. 19. № 1. С. 4—11.

References

1. Spasennikov B.A. Science and law. On the way to civil society. 2023. No. 3 (51). P. 11—17.
2. Eriashvili N.D., Ivanova Yu.A. Aristotle's Philosophy of Law. Social and Humanitarian Review. 2023. No. 1. P. 122—130.
3. Spasennikov B.A. About the Nobel Prize in Psychology. International Journal of Psychology and Pedagogy in Professional Activities. 2023. No. 1. P. 74—77.
4. Spasennikov B.A. Does psychology exist outside of medicine? On the way to civil society. 2023. No. 2 (50). P. 61—63.
5. Akhmedov R.M., Eriashvili N.D., Akhmedov D.R. Virtuality as a social and legal phenomenon. Social and Humanitarian Review. 2023. No. 1. P. 68—73.
6. Galuzo V.N., Eriashvili N.D. On the lack of alternatives to law as a regulator of social relations in the Russian Federation. Social and Humanitarian Review. 2023. No. 1. P. 81—92.
7. Eriashvili N.D. On the development of federalism in amendments to the Constitution of the Russian Federation. Law and Law. 2022. No. 11. P. 82—84.
8. Strigunova D.P., Eriashvili N.D. Features of legal regulation of international tort obligations. Law and Law. 2022. No. 4. P. 98—104.
9. Sushko V.A. Perceived quality of life and the value structure of the Russian population. Sociology. 2021. No. 1. P. 61—74.
10. Averin Yu.P., Sushko V.A. The concept of the quality of life in modern sociological theories. Bulletin of the Saratov University. New series. Series: Sociology. Political science. 2019. Vol. 19. No. 1. P. 4—11.

Прогноз в пенитенциарной медицине

Сергей Борисович ПОНОМАРЁВ,

доктор медицинских наук, профессор, заслуженный врач России,
главный научный сотрудник НИИ ФСИН России, Москва

E-mail: docmedsb@yandex.ru

Для цитирования. С.Б. ПОНОМАРЁВ. Прогноз в пенитенциарной медицине // Актуальные проблемы медицины и биологии. 1/2023. С. 88—.

Аннотация. Отличительный признак выработки прогноза заболевания — наличие большого числа разнонаправленных и часто трудно определяемых факторов, влияющих на течение болезни. Значению прогноза в медицине уделяется не менее важное внимание, чем правильной постановке диагноза. Научные достижения в области математического моделирования и искусственного интеллекта позволяют обеспечить практикующего врача интеллектуальной системой, способной по ряду признаков определять возможный исход заболевания

Ключевые слова: медицина, прогноз, математические системы, пенитенциарная система

Prognosis in penitentiary medicine

Sergey Borisovich PONOMAREV,

doctor of medical sciences, professor, honored doctor of Russia, chief researcher
of the research institute of the Federal Penitentiary Service of Russia, Moscow

E-mail: docmedsb@yandex.ru

Annotation. A distinctive feature of developing a disease prognosis is the presence of a large number of multidirectional and often difficult to determine factors influencing the course of the disease. The importance of prognosis in medicine is given no less importance than the correct diagnosis. Scientific achievements in the field of mathematical modeling and artificial intelligence make it possible to provide a practicing physician with an intelligent system capable of determining the possible outcome of a disease based on a number of characteristics

Keywords: medicine, prognosis, mathematical systems, penitentiary system

Со времен Гиппократу значению прогноза в медицине уделяется не менее важное внимание, чем правильной постановке диагноза. Отличительным признаком данной логической процедуры (выработке прогноза заболевания) является наличие большого числа разнонаправленных и часто трудно определяемых факторов, влияющих на течение болезни. В этой связи искусством предсказания исхода заболевания владеют только опытные врачи, у которых имеется сочетание таких профессиональных составляющих, как аналитический ум, обширный багаж медицинских теоретических знаний и врачебный опыт.

Вместе с тем, последние научные достижения в области математического моделирования и искусственного интеллекта позволяют обеспечить любого практикующего врача интеллектуальной системой, способной по ряду признаков определять возможный исход заболевания. В пенитенциарной медицине максимальное число научных работ [1, с. 29—32; 2, с. 31—34; 3, с. 11—17; 4, с. 61—63; 5, с. 74—77] в этой сфере посвящено проблеме определения исхода заболевания при сочетании ВИЧ и туберкулеза.

Актуальность данного научного направления обусловлена тем, что увеличение числа

ВИЧ-носителей в местах лишения свободы является причиной роста как числа случаев сочетанной патологии ТБ+ВИЧ, так и увеличения показателей смертности. В связи с этим последнее время озаменовано появлением новых прогностических методик при сочетании ВИЧ + туберкулез у лиц, отбывающих наказание в виде лишения свободы. Так, в частности, М.Е. Вострокнутов и соавторы обосновали создание прогностической модели, разработанной с использованием анализа экспертных мнений и применения логико-математического метода анализа иерархий (МАИ) [6, с. 209—223].

Авторами были определены 16 предиктивных факторов, предрасполагающих к развитию туберкулеза у ВИЧ-инфицированного пациента. Для каждого предиктора был рассчитан весовой коэффициент, определяющий его значимость в развитии туберкулеза.

Разработка описываемого метода прогноза заключалась в построении древовидной иерархической структуры, где на вершине располагается цель изучаемой проблемы, а на нижних уровнях иерархии — определяемые критерии и характеристики.

Для определения весовых значений характеристик, отражающих риск развития туберкулеза у ВИЧ-инфицированного пациента, проведены расчёты с построением матриц парных сравнений и оценкой согласованности мнений экспертов. Далее вычислялась доля весового коэффициента от суммы весовых коэффициентов всех критериев одной группы, которая равна 1,0.

Значение прогностического индекса вычислялось как сумма произведений весовых коэффициентов исследуемых параметров и их качественных либо количественных характеристик, определяемых после комплексного обследования ВИЧ-инфицированного пациента при поступлении в места лишения свободы.

В 2019 году В.С. Боровицким и М.П. Разным государственно-патентным путем была зарегистрирована компьютерная программа «Определение вероятности наличия туберкулеза у осужденного с ВИЧ-инфекцией в исправительном учреждении ФСИН по пяти

клиническим проявлениям» и изобретение [7, с. 19—23], с помощью которых можно рассчитать прогноз возможности развития туберкулеза у осужденного с ВИЧ.

С помощью метода логистической регрессии авторами была синтезирована формула, позволяющая по ведущим клиническим симптомам (слабость, кашель с мокротой, грибковые поражения, гепатомегалия, лимфаденопатия и их сочетание) у больных ВИЧ-инфекцией в учреждениях ФСИН России с высокой вероятностью прогнозировать наличие туберкулеза.

Из 30 клинических признаков, изученных В.С. Боровицким, были выявлены пять предикторов с наибольшим прогностическим весом, которые были использованы для построения модели предсказания риска развития туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией.

Небезынтересен также и круг прогностических методик, направленных на определение прогноза развития СПИДа у лиц, имеющих сочетание туберкулеза и ВИЧ. Так, М.А. Сполоховой и соавторами в 2019 году был получен патент на соответствующее изобретение [8, с. 22—25]. В ходе разработки метода прогноза ими было рассмотрено 49 регрессоров.

Аналогичные работы были проведены Е.Л. Аверьяновой и соавторами [9]. В ходе исследований при создании прогностического индекса наряду с перечисленными использовались такие параметры, как вирусная нагрузка, число копий ВИЧ, содержание аланинаминотрансферазы (АЛТ) и общего белка крови. Также было выяснено, что максимальная точность прогноза развития СПИДа у ВИЧ-инфицированных лиц, отбывающих наказание в виде лишения свободы, наблюдается в возрасте до 40 лет. Для этой категории больных была разработана отдельная прогностическая формула [10]. При ее создании все анализируемые параметры рассматривались в балловом и числовом эквивалентах.

Весьма перспективным при моделировании прогноза при коинфекции «ВИЧ + туберкулез» является использование искусственной нейронной сети (ИНС). В ходе наших исследований было установлено, что при применении ИНС

максимальной информативностью обладают такие показатели, как выраженность туберкулезного процесса, размеры печени, вирусная нагрузка и уровень гемоглобина [11, с. 78—79].

Отдельного упоминания заслуживает также прогноз выживаемости больных туберкулезом с ВИЧ-инфекцией в лечебном учреждении ФСИН России и его сравнение с прогнозом выживаемости больных в противотуберкулезных учреждениях Минздрава России. Исследования В.С. Боровицкого показали, что вероятность выживаемости этих больных в лечебных учреждениях ФСИН России почти в два раза выше, чем в гражданских противотуберкулезных диспансерах. Данное явление автор связывает с тем, что в условиях пенитенциарной системы за больным осуществляется постоянное наблюдение со стороны как медицинского персонала, так и представителей других служб ФСИН России. В результате в уголовно-исполнительной системе обеспечивается более качественное лечение, а при ухудшении состояния больного в условиях пенитенциарной системы своевременно принимаются соответствующие меры медицинского характера

Как видно из приведенного краткого обзора существующих прогностических методик при коинфекции «ВИЧ + туберкулез» в условиях пенитенциарной системы, за последние пять-шесть лет наблюдается стремительное развитие данного направления медицинской прогностики. Так как профилактика ТБ у ВИЧ-инфицированных является одним из основных направлений деятельности медицинской службы УИС, выявление предикторов неблагоприятного исхода и создание прогностических моделей становится действенным инструментом при выборе и коррекции тактики ведения пациентов, а также в работе по профилактике больной летальности.

Список источников

1. Спасенников Б.А. Медицинская служба уголовно-исполнительной системы. Исторический аспект (часть 1) // Закон и право. 2018. № 1. С. 29—32.

2. Спасенников Б.А. Медицинская служба уголовно-исполнительной системы. Исторический аспект (часть 1) // Закон и право. 2018. № 2. С. 31—34.

3. Спасенников Б.А. Наука и право // На пути к гражданскому обществу. 2023. № 3 (51). С. 11—17.

4. Спасенников Б.А. Существует ли психология вне медицины? // На пути к гражданскому обществу. 2023. № 2 (50). С. 61—63.

5. Спасенников Б.А. Про Нобелевскую премию по психологии // Международный журнал психологии и педагогики в служебной деятельности. 2023. № 1. С. 74—77.

6. Вострокнутов М.Е. Прогнозирование исхода коинфекции ВИЧ/туберкулез у пациентов, содержащихся в пенитенциарных учреждениях, с применением математического моделирования // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. 2019. № 3. С. 209—223.

7. Боровицкий В.С. Прогнозирование риска развития латентной туберкулезной инфекции у лиц, отбывающих наказание в исправительном учреждении федеральной службы исполнения наказаний // Туберкулез и болезни легких. 2018. № 3. С. 19—23.

8. Сполохова М.А., Пономарев С.Б., Аверьянова Е.Л. Математическая модель оценки развития СПИДа у ВИЧ-инфицированных пациентов // Интеллектуальные системы в производстве. 2016. № 2 (29). С. 22—25.

9. Аверьянова Е.Л., Горохов М.М., Пономарев С.Б., Пономарева А.С. Проблемы информационного мониторинга социально значимых заболеваний (на примере ВИЧ-инфекции в уголовно-исполнительной системе). Псков: «Стерх», 2016. 115 с.

10. Пономарев Д.С., Пономарев С.Б., Аверьянова Е.Л. Способ прогнозирования риска развития СПИДа у осужденных в возрасте до 40 лет в условиях отбывания наказания в исправительных учреждениях. Патент на изобретение RU 2725242 от 30.06.2020 Заявка 2019125805 от 14.08.2019.

11. Пономарев Д.С., Стерликов С.А., Пономарев С.Б., Аверьянова Е.Л. Использование искусственной нейронной сети при моделировании прогноза у пациентов с сочетанием ВИЧ-инфекции и туберкулеза в местах лишения свободы // Туберкулез и болезни легких. 2019. № 5. С. 78—79.

References

1. Spasennikov B.A. Medical service of the penal system. Historical aspect (part 1). Law and law. 2018. No. 1. P. 29—32.

2. Spasennikov B.A. Medical service of the penal system. Historical aspect (part 1). Law and law. 2018. No. 2. P. 31—34.

3. Spasennikov B.A. Science and law. On the way to civil society. 2023. No. 3 (51). P. 11—17.

4. Spasennikov B.A. Does psychology exist outside of medicine? On the way to civil society. 2023. No. 2 (50). P. 61—63.

5. Spasennikov B.A. About the Nobel Prize in Psychology. International Journal of Psychology and Pedagogy in Professional Activities. 2023. No. 1. P. 74—77.

6. Vostroknutov M.E. Predicting the outcome of HIV/tuberculosis coinfection in patients held in penitentiary institutions using mathematical modeling. Modern problems of healthcare and medical statistics. 2019. No. 3. P. 209—223.

7. Borovitsky V.S. Predicting the risk of developing latent tuberculosis infection in persons serving sentences in a correctional institution of the Federal Penitentiary Service. Tuberculosis and Lung Diseases. 2018. No. 3. P. 19—23.

8. Spolokhova M.A., Ponomarev S.B., Averyanova E.L. Mathematical model for assessing the development of AIDS in HIV-infected patients. Intelligent systems in production. 2016. No. 2 (29). P. 22—25.

9. Averyanova E.L., Gorokhov M.M., Ponomarev S.B., Ponomareva A.S. Problems of information monitoring of socially significant diseases (using the example of HIV infection in the penal system). Pskov: «Sterkh», 2016. 115 p.

10. Ponomarev D.S., Ponomarev S.B., Averyanova E.L. A method for predicting the risk of developing AIDS in convicts under the age of 40 while serving their sentences in correctional institutions. Patent for invention RU 2725242 dated 06/30/2020 Application 2019125805 dated 08/14/2019.

11. Ponomarev D.S., Sterlikov S.A., Ponomarev S.B., Averyanova E.L. Using an artificial neural network to model the prognosis of patients with a combination of HIV infection and tuberculosis in prison. Tuberculosis and Lung Diseases. 2019. No. 5. P. 78—79.

**Обоснование научного исследования
«Предикторы развития фибрилляции предсердий
у коморбидных пациентов с артериальной гипертензией
и хронической обструктивной болезнью лёгких»**

Е.В. КАЗАНЦЕВА,

Сеченовский университет, Москва, Российская Федерация

E-mail: kazantseva_ev@inbox.ru

Для цитирования. Е.В. КАЗАНЦЕВА. Обоснование научного исследования «Предикторы развития фибрилляции предсердий у коморбидных пациентов с артериальной гипертензией и хронической обструктивной болезнью лёгких» // Актуальные проблемы медицины и биологии. 1/2023. С. 92—93.

Аннотация. В статье представлено обоснование научного исследования «Предикторы развития фибрилляции предсердий у коморбидных пациентов с артериальной гипертензией и хронической обструктивной болезнью лёгких»

Ключевые слова: фибрилляция предсердий, коморбидные пациенты, артериальная гипертензия, хроническая обструктивная болезнь лёгких

**Rationale for scientific study
«Predictors of the development of atrial fibrillation
in comorbid patients with arterial hypertension
and chronic obstructive pulmonary disease»**

E.V. KAZANTSEVA,

Sechenov university, Moscow, Russian Federation

E-mail: kazantseva_ev@inbox.ru

Annotation. The article presents the rationale for the scientific study «Predictors of the development of atrial fibrillation in comorbid patients with arterial hypertension and chronic obstructive pulmonary disease»

Keywords: atrial fibrillation, comorbid patients, arterial hypertension, chronic obstructive pulmonary disease

Science is one of the greatest phenomena of Human culture, comparable in importance to Religion and Art.

Scientific research is the creation of new knowledge that must be proven in a specific way and must benefit humanity. This is the most concise definition of Science.

The benefit of Science is that it gives a person the greatest value — Freedom. Science frees a person from the fear associated with a lack of understanding of the causes of natural and other objective processes, mental or somatic diseases. For

example, Science has freed humanity from the fear of plague, cholera and smallpox. A. Fleming's discovery of Penicillin freed millions of parents from fear for the health of children who fell ill, for example, with pneumonia. The discovery of the bacterium *Helicobacter pylori* by J. Warren and B. Marshall freed millions of people from the suffering caused by Stomach ulcers. The accumulation and rational use of scientific knowledge about the surrounding world and man himself is a guarantee of the survival of the human species and the creation of conditions for an acceptable

standard of living and health, harmonious development [1, c. 12—19; 2, c. 74—77; 3, c. 11—17; 4, c. 61—63].

Our scientific interest is in the problem «Predictors of the development of atrial fibrillation in comorbid patients with arterial hypertension and chronic obstructive pulmonary disease».

Among the most common cardiac arrhythmias is Atrial fibrillation. Atrial fibrillation is understood as one of the variants of supraventricular tachyarrhythmia with erratic electrical activity of the atria at a pulse frequency of 350 to 700 per minute, which makes their coordinated contraction impossible. Atrial fibrillation is usually detected by auscultation of the heart (heartbeats occur at irregular intervals). The diagnosis is made according to electrocardiography (the absence of P waves, which characterize electrical activity during atrial contraction. Instead, many waves appear that characterize atrial fibrillation (that is, flickering, trembling) of the atria.

The frequency of contractions of the ventricles of the heart during Atrial Fibrillation depends on the electrophysiological properties of the atrioventricular node, the level of activity of the sympathetic and parasympathetic nervous system (including the cerebral level), as well as pharmacological effects. The risk of atrial fibrillation increases with age.

Hemodynamic disturbances and Thromboembolic complications associated with Atrial fibrillation naturally lead to an increase in the corresponding morbidity (for example, Ischemic Stroke) and an increase in the risk of death by approximately 1.5—2 times.

Over the past half century, the prevalence of Atrial Fibrillation in men has increased 4—5 times, in women 3—4 times. Over 30 million people suffer from this Heart Rhythm Disorder.

It is known that Chronic Systemic Inflammation in Chronic Obstructive Pulmonary Disease is an important risk factor in the development of damage to the Cardiovascular system. Therefore, this nosology is accompanied by Arterial Hyper-

tension, Coronary Heart Disease, Heart Rhythm Disturbances, and Heart Failure.

The most unfavorable complications of Atrial fibrillation against the background of Chronic Obstructive Pulmonary Disease, despite its relatively rare occurrence in patients (10%), are Heart failure and Thromboembolic complications.

Therefore, the search for predictors of the development of atrial fibrillation in patients with Arterial Hypertension and Chronic Obstructive Pulmonary Disease is an urgent problem in Cardiology.

References

1. *Spasennikov B.A.* Domestic Medical Science and the Nobel Prizes: Lessons from History. On the way to civil society. 2023. No. 4 (52). pp. 12—19.
2. *Spasennikov B.A.* About the Nobel Prize in Psychology. International Journal of Psychology and Pedagogy in Professional Activities. 2023. No. 1. P. 74—77.
3. *Spasennikov B.A.* Science and law. On the way to civil society. 2023. No. 3 (51). P. 11—17.
4. *Spasennikov B.A.* Does psychology exist outside of medicine? On the way to civil society. 2023. No. 2 (50). P. 61—63.

Список источников

1. *Спасенников Б.А.* Отечественная медицинская наука и Нобелевские премии: уроки истории // На пути к гражданскому обществу. 2023. № 4 (52). С. 12—19.
2. *Спасенников Б.А.* Про Нобелевскую премию по психологии // Международный журнал психологии и педагогики в служебной деятельности. 2023. № 1. С. 74—77.
3. *Спасенников Б.А.* Наука и право // На пути к гражданскому обществу. 2023. № 3 (51). С. 11—17.
4. *Спасенников Б.А.* Существует ли психология вне медицины? // На пути к гражданскому обществу. 2023. № 2 (50). С. 61—63.

**Рецензия на диссертацию И.Н. Бакшаева
«Совершенствование медицинской помощи пациентам
с болезнями системы кровообращения в пенитенциарных
учреждениях»**

Василий Архипович КОРОВИН,

Старший научный сотрудник, Институт гуманитарных технологий, Москва, Российская Федерация

E-mail: korovin56@mail.ru

Для цитирования. В.А. КОРОВИН. Рецензия на диссертацию И.Н. Бакшаева «Совершенствование медицинской помощи пациентам с болезнями системы кровообращения в пенитенциарных учреждениях» на соискание ученой степени кандидата медицинских наук // Актуальные проблемы медицины и биологии. 1/2023. С. 94—97.

Аннотация. Автор представил рецензию на диссертацию И.Н. Бакшаева «Совершенствование медицинской помощи пациентам с болезнями системы кровообращения в пенитенциарных учреждениях» на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.02.03 — «Общественное здоровье и здравоохранение»

Ключевые слова: рецензия, диссертация, общественное здоровье

**Review for the dissertation I.N. Bakshaev
«Improvement of medical care for patients with diseases
of the circulatory system in penitentiary system»**

Vasily Arkhipovich KOROVIN,

Senior researcher, institute of humanitarian technologies, Moscow, Russian Federation

E-mail: korovin56@mail.ru

Annotation. The author presented review for the dissertation Ilya N. Bakshaev «Improvement of medical care for patients with diseases of the circulatory system in penitentiary system» for the academic degree candidate of medical sciences by specialty «public health»

Keywords: review, dissertation, public health

Проблемы социальных и медицинских проблем, общественных отношений под воздействием различных социальных, биологических и медико-санитарных факторов, соотношения общественного и личного, вызывает пристальное внимание ученых [1, с. 29—32; 2, с. 31—34; 3, с. 68—73; 4, с. 61—63; 5, с. 74—77; 6, с. 122—130; 7, с. 11—17; 8, с. 81—92; 9, с. 82—84; 10, с. 98—104].

Вопросам оптимизации ресурсного обеспечения здравоохранения, повышения качества и

улучшения доступности медицинской помощи в настоящее время в Российской Федерации уделяется большее внимание. Для повышения качества медицинской помощи в отечественной пенитенциарной системе особое внимание уделяется поиску организационных подходов к нормативам обеспечения пациентов лечебно-диагностическими мероприятиями и оценке результатов изменения ресурсного обеспечения. При этом, в пенитенциарном здравоохранении до сих пор не приняты единые подходы

к формированию ресурсного обеспечения территориальных органов уголовно-исполнительной системы и планированию объемов лечебно-диагностических мероприятий, отсутствуют специфоориентированные методы оценки результативности деятельности медицинской службы Федеральной службы исполнения наказаний.

Болезни системы кровообращения в структуре общей заболеваемости подозреваемых, обвиняемых и осужденных в Российской Федерации занимают пятое место, ими обусловлен каждый четвертый летальный исход в местах лишения свободы, при этом уровень смертности заключенных от данного класса заболеваний остается на относительно высоком уровне. По данным диссертанта заболеваемость болезнями системы кровообращения и смертность от них среди заключенных, содержащихся на территории Удмуртской Республики выше, чем в уголовно-исполнительной системе Российской Федерации. Это обусловило выбранную тему исследования, целью которой явилось научное обоснование организационных мероприятий по совершенствованию медицинской помощи пациентам с болезнями системы кровообращения в учреждениях уголовно-исполнительной системы, расположенных в Удмуртской Республике.

Комплексный научный анализ информации о специфике функционирования пенитенциарного здравоохранения, выполненные автором, позволили получить новые знания о показателях здоровья заключенных и их динамике. Это позволило установить, что наиболее важными на данном этапе развития уголовно-исполнительной системы в Удмуртской Республике являются болезни системы кровообращения.

В работе раскрыт важный вопрос медицинского поведения и медицинской активности лиц, лишенных свободы. Установлены специфические факторы риска прогрессирования болезней системы кровообращения и летальности для данной группы пациентов. Обоснована необходимость более широкого внедрения дополнительных методов диагностики болезней системы кровообращения.

Аргументирована целесообразность внедрения разработанных специфоориентированных показателей оценки эффективности пенитенциарного сектора здравоохранения.

Предложена методика прогнозирования потребности лиц, лишенных свободы, в лекарственных препаратах для лечения болезней системы кровообращения, учитывающая объемы и условия оказания медицинской помощи, а также нозологическую структуру пациентов, состоящих на диспансерном учете в местах лишения свободы.

Практическая значимость результатов исследования обусловлена внедрением новых подходов к обоснованию закупки лекарственных препаратов для пациентов с болезнями системы кровообращения в местах лишения свободы в условиях оптимизации финансирования здравоохранения, что будет способствовать, с одной стороны, гарантированному обеспечению ими пациентов, а с другой — предупреждению избыточной закупки лекарственных средств.

Внедренные показатели, по оценке результативности мероприятий вторичной профилактики болезней системы кровообращения, позволили оценить проводимые лечебно-диагностические и профилактические мероприятия с учетом специфики деятельности медицинской службы уголовно-исполнительной системы. Эти данные могут быть использованы при разработке учебной программы факультета повышения квалификации и профессиональной подготовки «Организация медицинской помощи в пенитенциарном секторе здравоохранения».

По материалам исследования получено пять свидетельств о регистрации интеллектуальной собственности. Изданы практические рекомендации для врачей пенитенциарных учреждений «Алгоритмы оказания экстренной и неотложной помощи в учреждениях пенитенциарной системы», а также информационное письмо для организаторов пенитенциарного здравоохранения «Прогнозирование потребности пенитенциарного сектора здравоохранения в лекарственных препаратах».

Основные положения исследования внедрены в деятельность Федерального казенного учреждения здравоохранения «Медико-санитарная часть № 18 Федеральной службы исполнения наказаний» и Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Ижевская государственная медицинская академия» Ми-

нистерства здравоохранения Российской Федерации, что отражено в пяти актах внедрения.

Результаты выполненной работы могут быть рекомендованы для широкого применения на различных уровнях управления пенитенциарным здравоохранением.

Работа изложена научным языком на 241 странице машинописного текста, иллюстрирована 55 рисунками, 38 таблицами. Структура диссертации состоит из введения, обзора литературы, главы — материалы и методы исследования, трех глав собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка литературы и приложений. Библиографический указатель содержит 187 отечественных и 48 иностранных источников.

Результаты работы нашли отражение в 12 опубликованных работах, в том числе 5 — в изданиях, рекомендованных Высшей аттестационной комиссией Министерства образования и науки Российской Федерации.

Автор указывает, что «работа выполнена по комплексной методике с использованием современных научно-методических приемов. Достоверность результатов исследования определяется использованием достаточного количества исходных данных общим объемом 10776 единиц наблюдения, качеством их статистической обработки с использованием программ STATISTICA 6.1. (StatSoft Inc.), Microsoft Excel 2010 (Microsoft Corp.). Математический аппарат исследования включал в себя вычисление относительных (экстенсивных, интенсивных), средних величин и определение их ошибок и доверительных интервалов. Оценка различий показателей проводилась с использованием параметрических (t-критерий Стьюдента) и непараметрических критериев (для связанных совокупностей — критерий χ^2 Мак Немара с поправкой Эдвардса, для несвязанных — критерий χ^2 Пирсона) и подтверждалось показателем относительного риска (ОР). Для определения степени связи явлений использовали коэффициент ассоциации для четырехпольной таблицы (Q). Математическое моделирование проводилось по теореме гипотез (формула Байеса) и регрессионного анализа с вычислением коэффициента качества аппроксимации (R^2)» [11].

Наряду с отмеченными достоинствами работы, ее научной ценностью и практической

значимостью, имеются некоторые замечания и неточности.

В диссертации недостаточно раскрыта системная работа Управления организации медико-санитарного обеспечения ФСИН России по снижению смертности и заболеваемости лиц, находящихся в местах лишения свободы.

Диссертация написана на материале одного субъекта Российской Федерации, что затрудняет использование результатов исследования в других регионах страны. Медицинская служба ФСИН России работает на основании единых нормативных правовых актов, прямо подчинена ФСИН России.

Во введении не указаны ученые, которые внесли серьезный вклад в развитие медицинской науки по проблемам, которые рассматриваются автором.

Первое положение, выносимое на защиту, указывает на то, что «показатели заболеваемости, инвалидности и смертности в пенитенциарных учреждениях Удмуртской Республики отличаются от таковых по УИС России и гражданского населения». В чем заключается это отличие не сказано. В этом же первом положении утверждается, что «ожидается рост заболеваемости болезнями системы кровообращения, вносящих основной вклад в смертность подозреваемых, обвиняемых и осужденных». Кем это ожидается неясно. Ответ приходится искать в тексте диссертации.

Второе положение, выносимое на защиту, гласит: «Пациенты пенитенциарного сектора здравоохранения имеют специфические факторы риска обострений болезней системы кровообращения и медико-социально-психологические характеристики». Эти специфические факторы и характеристики в положении, выносимом на защиту, не раскрыты и не объяснены. Материал приходится искать в тексте диссертации.

Третье положение, выносимое на защиту, говорит о том, что особенности «условий и объемов предоставления медицинской помощи пациентам с болезнями системы кровообращения в пенитенциарных учреждениях определяют необходимость разработки и внедрения организационных мероприятий по совершенствованию их медицинского обеспечения» [11]. Обоснования этого в положении нет. По мнению рецензента, медицинская служба ФСИН

России системно проводит подобные мероприятия.

Неверно построен список литературы, в котором нормативно-правовые акты указаны среди научных публикаций. Неверно указаны официальные публикаторы нормативно-правовых актов.

В работе имеется ряд стилистических погрешностей, которые в целом не снижают ее научно-практической ценности. Например, в цели исследования автор пишет об «учреждениях уголовно-исполнительной системы Удмуртской Республики». Но, в Удмуртской Республике нет своей «уголовно-исполнительной системы».

Тем не менее, выполненная работа, по мнению рецензента, вносит определенный вклад в науку общественного здоровья.

Список источников

1. Спасенников Б.А. Медицинская служба уголовно-исполнительной системы. Исторический аспект (часть 1) // Закон и право. 2018. № 1. С. 29—32.

2. Спасенников Б.А. Медицинская служба уголовно-исполнительной системы. Исторический аспект (часть 1) // Закон и право. 2018. № 2. С. 31—34.

3. Ахмедов Р.М., Эриашвили Н.Д., Ахмедов Д.Р. Виртуальность как социально-правовой феномен // Социально-гуманитарное обозрение. 2023. № 1. С. 68—73.

4. Спасенников Б.А. Существует ли психология вне медицины? // На пути к гражданскому обществу. 2023. № 2 (50). С. 61—63.

5. Спасенников Б.А. Про Нобелевскую премию по психологии // Международный журнал психологии и педагогики в служебной деятельности. 2023. № 1. С. 74—77.

6. Эриашвили Н.Д., Иванова Ю.А. Философия права Аристотеля // Социально-гуманитарное обозрение. 2023. № 1. С. 122—130.

7. Спасенников Б.А. Наука и право // На пути к гражданскому обществу. 2023. № 3 (51). С. 11—17.

8. Галузо В.Н., Эриашвили Н.Д. О безальтернативности права как регулятора общественных отношений в Российской Федерации // Социально-гуманитарное обозрение. 2023. № 1. С. 81—92.

9. Эриашвили Н.Д. О развитии федерализма в поправках к конституции Российской Федерации // Закон и право. 2022. № 11. С. 82—84.

10. Стригунова Д.П., Эриашвили Н.Д. Особенности правового регулирования международных деликтных обязательств // Закон и право. 2022. № 4. С. 98—104.

11. Бакшаев И.Н. Совершенствование медицинской помощи пациентам с болезнями системы кровообращения в пенитенциарных учреждениях: дис. ... канд. мед. наук. М.: Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения, 2018. 241 с.

References

1. Spasennikov B.A. Medical service of the penal system. Historical aspect (part 1). Law and law. 2018. No. 1. P. 29—32.

2. Spasennikov B.A. Medical service of the penal system. Historical aspect (part 1). Law and law. 2018. No. 2. P. 31—34.

3. Akhmedov R.M., Eriashvili N.D., Akhmedov D.R. Virtuality as a social and legal phenomenon. Social and Humanitarian Review. 2023. No. 1. P. 68—73.

4. Spasennikov B.A. Does psychology exist outside of medicine? On the way to civil society. 2023. No. 2 (50). P. 61—63.

5. Spasennikov B.A. About the Nobel Prize in Psychology. International Journal of Psychology and Pedagogy in Professional Activities. 2023. No. 1. P. 74—77.

6. Eriashvili N.D., Ivanova Yu.A. Aristotle's Philosophy of Law. Social and Humanitarian Review. 2023. No. 1. P. 122—130.

7. Spasennikov B.A. Science and law. On the way to civil society. 2023. No. 3 (51). P. 11—17.

8. Galuzo V.N., Eriashvili N.D. On the lack of alternatives to law as a regulator of social relations in the Russian Federation. Social and Humanitarian Review. 2023. No. 1. P. 81—92.

9. Eriashvili N.D. On the development of federalism in amendments to the Constitution of the Russian Federation. Law and Law. 2022. No. 11. P. 82—84.

10. Strigunova D.P., Eriashvili N.D. Features of legal regulation of international tort obligations. Law and Law. 2022. No. 4. P. 98—104.

11. Bakshaev I.N. Improving medical care for patients with circulatory system diseases in prisons: dis. ... PhD in Med. Moscow, Central Research Institute of Organization and Informatization of Health, 2018. 241 p.

**Рецензия на монографию
Е.Ю. Беловой, Д.В. Горбань, А.В. Дергачева, Ю.А. Кашубы,
В.В. Кима, А.А. Крымова, Д.А. Никитина, И.С. Нистратовой,
Е.Е. Новикова, А.А. Павленко, А.В. Родионова,
С.М. Савушкина, А.П. Скибы, Г.В. Щербакова, В.Е. Южанина
«Принудительное питание осужденных к лишению свободы»**

А.В. МАЛКИНЕН,

Научный сотрудник, Институт гуманитарных технологий, Москва, Российская Федерация

E-mail: malkinen62@yandex.ru

Для цитирования. А.В. МАЛКИНЕН. Рецензия на монографию Е.Ю. Беловой, Д.В. Горбань, А.В. Дергачева, Ю.А. Кашубы, В.В. Кима, А.А. Крымова, Д.А. Никитина, И.С. Нистратовой, Е.Е. Новикова, А.А. Павленко, А.В. Родионова, С.М. Савушкина, А.П. Скибы, Г.В. Щербакова, В.Е. Южанина «Принудительное питание осужденных к лишению свободы» // Актуальные проблемы медицины и биологии. 1/2023. С. 98—101.

Аннотация. В статье представлена рецензия на опубликованную монографию «Принудительное питание осужденных к лишению свободы»

Ключевые слова: пенитенциарная система, осужденные, принудительное питание

**Review to monography
E.Y. Belova, D.V. Horban, A.V. Dergachev, Y.A. Kashuba,
V.V. Kim, A.A. Krymov, D.A. Nikitin, I.S. Nistratova,
E.E. Novikov, A.A. Pavlenko, A.V. Rodionov, S.M. Savushkin,
A.P. Skyba, G.V. Shcherbakov, V.E. Yuzhanin
«Forced nutrition of condemned»**

A.V. MALKINEN,

Researcher, institute of humanitarian technologies, Moscow, Russian Federation

E-mail: malkinen62@yandex.ru

Annotation. The article presents a review of the published monograph «Forced nutrition of condemned»

Keywords: The penitentiary system, convicts, forced food

Проблемы науки пенитенциарной медицины продолжают привлекать внимание ученых [1, с. 29—32; 2, с. 31—34]. Наше внимание привлекла книга «Принудительное питание осужденных к лишению свободы», подготовленная коллективом авторов из пятнадцати человек.

В авторском коллективе сотрудников Управления организации медико-санитарного обеспечения ФСИН России, к сожалению, нет. Среди авторов нет ни одного доктора (или кандидата) медицинских наук, ни одного практического врача, имеющего знания, умения и навыки проведения принудительного питания.

Авторы издания, именуемого монографией, вероятно, не имеют практического опыта проведения принудительного питания и практического опыта правового сопровождения этой терапии. При этом из аннотации следует, что авторами поставлена цель совершенствования «теории и практики» применения принудительного питания.

Рецензентами издания являются доктор юридических наук и кандидат юридических наук. Однако, рецензентами монографии должны выступать только доктора наук. Исследуемое издание не соответствует требованиям к монографии в части рецензирования.

Во Введении к изданию говорится о «проанкетированных респондентах». Однако не указано кто, когда, где и каким образом были проанкетированы. Не приведены доказательства того, что результаты опроса являются репрезентативными, что, на наш взгляд, исключает научный характер исследования [3, с. 68—73; 4, с. 61—63; 5, с. 74—77; 6, с. 122—130; 7, с. 11—17; 8, с. 81—92; 9, с. 82—84; 10, с. 98—104; 11, с. 47—53].

На шестой странице издания авторы задаются вопросами, ответы на которые являются общеизвестными в медицинской и юридической практиках.

На девятой странице авторы пишут, что проблема принудительного питания осужденных «до настоящего времени остается одной из приоритетных в деятельности УИС», что вызывает, по меньшей мере, недоумение. Уголовно-исполнительная система России имеет совсем другие приоритеты в своей деятельности.

В историко-правовом обзоре (раздел 1.1) авторы ошибочно не разделяют вопросы содержания (продовольственного обеспечения) лиц, лишенных свободы, и вопросы принудительного питания, имеющие совсем иное историко-научное содержание. Раздел 1.1 издания не имеет отношения к проблемам принудительного питания, указанным в названии книги.

В разделе 1.2 авторы, не имеющие высшего медицинского образования, ученой степени в медико-биологических науках, пытаются

обсуждать вопросы физиологии питания, лечебно-диагностическую тактику при анорексии, которую называют «серьезным психофизическим заболеванием». Современной науке термин «серьезное психофизическое заболевание» неизвестен (существует словосочетание «психофизическая проблема»). Авторы используют терминологию, смысл и значение которой они не понимают. Раздел 1.2 издания имеет минимальное отношение к проблемам принудительного питания, указанным в названии книги.

В разделе 1.3 авторы, не имеющие высшего медицинского образования, ученой степени в медицинской науке, не знакомые с медицинской пропедевтикой, практикой принудительного питания, пытаются обсуждать вопросы медицинских показаний к принудительному питанию, что исключает научный характер издания.

Итак, глава первая рассматриваемого издания не имеет научной новизны, теоретического и практического значения в вопросах принудительного питания.

Раздел 2.1. «Организация питания осужденных к лишению свободы: российские и международные вопросы» не имеет отношения к проблемам принудительного питания, указанным в названии брошюры.

Раздел 2.2. «Медицинские аспекты принудительного питания осужденных к лишению свободы: российский и международный подходы», подготовленный авторами, не имеющими высшего медицинского образования, ученой степени в медицинской науке, то есть заведомо не имеющих медицинских знаний, умений и навыков проведения принудительного питания, вызывает недоумение у компетентного читателя.

Раздел 2.3. «Российское и международное регулирование правового положения осужденных, отказавшихся от приема пищи», а также материал, представленный в других разделах брошюры, наглядно демонстрирует, что авторы необоснованно смешивают различные проблемы. Отказ от приема пищи и основания к принудительному питанию — это различные

проблемы. Массовый, групповой или одиночный отказ от приема пищи осужденных к лишению свободы, приводит к соответствующим действиям сотрудников уголовно-исполнительной системы, которые позволяют прекратить так называемую «голодовку». Принудительное питание — это медицинская процедура, которая применяется в единичных случаях в уголовно-исполнительной практике.

Отметим, что авторы не приводят случаев проведения принудительного питания осужденных к лишению свободы; не разбирают имевшиеся основания для его проведения; не исследуют вопросы, возникавшие в ходе принудительного питания. Авторы посвятили книгу проблеме, с которой они не знакомы в реальной юридической и медицинской практиках.

В разделе 2.4. «Институт принудительного питания осужденных к лишению свободы: зарубежный опыт применения» приведены интересные публицистические данные о принудительном питании в зарубежных странах. Однако научной новизны, теоретического и практического значения этот раздел также не имеет.

На странице 116 (раздел 3.1) вновь говорится о неких респондентах, что позволяет предположить проведение социологического исследования, которое не описано авторами.

Проблемы членовредительства, описанные в данном разделе, также весьма далеки от сложных вопросов принудительного питания.

Заключительный раздел (3.2. «Этапы применения института принудительного питания осужденных и правовое положение его участников в ходе их реализации») имеет те же существенные недостатки, что и иные разделы, что исключает научный характер издания.

В издании не приводится статистика (распространенность) применения принудительного питания осужденных к лишению свободы. Не дано описание случаев применения принудительного питания в уголовно-исполнительной практике. Не рассмотрены успехи и неудачи практики принудительного питания. Не представлено описание правового сопровождения случаев принудительного питания в отечественной уголовно-исполнительной системе. Отсут-

ствует криминологическая, уголовно-правовая и уголовно-исполнительная характеристика осужденных к лишению свободы, которым проводилось принудительное питание. Не рассмотрены случаи, которые привели к излечению или существенному улучшению состояния здоровья осужденных к лишению свободы, в отношении которых применялось принудительное питание. Не указаны потенциальные осложнения, которые могут возникать в результате применения принудительного питания. Не дана характеристика причин смерти осужденных, умерших в результате отказа от приема пищи, неверного проведения принудительного питания.

Сложные, реально существующие вопросы принудительного питания осужденных к лишению свободы в монографии не рассмотрены. Многочисленный авторский коллектив не исследовал объективную действительность, а подготовил свое издание на основании литературного обзора вопросов, зачастую весьма далеких от проблемы принудительного питания, теоретических умопостроений, что исключает научный характер книги.

Как указано выше, в книге упоминается о неких респондентах неизвестного социологического исследования. В Приложении книги приводится анкета, вероятно, имеющая отношение к такому исследованию. Однако не указано, кто, когда, где, каким образом был проанкетирован. Не приведены доказательства того, что результаты опроса являются репрезентативными, что исключает научный характер исследования.

Вызывает недоумение объем книги (175 страниц; формат 60 × 90 1/16), что визуально не соответствует указанному объему условных печатных листов. Объем издания визуально не соответствует требованиям, предъявляемым к монографии. Книга по объему визуально соответствует брошюре.

Рецензент полагает, что издание лишено научной новизны, что исключает монографический характер издания.

Список источников

1. Спасенников Б.А. Медицинская служба уголовно-исполнительной системы. Историче-

ский аспект (часть 1) // Закон и право. 2018. № 1. С. 29—32.

2. Спасенников Б.А. Медицинская служба уголовно-исполнительной системы. Исторический аспект (часть 1) // Закон и право. 2018. № 2. С. 31—34.

3. Ахмедов Р.М., Эриашвили Н.Д., Ахмедов Д.Р. Виртуальность как социально-правовой феномен // Социально-гуманитарное обозрение. 2023. № 1. С. 68—73.

4. Спасенников Б.А. Существует ли психология вне медицины? // На пути к гражданскому обществу. 2023. № 2 (50). С. 61—63.

5. Спасенников Б.А. Про Нобелевскую премию по психологии // Международный журнал психологии и педагогики в служебной деятельности. 2023. № 1. С. 74—77.

6. Эриашвили Н.Д., Иванова Ю.А. Философия права Аристотеля // Социально-гуманитарное обозрение. 2023. № 1. С. 122—130.

7. Спасенников Б.А. Наука и право // На пути к гражданскому обществу. 2023. № 3 (51). С. 11—17.

8. Галузо В.Н., Эриашвили Н.Д. О безальтернативности права как регулятора общественных отношений в Российской Федерации // Социально-гуманитарное обозрение. 2023. № 1. С. 81—92.

9. Эриашвили Н.Д. О развитии федерализма в поправках к конституции Российской Федерации // Закон и право. 2022. № 11. С. 82—84.

10. Стригунова Д.П., Эриашвили Н.Д. Особенности правового регулирования международных деликтных обязательств // Закон и право. 2022. № 4. С. 98—104.

11. Эриашвили Н.Д., Иванова Ю.А. К вопросу об историческом и конституционном контексте римского права // Международный журнал конституционного и государственного права. 2023. № 1. С. 47—53.

References

1. Spasennikov B.A. Medical service of the penal system. Historical aspect (part 1). Law and law. 2018. No. 1. P. 29—32.

2. Spasennikov B.A. Medical service of the penal system. Historical aspect (part 1). Law and law. 2018. No. 2. P. 31—34.

3. Akhmedov R.M., Eriashvili N.D., Akhmedov D.R. Virtuality as a social and legal phenomenon. Social and Humanitarian Review. 2023. No. 1. P. 68—73.

4. Spasennikov B.A. Does psychology exist outside of medicine? On the way to civil society. 2023. No. 2 (50). P. 61—63.

5. Spasennikov B.A. About the Nobel Prize in Psychology. International Journal of Psychology and Pedagogy in Professional Activities. 2023. No. 1. P. 74—77.

6. Eriashvili N.D., Ivanova Yu.A. Aristotle's Philosophy of Law. Social and Humanitarian Review. 2023. No. 1. P. 122—130.

7. Spasennikov B.A. Science and law. On the way to civil society. 2023. No. 3 (51). P. 11—17.

8. Galuzo V.N., Eriashvili N.D. On the lack of alternatives to law as a regulator of social relations in the Russian Federation. Social and Humanitarian Review. 2023. No. 1. P. 81—92.

9. Eriashvili N.D. On the development of federalism in amendments to the Constitution of the Russian Federation. Law and Law. 2022. No. 11. P. 82—84.

10. Strigunova D.P., Eriashvili N.D. Features of legal regulation of international tort obligations. Law and Law. 2022. No. 4. P. 98—104.

11. Eriashvili N.D., Ivanova Yu.A. On the issue of the historical and constitutional context of Roman law. International Journal of Constitutional and State Law. 2023. No. 1. P. 47—53.



Издательство «ЮНИТИ-ДАНА»

(основано в 1990 г.)

Предлагает полный (или частичный) комплекс услуг

- **по допечатной, издательской подготовке** (редактура, верстка, корректура, художественное оформление и дизайн):
 - учебной литературы
 - монографий и научных изданий
 - беллетристической литературы
- по высококачественному полиграфическому исполнению изданий.

Уже несколько поколений студентов занимаются по учебникам «ЮНИТИ-ДАНА».

Преподавателям и студентам хорошо известны наши серии «Золотой фонд российских учебников», Gogito ergo sum» и «Зарубежный учебник».

Марка «ЮНИТИ-ДАНА» известна не только в России, но и в странах ближнего и дальнего зарубежья. Некоторые книги ЮНИТИ переведены на китайский, польский и немецкий языки.

Издательство регулярно включается в рейтинги ведущих издателей учебной и научной литературы.

Издательство — неоднократный победитель российских и международных книжных конкурсов, обладатель дипломов и благодарственных адресов.

Высококачественное полиграфическое исполнение изданий «ЮНИТИ-ДАНА» обеспечивает наш постоянный партнер: *ООО Красногорский полиграфический комбинат*.



123298 Москва, ул. Инины Левченко, 1
Тел.: 8-499-740-60-15. Тел./факс: 8-499-740-60-14
unity@unity-dana.ru
www.unity-dana.ru