



ЕЖЕКВАРТАЛЬНЫЙ НАУЧНЫЙ РЕЦЕНЗИРУЕМЫЙ ЖУРНАЛ

ЗДОРОВЬЕ МЕГАПОЛИСА

QUARTERLY PEER-REVIEWED JOURNAL

CITY HEALTHCARE

ТОМ 7
ВЫПУСК 1
2026

VOLUME 7
ISSUE 1
2026

<https://doi.org/10.47619/2713-2617.zm.2026.v.711>

Потенциальный кадровый резерв столичных медицинских учреждений и его основные характеристики

С. 7

Potential Talent Pool and its Key Characteristics in Moscow's Medical Institutions

P. 7

Поведенческие факторы образа жизни как предикторы нормальной массы тела в городской популяции молодежи

С. 28

Behavioral Lifestyle Factors as Predictors of Normal Body Weight in the Urban Youth Populations

P. 28



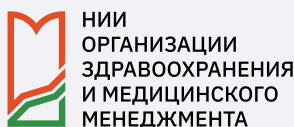
Журнал посвящен теоретическим и практическим аспектам организации здравоохранения, общественного здоровья и научных направлений, связанных со здравоохранением

Электронное издание
Выходит четыре раза в год
Издается с сентября 2020 года

Сайт журнала:
www.city-healthcare.com

Адрес редакции:
115088, г. Москва,
ул. Шарикоподшипниковская, д. 9
Телефон: +7 (495) 530-12-89
(доб. 161)

Учредитель и издатель



Журнал зарегистрирован
Федеральной службой по надзору
в сфере связи и массовых
коммуникаций 5 декабря
2019 года. Регистрационный
номер Эл № ФС77-77330
ISSN 2713-2617

Префикс DOI: 10.47619

Журнал открытого доступа.
Представлен в Cyberleninka
и eLIBRARY, Базе данных и
Реферативном журнале ВИНИТИ
РАН, каталоге периодических
изданий Ulrich's
Periodicals Directory,
библиографической базе
данных World Cat. Подключен
к международной системе
библиографических ссылок
CrossRef, присваивает
индексы DOI.

Том 7, выпуск 1

Ежеквартальный научный рецензируемый журнал. Включен в перечень Высшей аттестационной комиссии, Единый государственный перечень научных изданий (белый список)

Январь – март 2026

Редакционная коллегия

Главный редактор

Хрипун Алексей Иванович, д-р мед. наук, руководитель Департамента здравоохранения города Москвы, Москва, Россия

Заместитель главного редактора, научный редактор

Аксенова Елена Ивановна, д-р мед. наук, д-р экон. наук, профессор, директор ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы», Москва, Россия

Александрова Ольга Аркадьевна, д-р экон. наук, главный научный сотрудник Института социально-экономических проблем народонаселения Федерального научно-исследовательского социологического центра РАН, заместитель директора ИСЭПН ФНИСЦ РАН по научной работе, Москва, Россия

Атлагич Синиша, д-р полит. наук, директор Центра русских исследований факультета политических наук Университета Белграда, Белград, Сербия

Берсенева Евгения Александровна, д-р мед. наук, профессор, научный руководитель Национального института качества Росздравнадзора, заведующий кафедрой организации здравоохранения и управления качеством Института отраслевого менеджмента РАНХиГС, Москва, Россия

Бобкова Елена Михайловна, д-р социол. наук, доцент, директор Института государственного управления и социально-гуманитарных наук Приднестровского государственного университета им. Т.Г. Шевченко, Тирасполь, Молдавия

Бударин Сергей Сергеевич, д-р экон. наук, руководитель отдела методологии проведения аудита эффективности деятельности учреждений здравоохранения Научно-исследовательского института организации здравоохранения и медицинского менеджмента ДЗМ, Москва, Россия

Винтер Дезмонд, д-р мед. наук, профессор, практикующий ассоциированный профессор Университетского колледжа Дублина, консультирующий хирург Университетской больницы Святого Винсента, Дублин, Ирландия

Владимирский Антон Вячеславович, д-р мед. наук, заместитель директора по научной работе Научно-практического клинического центра диагностики и телемедицинских технологий ДЗМ, Москва, Россия

Волкова Ольга Александровна, д-р социол. наук, профессор, ведущий научный сотрудник Института демографических исследований Федерального научно-исследовательского социологического центра РАН, Москва, Россия

Гуревич Константин Георгиевич, д-р мед. наук, профессор, зав. кафедрой ЮНЕСКО «Здоровый образ жизни – залог успешного развития» Российского университета медицины Минздрава России, Москва, Россия

Гусев Александр Владимирович, канд. техн. наук, директор по развитию бизнеса Webiomed, эксперт по искусственному интеллекту Центрального научно-исследовательского института организации и информатизации здравоохранения Минздрава России, Москва, Россия

Ифантопулос Джон, д-р наук в области экономики здравоохранения, профессор экономики здравоохранения в Афинском национальном университете им. Каподистрии, Афины, Греция

Кодирзода (Кадыров) Диловар Бахридинович, д-р экон. наук, профессор кафедры теории экономики Таджикского национального университета, Душанбе, Таджикистан

Кузьмина Людмила Павловна, д-р биол. наук, профессор кафедры медицины труда, авиационной, космической и водолазной медицины Первого МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет) Минздрава России, заместитель директора по научной работе Научно-исследовательского института медицины труда имени академика Н.Ф. Измерова, Москва, Россия

Лебедев Георгий Станиславович, д-р техн. наук, директор Института цифровой медицины и заведующий кафедрой информационных и интернет-технологий Первого МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет) Минздрава России, Москва, Россия

Липай Татьяна Петровна, канд. социол. наук, профессор кафедры управления и экономики образования Минского городского института развития образования, Минск, Беларусь

Наберушкина Эльмира Кямаловна, д-р социол. наук, профессор кафедры социологии Финансового университета при Правительстве РФ, Москва, Россия

Нигматуллина Танзиля Алтафовна, д-р полит. наук, профессор, директор Башкирского института социальных технологий (филиала) образовательного учреждения профсоюзов высшего образования «Академия труда и социальных отношений», Уфа, Россия

Омаркулов Бауыржан Каденович, канд. мед. наук, профессор, директор Института общественного здравоохранения и профессионального здоровья Медицинского университета Караганды, Караганда, Республика Казахстан

Омуралиев Нурбек Ашимканович, д-р социол. наук, профессор, заведующий Центром социальных исследований Института философии, права и социально-политических исследований им. А. Алтмышбаева Национальной академии наук Киргизской Республики, Бишкек, Кыргызстан

Орджоникидзе Зураб Гивиевич, д-р мед. наук, заслуженный врач РФ, первый заместитель директора Московского научно-практического центра медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины им. С.И. Спасокукоцкого, Москва, Россия

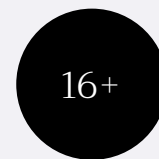
Сон Ирина Михайловна, д-р мед. наук, профессор, заведующий кафедрой организации здравоохранения и общественного здоровья Пензенского университета усовершенствования врачей – филиала Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования, заслуженный деятель науки РФ, Москва, Россия

Турзин Петр Степанович, д-р мед. наук, профессор, заслуженный врач РФ, ведущий научный сотрудник отдела исследований общественного здоровья Научно-исследовательского института организации здравоохранения и медицинского менеджмента ДЗМ, Москва, Россия

Шадеркин Игорь Аркадьевич, канд. мед. наук, старший менеджер Центра цифровой медицины Первого МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет) Минздрава России, Москва, Россия

Ярашева Азиза Викторовна, д-р экон. наук, профессор, заведующая Лабораторией исследования поведенческой экономики Института социально-экономических проблем народонаселения Федерального научно-исследовательского социологического центра РАН, Москва, Россия

**Входит в перечень ВАК,
Единый государственный
перечень научных изданий
(белый список),
индексируется в РИНЦ**



**Имеются противопоказания.
Необходима консультация
специалиста**

® – обозначение является товарным знаком, охраняемым на территории РФ. Несанкционированное правообладателем использование товарного знака или сходных с ним обозначений преследуется по закону.

Все опубликованные материалы распространяются на условиях лицензии Creative Commons Attribution-ShareAlike («Атрибуция СохранениеУсловий») 4.0 Всемирная.

Мнение редакции может не совпадать с мнением автора.

Фото на обложке:
НИИ организации здравоохранения
и медицинского менеджмента

Шеф-редактор
Н.Н. Верзилина

Дизайн и верстка
П.В. Жеребцов

Редактор английского текста
Е.Д. Карпова

Корректор
Л.И. Базылевич

Дата выхода 30.03.2026

© НИИ организации здравоохранения
и медицинского менеджмента,
оригинал-макет, оформление, 2026

On theoretical and practical aspects
of healthcare organization, public
health and research related
to the field

Electronic publication

Published quarterly

Published since October 2020

Website:

www.city-healthcare.com

Address of editorial office:

9, Sharikopodshipnikovskaya ul.,
Moscow, 115088, Russian

Federation

Tel.: +7 (495) 530-12-89 (ext. 161)

Founder and Publisher



The journal is registered by the
Federal Service for Supervision
of Communications, Information
Technology, and Mass Media
on December 05, 2019. Registration
number Эл N° ФС77-77330

ISSN 2713-2617

DOI Prefix:10.47619

The journal is included in the list
of Russian Peer-Reviewed Scientific
Journals and indexed in the
Russian Science Citation Index.

Open Access Journal.

Journal is included in RSCI,
Cyberleninka and eLIBRARY,
VINITI Database RAS, Ulrich's
Periodicals Directory, WorldCat.

Member of Crossref
that creates DOI.

**The authors' opinions may not
coincide with those of the
editorial board**

Volume 7, Issue 1

This Quarterly Scientific Peer-Reviewed Journal
is included in the list of Russian Peer-Reviewed
Scientific Journals, The Unified State List of Scientific
Publications (the White List)

January – March 2026

Editorial Board

Editor-in-Chief:

Alexey I. Khripun, Dr. Sci. in Medicine, Professor, Head of Moscow
Healthcare Department, Moscow, Russia

Deputy Editor-in-Chief, Science Editor:

Elena I. Aksenova, Dr. Sci. in Medicine, Dr. Sci. in Economics, Professor,
Director of Research Institute for Healthcare Organization and Medical
Management, Moscow, Russia

Olga A. Aleksandrova, Dr. Sci. in Economics, Chief Researcher of the Insti-
tute of Socio-Economic Studies of Population of the Russian Academy of
Sciences (ISESP RAS), Deputy Director for Research of the Federal Center
of Theoretical and Applied Sociology of the Russian Academy of Sciences
(FCTAS RAS), Moscow, Russia

Siniša Atlagić, ScD in Politics, Director of Center for Russian Studies, Fac-
ulty of Political Sciences, University of Belgrade, Belgrade, Serbia

Evgenia A. Berseneva, Dr. Sci. in Medicine, Professor, Scientific Supervi-
sor of Russian Scientific and Research Institute for Medical Engineering
of Federal Service for Surveillance in Healthcare, Head of Department of
Healthcare Organization and Quality Management, Institute of Industry
Management, Russian Presidential Academy of National Economy and Pub-
lic Administration, Moscow, Russia

Elena M. Bobkova, Dr. Sci. in Sociology, Associate Professor, Head of the
Institute of Public Administration and Social and Human Sciences, Prid-
nestrovian State University named after T.G.Shevchenko, Tiraspol, Moldova

Sergey S. Budarin, Dr. Sci. in Economics, Head of the Division of Method-
ology for Auditing the Performance of Healthcare Institutions, Research
Institute for Healthcare Organization and Medical Management, Moscow,
Russia

Konstantin G. Gurevich, Dr. Sci. in Medicine, Professor, Deputy Head of UN-
ESCO Department "A Healthy Lifestyle Is a Guarantee of Progress", Russian
University of Medicine, Moscow, Russia

Aleksander V. Gusev, Cand. Sci. in Technology, Expert on Artificial Intelli-
gence, Federal Research Institute for Health Organization and Informatics
of the Ministry of Health of the Russian Federation, Chief Business Devel-
opment Officer of Webiomed, Moscow, Russia

Dilovar B. Kodirzoda (Kadyrov) – Dr. Sci. in Economics, Professor of De-
partment of Theory of Economics, Tajik National University, Dushanbe, the
Republic of Tajikistan

Ludmila P. Kuzmina, Dr. Sci. in Biology, Professor, Department of Occupational Health, Aviation, Space, and Diving Medicine, I.M. Sechenov First Moscow State Medical University of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Deputy Director for Research, Izmerov Research Institute of Occupational Health, Moscow, Russia

Georgy S. Lebedev, Dr. Sci. in Technology, Associate Professor, Director of the Institute of Digital Medicine, Head of the Department of Information and Internet Technologies, I.M. Sechenov First Moscow State Medical University of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Moscow, Russia

Tatyana P. Lipai, Cand. Sci. in Sociology, Associate Professor, Professor of the Department of Management and Economics of Education, Minsk City Institute for the Development of Education, Minsk, Belarus

Elmira K. Naberushkina, Dr. Sci. in Sociology, Associate Professor, Professor of the Department of Sociology, Financial University under the Government of the Russian Federation, Moscow, Russia

Tanzilya A. Nigmatullina, Dr. Sci. in Politics, Director of Bashkir Institute of Social Technologies — Branch of Academy of Labour and Social Relations, Ufa, Russia

Bauyrzhan K. Omarkulov, Cand. Sci. in Medicine, Associate Professor, Director of the Institute of Public Health and Professional Health of Karaganda Medical University NC JSC, Karaganda, Kazakhstan

Nurbek A. Omuraliev – Dr. Sci. in Sociology, Professor, Head of Center of Social Research, the Institute of Philosophy, Law and Socio-Political Research named after A.A. Altmyshbaeva of National Academy of Sciences of the Kyrgyz Republic, Bishkek, the Republic of Kyrgyzstan

Zurab G. Ordzhonikidze, Dr. Sci. in Medicine, Honored Doctor of the Russian Federation, Chief Specialist in Sports Medicine, First Deputy Director of S.I. Spasokukotsky Moscow Centre for Research and Practice in Medical Rehabilitation, Restorative and Sports Medicine of Moscow Healthcare Department, Moscow, Russia

Igor A. Shaderkin, Cand. Sci. in Medicine, Senior Manager of Digital Medicine Center, I.M. Sechenov First Moscow State Medical University of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Moscow, Russia

Irina M. Son, Dr. Sci. in Medicine, Professor, Honoured Science Worker of Russian Federation, Head of Department of Healthcare and Public Health Organization, Penza Institute for Further Training of Physicians – Branch Campus of Russian Medical Academy of Continuous Professional Education of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Moscow, Russia

Petr S. Turzin, Dr. Sci. in Medicine, Leading Researcher of Department for Public Health Research, Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management, Moscow, Russia

Anton V. Vladzimirsky, Dr. Sci. in Medicine, Deputy Director for Research, Research and Practical Clinical Center for Diagnostics and Telemedicine Technologies of Moscow Health Care Department, Moscow, Russia

Olga A. Volkova, Dr. Sci. in Sociology, Professor, Leading Researcher of the Institute for Demographic Research – Branch of the Federal Center of Theoretical and Applied Sociology of the Russian Academy of Sciences, Moscow, Russia

Desmond Winter, ScD in Medicine, Professor, Clinical Associate Professor in Surgery, University College Dublin, Consultant Surgeon, St. Vincent's University Hospital, Dublin, Ireland

Aziza V. Yarasheva, Dr. Sci. in Economics, Professor, Principal Researcher, Head of the Behavioral Economics Research Laboratory, Institute of Socio-Economic Studies of Population — Branch of the Federal State Budgetary Scientific Institution Federal Center of Theoretical and Applied Sociology of the Russian Academy of Sciences, Moscow, Russia

John Yfantopoulos, PhD in Health Economics, Professor of Health Economics, National and Kapodistrian University of Athens, Athens, Greece

Possible contraindications.

Consult with your health provider

16+

® is a trademark protected in the territory of the Russian Federation. Unauthorized use of a trademark or similar designations by the right holder is punishable by law.

All published materials are distributed under the terms of the Creative Commons "Attribution-ShareAlike" 4.0 International.

The views expressed in an article are solely those of the authors and do not necessarily represent the views of the Editorial Board.

Cover photo: Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management of Moscow Healthcare Department

Managing editor

N. Verzilina

Design and page proofs

P. Zherebtsov

Editor of English text

E. Karpova

Proof-reader

L. Bazylevich

Release date 30.03.2026

Здоровье мегаполиса / City Healthcare

Том 7, выпуск 1

Volume 7, issue 1

Содержание

Contents

Оригинальные исследования

Original Research

Потенциальный кадровый резерв столичных медицинских учреждений и его основные характеристики
О.А. Коленникова, М.С. Токсанбаева

7

Potential Talent Pool and its Key Characteristics in Moscow's Medical Institutions
Olga A. Kolennikova, Mairash S. Toksanbaeva

Роль внутреннего миграционного фактора в формировании патологической реактивности организма в условиях с повышенной климатогеографической напряженностью
А.В. Лемешенко, М.В. Баженов, В.А. Матвеев, А.В. Мосин, Е.В. Морозов, А.Е. Ким

17

The Role of Internal Migration in the Formation of Pathological Reactivity in Adverse Climatic and Geographic Conditions
Alexey V. Lemeshchenko, Mikhail V. Bazhenov, Vladimir A. Matveev, Alexey V. Mosin, Evgeniy V. Morozov, Alexey E. Kim

Поведенческие факторы образа жизни как предикторы нормальной массы тела в городской популяции молодежи
Е.В. Булычева

28

Behavioral Lifestyle Factors as Predictors of Normal Body Weight in the Urban Youth Population
Ekaterina V. Bulycheva

Анализ профессионального благополучия врачей и кадровых рисков в первичном звене здравоохранения
А.В. Воробьева

40

Analysis of Doctors' Professional Well-being and Personnel Risks in Primary Healthcare
Anna V. Vorobeva

Особенности подготовки пациентов к медико-социальной экспертизе в городской поликлинике Москвы
З.Х. Агамов, Е.П. Какорина

54

Features of Preparing Patients for Medical and Social Disability Examinations at Moscow Polyclinics
Zagir Kh. Agamov, Ekaterina P. Kakorina

Тенденции и аналитика

Trends and Analytics

Экономические и технические аспекты формирования тарифов оплаты медицинских услуг на основе клинико-статистических групп
С.С. Бударин

61

Economic and Technical Aspects of DRG-Based Tariff Setting for Medical Services
Sergey S. Budarin

Актуальное состояние, региональная специфика и нормативно-правовое регулирование подготовки и трудоустройства среднего медицинского персонала
А.В. Ферзхауи, Г.М. Жирнова

72

Current State, Regional Specifics, and Legal Regulation of Training and Employment of Mid-Level Medical Personnel
Anastasia V. Ferzhau, Galina M. Zhirnova

Обзоры

Reviews

Направления современных исследований профессионального стресса медицинских работников: систематический обзор статей Scopus 2025 г.
О.Б. Полякова

82

Current Research Trends in Occupational Stress of Healthcare Workers: a Systematic Scopus Review 2025
Olga B. Polyakova

Программы по борьбе с лишним весом у детей, основанные на цифровых технологиях
И.В. Грибкова

94

Digitally-based Programs to Combat Obesity in Children
Irina V. Gribkova

Обмен опытом

Experience Exchange

Буддийский пациент: к формированию культурной компетенции медицинских работников
Г.Д. Петрова, Е.Е. Алтынкович

106

Buddhist Patient: Developing Cultural Competence in Health Professionals
Galina D. Petrova, Elena E. Altynkovich

Здоровье мегаполиса / City Healthcare

Том 7, выпуск 1

Volume 7, issue 1

Содержание

Contents

Публикации Национального НИИ общественного здоровья им. Н.А. Семашко

Publications of N.A. Semashko National Research Institute of Public Health

Типы оказания медицинской помощи в современной
клинической практике московского стационара
А.А. Аллау

114

Types of Medical Care in Modern Clinical Practice
at a Moscow Hospital
Adel A. Allau

Доверие и принятие технологий искусственного
интеллекта в эпоху цифровой медицины
Е.В. Малинович, Я.П. Довгялло

124

Trust in and Acceptance of Artificial Intelligence
in the Age of Digital Medicine
Evgeniya V. Malinovich, Yana P. Dovgyallo

Проблемы кадрового обеспечения медицинской
деятельности в лагерях беженцев
В.В. Тонконог, С. Хмейди, Д.Т. Ананченков

132

Problems of Medical Staff Management in Refugee Camps
Victoriya V. Tonkonog, Suhail Khmeidy, Daniil T. Ananchenkov

Методологические особенности изучения семейно-
брачного поведения старших возрастных групп
Т.Ю. Добровольская

140

Methodological Features of the Study of Marital
Behavior in Older Age Groups
Tatyana Yu. Dobrovolskaya

Мобильные формы трудоустройства в сфере
здравоохранения: теоретический аспект
Н.Ш. Сархадов

149

A Theoretical Aspect on Mobile Forms
of Employment in Healthcare
Nazir Sh. Sarkhadov

Мнения и дискуссии

Views and Discussions

Механизмы и проблемы профессионального
развития врачей поликлиники
С.А. Багомедова

158

Mechanisms and Problems of Professional
Development of Doctors in Polyclinics
Sidrat A. Bagomedova

УДК 331:614.2

<https://doi.org/10.47619/2713-2617.zm.2026.v.7i1;7-16>

Потенциальный кадровый резерв столичных медицинских учреждений и его основные характеристики

О.А. Коленникова^{1,2*}, М.С. Токсанбаева^{1,2}

¹ Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы, 115088, Россия, г. Москва, ул. Шарикоподшипниковская, д. 9

² Институт социально-экономических проблем народонаселения Федерального научно-исследовательского социологического центра РАН, 117218, Россия, г. Москва, Нахимовский пр-т, д. 32

*Автор, ответственный за переписку, email: kolennikova@mail.ru

Аннотация

Введение. Внутрифирменную управленческую иерархию в медицинских учреждениях важно выстраивать таким образом, чтобы полномочия и ответственность руководителей распределялись по всем уровням: от высших до низших управленцев. В противном случае начинает доминировать авторитарный стиль управления, при котором руководящие функции низового управленческого звена трансформируются в исполнительские. Преодоление этого перекоса необходимо учитывать при отборе и подготовке кадров. **Цель исследования** – анализ социально-демографических, профессиональных и личностных характеристик потенциального кадрового резерва с упором на низовой управленческий уровень, представления о которых необходимы для более качественного отбора и подготовки этого резерва и совершенствования практики организации управленческой работы по вертикали и по горизонтали. **Материалы и методы.** В исследовании использован метод социологического анализа. Эмпирическая база – информация выборочного анкетного опроса, проведенного в 2023 г. под эгидой НИИ организации здравоохранения и медицинского менеджмента. Респонденты – медицинские специалисты, занятые в организациях ДЗМ. Для анализа данных применялись методы статистической и аналитической обработки данных. **Результаты.** Предложен алгоритм изучения потенциального кадрового резерва управленцев низового звена, базирующийся на определении ключевых объективных и субъективных качеств и проверки валидности такого отбора путем сравнения профессионально-квалификационных характеристик потенциального резерва действующих руководителей и рядовых медицинских специалистов. Сравнительный анализ показал, что по индикаторам квалификации резервисты практически не уступают руководителям, но опережают их по установкам на повышение квалификационного статуса, открывающего возможности карьерного роста. Ограничение восходящей квалификационной мобильности ведет к усилению ее горизонтальных форм. **Заключение.** Чтобы кадровый резерв низового звена управленцев органично встроился в систему кадрового резерва других управленческих уровней, необходима доработка программ их подготовки для ее нацеливания на командную работу всего управленческого аппарата медицинского учреждения.

Ключевые слова: здравоохранение; медицинское учреждение; врач; средний медицинский персонал; кадровый резерв; стаж; возраст; социальная установка; уровень управления; квалификация

Для цитирования: Коленникова О.А., Токсанбаева М.С. Потенциальный кадровый резерв столичных медицинских учреждений и его основные характеристики. *Здоровье мегаполиса*. 2026;7(1):7-16. <https://doi.org/10.47619/2713-2617.zm.2026.v.7i1;7-16>

© О.А. Коленникова, М.С. Токсанбаева, 2026

© Это произведение доступно по лицензии Creative Commons Attribution-ShareAlike («Атрибуция-СохранениеУсловий») 4.0 Всемирная.

УДК 331:614.2
<https://doi.org/10.47619/2713-2617.zm.2026.v.7i1;7-16>

Potential Talent Pool and its Key Characteristics in Moscow's Medical Institutions

Olga A. Kolennikova^{1,2*}, Mairash S. Toksanbaeva¹,

¹ Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management of Moscow Healthcare Department, 9, Sharikopodshipnikovskaya st., Moscow, 115088, Russian Federation

² Institute of Socio-Economic Studies of Population of Federal Center of Theoretical and Applied Sociology of the Russian Academy of Sciences, 32, Nakhimovsky prospect, Moscow, 117218, Russian Federation

*Corresponding author, email: kolennikova@mail.ru

Abstract

Introduction. It is crucial to establish an internal managerial hierarchy in healthcare institutions in such a way that the authority and responsibilities of managers are distributed across all levels from top executives to lower-level managers. Otherwise, an authoritarian management style may prevail, transforming lower-level management into mere executors. Addressing this imbalance is essential when selecting and training personnel at this level. **The purpose of the study.** The aim of this research is to analyze the socio-demographic, professional, and personal characteristics of the potential talent pool for management positions, with a focus on the lower level. This understanding is necessary for developing programs that facilitate the integration of these managers into the organization's vertical and horizontal management practices. **Materials and methods.** The empirical basis of the study comprises data from a 2023 selective questionnaire survey conducted by the Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management of the Moscow Healthcare Department. The respondents were health professionals working in Moscow Healthcare Department organizations. Statistical and analytical methods were employed for data analysis. **Results.** An algorithm for studying the characteristics of potential talent pools for lower-level management has been proposed. This algorithm is based on identifying their key objective and subjective qualities and validating this selection process by comparing the professional qualifications of the potential pool with those of current managers and ordinary medical specialists. The comparative analysis revealed that, in terms of qualification indicators, the pool candidates are nearly on par with managers but surpass them in their aspirations for enhanced qualification status, which opens up career advancement opportunities. The limitation on upward qualification mobility leads to an increase in horizontal mobility forms. **Conclusion.** For the talent pool of the lower management level to be effectively integrated into the overall talent pool system at other managerial levels, it is necessary to refine training programs to focus on fostering teamwork among the entire management apparatus of healthcare institutions.

Keywords: healthcare; medical institution; physician; mid-level healthcare personnel; talent pool; experience, age; social attitudes; management level; qualification

For citation: Kolennikova O.A., Toksanbayeva M.S. Potential Talent Pool and its Key Characteristics in Moscow's Medical Institutions. *City Healthcare*. 2026;7(1):7-16. <https://doi.org/10.47619/2713-2617.zm.2026.v.7i1;7-16>

Введение

Важнейшей задачей совершенствования системы здравоохранения является перманентное повышение квалификации медицинских специалистов, которое во многом осуществляется через непрерывное медицинское образование (НМО). Согласно опыту продвинутых в этом отношении зарубежных стран, оно проводится по следующим основным направлениям. Во-первых, это поддержание и обновление профессиональных знаний и умений на уровне мировых стандартов. Во-вторых, это перманентное развитие профессиональных компетенций, а также управленческих навыков [1]. В нашей стране данные направления реализуются в рамках деятельности институтов федерального статуса, а именно аккредитации и аттестации на квалификационную категорию, а также региональных институтов аттестации, таких, например, как столичные институты, аттестующие на звание «Московский врач» и «Московская медицинская сестра».

Исходя из указанных направлений НМО, освоение кадрами управленческих компетенций входит в структуру деятельности института аттестации на квалификационную категорию, включая региональные институты, поскольку аттестация на звание «Московский врач» и «Московская медицинская сестра» построена на тех же принципах, что и аттестация на категорию [2]. Для овладения этими компетенциями требуется выделение специфической группы, именуемой кадровым резервом, под которым в самом общем виде понимают отобранный состав медицинских специалистов, обладающих необходимым потенциалом для выполнения управленческих обязанностей [3]. Подготовка кадрового резерва – это форма повышения квалификации, которая подразумевает процесс профессионального развития медицинских специалистов, способных занять в перспективе руководящие должности. Его обучение методам руководства проводится по особым программам.

Актуальность отбора и профессиональной подготовки кадрового резерва связана с не решенной пока проблемой дефицита грамотных, инициативных и стратегически мыслящих специалистов [4]. Было бы преувеличением считать, что этот феномен обусловлен изначальной нехваткой персонала, подходящего для выполнения управленческих функций. Причины сложившегося положения следует искать в недостаточно проработанных концептуальных подходах к формированию и использованию этого резерва, методах отбора и формах подготовки медицинских

управленцев. Несмотря на то что по многим этим вопросам и в нашей стране, и за рубежом уже проведены соответствующие исследования [5, 6], они отчасти остаются дискуссионными. Так, определенные нарекания вызывает сам профессиональный стандарт «Организация здравоохранения и общественное здоровье», утвержденный приказом Министерством труда и социальной защиты РФ¹, поскольку на практике управленческая деятельность не всегда соответствует требованиям стандарта [7]. В дальнейшей проработке нуждаются также формы, критерии и инструменты оценки результативности практического обучения кадрового резерва [8]. Недостаточно обоснованы и комплексные подходы к отбору перспективных управленцев, в том числе на основе методов социологических исследований, которые создают возможности изучать труднодоступные для других методов профессиональные и личностные качества потенциальных резервистов [9].

В процессе совершенствования подготовки кадрового резерва необходимо учитывать уровни его формирования: федеральный, региональный, местный (уровень местной исполнительной власти), внутрифирменный. На последнем уровне важно принимать во внимание иерархию управленцев внутри медицинского учреждения, тем более что, несмотря на структуру профессионального стандарта «Организация здравоохранения и общественное здоровье», включающего в том числе функции управления структурным подразделением медицинской организации, фокусом большинства научных исследований являются резервисты высокого уровня, иными словами, высшее руководство учреждения [10]. А кадровый резерв структурных подразделений (низовой управленческий уровень) не всегда выделяется в отдельную группу с подготовкой по специальным программам. Наряду с другими факторами это способствует поддержанию высшим руководством директивного стиля управления, который распространен в большинстве медицинских организаций [11]. Данный стиль осложняет выращивание качественного кадрового резерва низового уровня, его корректный отбор, обучение и накопление управленческого опыта. В связи с этим следует расширять исследования по многоуровневой подготовке управленческого аппарата организаций.

Цель исследования

Цель исследования – анализ основных объективных и субъективных характеристик потенциального кадрового резерва низового уровня – со-

¹ Приказ Министерства труда и социальной защиты населения Российской Федерации от 07.11.2017 № 768н «Об утверждении профессионального стандарта «Специалист в области организации здравоохранения и общественного здоровья»». URL: <https://base.garant.ru/71822794/>.

циально-демографических, профессиональных и личностных, который опирается на методы социологического исследования, что необходимо для более качественного отбора и подготовки этого резерва и совершенствования практики управленческой работы по вертикали и по горизонтали.

Материалы и методы

Информационной базой исследования послужили материалы выборочного анкетного опроса медицинских специалистов, проведенного в 2023 г. Опрос по разработанной авторами анкете проводился в режиме онлайн, генеральная совокупность – врачи и средний медицинский персонал организаций, подведомственных ДЗМ. Анкета опроса, предназначенная для самозаполнения с помощью сервиса Google Forms, была размещена на сайте ГБУ НИИОЗММ ДЗМ. Статья фокусируется на изучении потенциального кадрового резерва для замещения руководящих должностей низового управленческого звена, поэтому из рассмотрения были исключены респонденты, которые уже входили в руководящий состав высокого ранга (главные врачи, заместители главного врача, главные медицинские сестры). Использовались ответы респондентов, работавших на обычных (рядовых) должностях (врач, медицинская сестра, фельдшер, акушерка и др.) и должностях низового уровня управления (заведующий отделением или другим структурным подразделением, старшая медицинская сестра и др.). Выборка составила 1435 анкет. Репрезентативность данных обеспечена взвешиванием выборки на основе официальной статистики по структуре врачебного и среднего медперсонала учреждений системы ДЗМ за 2023 г. (параметры – тип подразделения по оказанию медицинской помощи, возраст

и наличие квалификационной категории). Статистическая обработка информации проводилась с использованием программы SPSS Statistics 23.0. Ошибка выборки при расчете относительных величин с вероятностью 0,954 не превышает 2,6%. Выводы о наличии различий и статистической связи делались с использованием статистики хи-квадрат, нулевая гипотеза об их отсутствии при $p < 0,05$ отвергалась.

Результаты и обсуждение

Потенциальную базу для выдвижения кандидатов в руководящий состав низового уровня составляет та часть рядовых медицинских специалистов, которая, с одной стороны, подходит для потенциального кадрового резерва по демографическим и профессиональным характеристикам, а с другой – обладает требуемыми личностными качествами. Поэтому для определения масштабов и отличительных черт потенциального кадрового резерва требовалось прежде всего сформулировать критерии идентификации сотрудников, подходящих для рекрутирования в руководящий состав. Разработанная система таких критериев сочетает два типа характеристик: объективные и субъективные (табл. 1).

В качестве объективных показателей использовались уже давно применяемые на практике возрастные и стажевые характеристики, но с некоторыми поправками. При выборе претендентов в кадровый резерв, как правило, устанавливается предельный возраст 50 лет, но мы полагаем, что такая граница более адекватна для должностей высшего и среднего управленческого звена (главврач, заместитель главврача, главная медицинская сестра), а для потенциального кадрового резерва низового уровня этот порог следует по-

Таблица 1. Критерии отбора в потенциальный кадровый резерв из рядовых медицинских специалистов
Table 1. Criteria for selecting potential candidates for the talent pool from among ordinary medical specialists

Критерии отбора	Показатели
Объективные	Возраст до 45 лет
	Стаж практической работы в медицине не менее 5 лет
Субъективные	Высокая значимость в системе ценностей: – непрерывного совершенствования квалификации; – инициативности и творческого подхода к работе; – карьерного роста
	Желание карьерного продвижения в данной организации

Источник: составлено авторами.
Source: compiled by the authors.

Таблица 2. Распределение разных категорий опрошенных врачей по уровню образования, %
Table 2. Distribution of different categories of surveyed physicians by education level, %

Категория врачей	Уровень образования			Итого
	аспирантура/докторантура	ординатура/интернатура	только высшее	
Потенциальный кадровый резерв низового уровня (ПКР)	11,9	80,2	7,9	100,0
Руководители	8,1	83,0	8,9	100,0
Рядовые сотрудники, не входящие в ПКР	5,8	74,0	20,2	100,0

Источник: анкетный опрос медицинских специалистов московских медицинских организаций в 2023 г.
 Source: survey questionnaire of health workers of Moscow medical organizations in 2023.

низить до 45 лет. Такой возрастной порог больше соответствует современным процессам омоложения кадрового состава московского здравоохранения [12]. Что касается стажа практической работы в медицине, то ранее проведенные нами исследования показали: выход на пик врачебной квалификации требует как минимум пятилетней работы в профессии. Такое же значение было использовано и для среднего медицинского персонала (СМП). Важно отметить такой момент: поскольку возраст и опыт работы тесно коррелируют между собой, то максимальный возрастной порог и минимальный стаж медицинской работы позволяют выделить ядро профессионально опытного, но достаточно молодого контингента для должностного продвижения.

По данным анкетного опроса, объективным характеристикам (возраст до 45 лет и стаж медицинской работы не менее 5 лет) соответствует 45% врачебного и среднего медицинского персонала (примерно в равной мере). Однако для руководителя требуются не только и не столько объективные, сколько личностные качества, прежде всего нацеленность на профессионально-квалификационное развитие, включая должностное продвижение. Поэтому среди удовлетворивших по объективным критериям отбирались респонденты, в структуре мотивации которых высокие позиции занимали такие ценности, как стремление непрерывно повышать квалификацию, инициативность и творческий подход к работе и/или карьерный рост, а также те, кто напрямую ориентирован на продвижение по карьерной лестнице в данной организации (в которой работали на момент опроса). В результате отбора по всем вышеуказанным критериям потенциальный кадровый резерв составил 28,5% опрошенных рядовых врачей и 21,2% СМП.

Важнейшей характеристикой, которой должен обладать претендент на руководящую должность, является достаточно высокий уровень

профессионализма, поскольку в круг его обязанностей входит курирование подчиненных, профессиональная помощь недостаточно опытным сотрудникам, включая шефство над молодыми и неопытными сотрудниками. В какой мере входящие в потенциальный кадровый резерв низового уровня соответствуют профессиональным требованиям?

Опрошенные врачи и СМП в части доступа к руководящей деятельности представляют три категории. Во-первых, это те, кто уже занимают управленческие посты (руководители). Во-вторых, рядовые сотрудники в качестве потенциального кадрового резерва (ПКР). И, наконец, третья группа – рядовые сотрудники, не входящие в ПКР. Сопоставление данных трех категорий врачебного персонала показало, что образовательный уровень потенциального кадрового резерва сопоставим с занимавшими руководящие должности и даже превышает их по числу окончивших аспирантуру/докторантуру (табл. 2).

Как видно из таблицы 2, потенциальный кадровый резерв от остальных рядовых врачей отличает значительно большее число респондентов, прошедших последипломное обучение в рамках подготовки кадров высшей квалификации, а именно ординатуры/интернатуры и аспирантуры/докторантуры. У среднего медицинского персонала различия в образовательном уровне связаны с наличием диплома о высшем образовании. В потенциальном кадровом резерве СМП 91,7% имели среднее специальное образование (закончили медицинский колледж), а высшее получили 8,3%. По числу имеющих высшее образование они занимают промежуточное положение между двумя другими категориями СМП: значительно опережают остальных рядовых кадров (среди которых высшее образование только у 4,5%) и уступают группе руководителей (14,8%). Таким образом, потенциальный кадровый резерв как врачебного, так и среднего медперсонала

по показателям базового профессионального образования значительно превосходит остальной рядовой медперсонал, а врачебный к тому же практически соответствует уровню руководящих позиций.

Помимо образования как формального показателя квалификации у респондентов выяснялся также уровень квалификации, соизмеренный с требованиями на конкретных должностях (по вопросу «В какой мере квалификация соответствует выполняемой работе»). По реальному уровню квалификации на текущих рабочих местах у врачебного персонала статистически значимых различий не выявилось, но они проявились у среднего медицинского персонала (табл. 3).

Из данных таблицы 3 видно, что по оценке своей квалификации потенциальный кадровый резерв в составе СМП – наиболее пестрая категория. Во-первых, среди них выше доля затруднившихся с оценкой своей квалификации. Во-вторых, у каждого четвертого квалификация превосходит требуемую на текущей работе, что значительно весомее, чем у прочих категорий СМП. Наконец, в-третьих, число тех, у кого квалификация соответствует текущей работе, напротив, наименьшее и составляет менее половины (43,8%). Более детальный анализ показал, что различия по сверхквалификации (квалификации выше требуемого уровня) носят также возрастной характер. В отличие от потенциального кадрового резерва с возрастным ограничением до 45 лет избыток квалификации у двух других категорий, напротив, больше присущ сотрудникам старше 45 лет (60% из числа простого рядового среднего медицинского персонала и более 50% – у руководства).

Еще одна важная квалификационная характеристика – категория, которая присваивается медицинскому специалисту после прохождения аттестации. В таблице 4 показано распределение потенциального кадрового резерва и других

категорий опрошенных медицинских специалистов по наличию квалификационной категории.

Из таблицы 4 хорошо видно, что по наличию категории, и прежде всего высшей, лидируют врачи и СМП на руководящих должностях. Кадровый резерв в этом плане, напротив, на последнем месте. В получении категории он заинтересован слабо. Это объясняется тем, что доступ к более сложным в профессиональном плане видам работ, в том числе к руководящим позициям, от квалификационной категории зависит мало, хотя при оформлении кадровых документов обязательно указывается ее наличие (или отсутствие). То, что сотрудники, не входящие в кадровый резерв или занимающие руководящие посты, превосходят потенциальных управленцев низового уровня по наличию категории, связано с тем, что ее ценность по большей части сохраняется у специалистов старших возрастов. Поскольку доплаты за категорию в большинстве случаев перестали составлять сколько-нибудь значимую сумму, а то и вообще выплачиваться, более молодые медицинские кадры с активными профессиональными установками переключаются на альтернативные пути профессиональной реализации, в том числе путем включения в дополнительную занятость. Сказанное подтверждается тем, что среди врачей, составляющих потенциальный кадровый резерв, широко распространено совместительство и разного рода подработки (около 60%). У СМП дополнительная занятость практикуется в меньшей мере.

Если обладание квалификационной категорией не характерно для потенциального кадрового резерва низового уровня, то получение звания «Московский врач» или «Московская медицинская сестра/брат», напротив, вызывает достаточно большой интерес. В таблице 5 приведены ответы респондентов сравниваемых категорий по их намерениям получить региональный профессиональный статус. Ответы в отношении желания

Таблица 3. Распределение разных категорий респондентов в составе среднего медицинского персонала по ответам на вопрос «Соответствует ли ваша квалификация выполняемой вами работе?», %

Table 3. Distribution of various categories of respondents among mid-level healthcare personnel based on their responses to the question: 'Does your qualification correspond to the work you perform?', %

Категория СМП	Соответствие квалификации выполняемой работе				Итого
	выше	примерно соответствует	ниже	затруднились с ответом	
Потенциальный кадровый резерв низового уровня (ПКР)	25,0	43,8	4,1	27,1	100,0
Руководители	17,1	61,7	2,1	19,1	100,0
Рядовые сотрудники, не входящие в ПКР	13,4	64,7	2,5	19,4	100,0

Источник: анкетный опрос медицинских специалистов московских медицинских организаций в 2023 г.
Source: survey questionnaire of health workers of Moscow medical organizations in 2023.

Таблица 4. Распределение респондентов по наличию квалификационной категории, %
Table 4. Distribution of respondents by their qualification category, %

Категория врачей и СМП	Имеют квалификационную категорию				Всего
	высшую	первую	вторую	категории не имеют	
Врачи					
Потенциальный кадровый резерв низового уровня (ПКР)	5,0	2,5	1,5	91,0	100,0
Руководители	19,4	2,2	0,0	78,4	100,0
Рядовые сотрудники, не входящие в ПКР	12,5	2,4	0,8	84,3	100,0
Средний медицинский персонал					
Потенциальный кадровый резерв низового уровня (ПКР)	8,4	3,2	2,1	86,3	100,0
Руководители	25,5	2,1	0,7	71,7	100,0
Рядовые сотрудники, не входящие в ПКР	13,4	3,4	1,1	82,1	100,0

Источник: анкетный опрос медицинских специалистов московских медицинских организаций в 2023 г.
 Source: survey questionnaire of health workers of Moscow medical organizations in 2023.

получить статус «Московская медицинская сестра/брат» анализировались только по медицинским сестрам.

Из таблицы 5 видно, что большинство врачей, составляющих потенциальный кадровый резерв низового уровня, хотели бы получить звание «Московский врач», несмотря на достаточно сложные экзаменационные процедуры, включающие объективный структурированный экзамен по специальности и защиту портфолио в форме собеседования с членами экспертной комиссии. Их желание получить данный статус даже выше, чем у коллег на руководящих должностях. Аналогичная картина прослеживается и у медицинских сестер. Хотя на момент опроса ни у кого из них еще не было статуса «Московская медицинская сестра», но 2/3 хотели бы его получить.

Изучение отношения медицинских специалистов к новому московскому институту оценки квалификации было проведено до выхода приказа Департамента здравоохранения Москвы, согласно которому замещение руководящих должностей заведующего отделением и приравненного к нему структурного подразделения (включая временное на срок более года) возможно только врачами со статусом «Московский врач»². Тем ценнее полученная информация, которая свидетельствует о высокой заинтересованно-

сти потенциального кадрового резерва низового уровня медицинских специалистов в подтверждении своего профессионализма и дальнейшем профессиональном развитии, что позволяет расценивать их как подходящий контингент на замещение руководящих позиций.

Заключение

Проблема нехватки компетентных, инициативных и ответственных руководителей в медицинских учреждениях отчасти связана с тем, что их подготовка приоритетно нацелена на высшее управленческое звено, тогда как управленцы низового уровня нередко не пользуются должным вниманием. Это одна из причин, почему в иерархической структуре руководителей учреждения распространен авторитарный стиль управления, при котором представители низовых управленческих звеньев порой оказываются приравненными к исполнителям спущенных сверху директив. Данная ситуация провоцирует пассивный тип низового руководства, тормозит инициативное поведение и ослабляет несение ответственности за принятые решения.

Одним из направлений повышения качества руководства структурными подразделениями медицинских учреждений является улучшение

² Приказ Департамента здравоохранения города Москвы от 17.06.2024 № 515 (ред. от 27.01.2025) «О порядке и условиях присвоения статуса "Московский врач"». URL: <https://www.mos.ru/dzdrav/documents/department-acts/view/306782220/>

Таблица 5. Распределение респондентов разных категорий по ответам на вопрос «Есть ли у вас желание получить звание “Московский врач” или Московская(ий) медицинская(ий) сестра/брат?», %
Table 5. Distribution of respondents from different categories based on their responses to the question: 'Do you wish to obtain the title of "Moscow Physician" or "Moscow Nurse", %

Категория врачей и медицинских сестер	Получили или готовят документы	Имеют намерение получить	Намерения не имеют	Затруднились с ответом	Итого
Врачи					
Потенциальный кадровый резерв низового уровня (ПКР)	4,0	65,8	20,3	9,9	100,0
Руководители	3,0	57,0	31,1	8,9	100,0
Рядовые сотрудники, не входящие в ПКР	3,0	46,6	38,8	11,6	100,0
Медицинские сестры					
Потенциальный кадровый резерв низового уровня (ПКР)	0,0	67,5	17,6	14,9	100,0
Руководители	5,1	55,5	30,7	8,7	100,0
Рядовые сотрудники, не входящие в ПКР	2,3	31,1	48,2	18,4	100,0

Источник: анкетный опрос медицинских специалистов московских медицинских организаций в 2023 г.
 Source: survey questionnaire of health workers of Moscow medical organizations in 2023.

их отбора и подготовки в составе потенциально-го кадрового резерва на соответствующих управленческих уровнях. Для изучения особенностей низового кадрового резерва обоснованы его объективные и субъективные характеристики, а затем методом социологического исследования выполнено сопоставление респондентов, входящих в кадровый резерв, с другими категориями респондентов по индикаторам профессионально-квалификационных качеств. Анализ показал, что кадровый резерв обладает предпочтитель-

ными качествами для занятия управленческих позиций. Выявлено также, что торможение социальных лифтов для потенциальных управленцев ведет к замене их восходящей активности горизонтальными перемещениями (например, подработками). В связи с этим в подготовке потенциального кадрового резерва низового уровня необходимо усилить обучение способам самостоятельной работы и командного взаимодействия с высшим руководством медицинских организаций и подчиненным персоналом.

Список литературы

1. Solé M. et al. How do medical doctors in the European Union demonstrate that they continued to meet criteria for registration and licensing? *Clinical Medicine*. 2014;14(6):633-639. <https://doi.org/10.7861/clin-medicine.14-6-633>
2. Коленникова О.А. Социальные проблемы рабочей силы в современной России. М.: ФНИСЦ РАН; 2024. 368 с. <https://doi.org/10.19181/MONOGR.978-5-89697-431-4.2024>
3. Айдарова И.А., Галина А.Э. Значимость формирования кадрового резерва в сфере здравоохранения. *Экономика и менеджмент высоких технологий*. 2015;(5). Доступно по ссылке: <https://ekonomika.snauka.ru/2015/05/8786>
4. Сибурина Т.А., Лохтина Л.К., Мирошникова Ю.В. Состояние и эффективность работы с резервом руководящих кадров здравоохранения. *Здравоохранение Российской Федерации*. 2015;59(1):4-9.
5. Иванов Н.П., Малкина Л.В. Методологические аспекты подготовки руководящих кадров для отечественного здравоохранения. *Фундаментальные исследования*. 2018;(11-2):232-238.
6. Берсенева Е.А., Умнов С.В., Агамов З.Х. Компетентность руководителей медицинских организаций в области управления персоналом. *Профилактическая медицина*. 2022;25(10):104-110. <https://doi.org/10.17116/profmed202225101104>

7. Комиссаров Е.Е., Ванин Е.Ю. Соответствие административно-управленческой деятельности руководителей медицинских структурных подразделений профессиональному стандарту «Специалист в области организации здравоохранения и общественного здоровья». *Проблемы стандартизации в здравоохранении*. 2022;(7-8):64-69. <https://doi.org/10.26347/1607-2502202207-08064-069>
8. Макарова Н.К., Зимина Э.В. Интеграция теоретической и практической подготовки обучающихся по программам профессиональной переподготовки по специальности «организация здравоохранения и общественное здоровье». *Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики*. 2023;(2):753-770. <https://doi.org/10.24412/2312-2935-2023-2-753-770>
9. Лудупова Е.Ю., Башкуева Е.Ю., Раднаева И.Э., Сансанова Л.Б. Формирование кадрового резерва руководителей медицинских организаций: опыт Республики Бурятия. *ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. Вестник ВШОУЗ*. 2024;10(2):4-12. <https://doi.org/10.33029/2411-8621-2024-10-2-4-12>
10. Долгополова И.В. К проблеме оценки эффективности деятельности службы по управлению персоналом. *Научный журнал НИУ ИТМО. Серия «Экономика и экологический менеджмент»*. 2014;(2):154-162.
11. Комиссаров Е.Е., Нуриева Н.С. Аспекты формирования эффективной организационной модели управления в учреждениях здравоохранения. *ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. Вестник ВШОУЗ*. 2024;10(2):59-67. <https://doi.org/10.33029/2411-8621-2024-10-2-59-67>
12. Коленникова О.А., Токсанбаева М.С. Обновление кадров в столичном здравоохранении: социально-демографические аспекты. *Здоровье мегаполиса*. 2025;6(2):8-17. <https://doi.org/10.47619/2713-2617.zm.2025.v.6i2;8-17>

References

1. Solé M. et al. How do medical doctors in the European Union demonstrate that they continued to meet criteria for registration and licensing? *Clinical Medicine*. 2014;14(6):633-639. <https://doi.org/10.7861/clin-medicine.14-6-633>
2. Kolennikova O.A. Social problems of the labour force in modern Russia. Moscow: FNISC RAN; 2024. 368 p. ISBN: 978-5-89697-431-4. <https://doi.org/10.19181/MONOGR.978-5-89697-431-4.2024> (In Russ.)
3. Aydarova I.A., Galina A.E. Importance of formation of the personnel reserve in health sector. *Economics and Innovations Management*. 2015;(5). Available from: <https://ekonomika.snauka.ru/2015/05/8786> (In Russ.)
4. Siburina T.A., Lokhtina L.K., Miroshnikova Yu.V. The condition and effectiveness of work with reserve of health care leading personnel. *Health Care of the Russian Federation*. 2015;59(1):4-9.
5. Ivanov N.P., Malkina L.V. Methodological aspects of training of managerial personnel for domestic health care system. *Fundamental Research*. 2018;(11-2):232-238. (In Russ.)
6. Berseneva E.A., Umnov S.V., Agamov Z.Kh. Expertise of managers of medical organizations in personnel management. *Russian Journal of Preventive Medicine*. 2022;25(10):104-110. <https://doi.org/10.17116/profmed202225101104> (In Russ.)
7. Komissarov E.E., Vanin E.Yu. Compliance of the managerial performance of heads of healthcare units with the professional standard "Specialist of Healthcare and Public Health Management". *Health Care Standardization Problems*. 2022;(7-8):64-69. <https://doi.org/10.26347/1607-2502202207-08064-069> (In Russ.)
8. Makarova N.K., Zimina E.V. Integration of theoretical and practical training of students in professional retraining programs in the specialty "health organization and public health". *Current Problems of Health Care and Medical Statistics*. 2023;(2):753-770. <https://doi.org/10.24412/2312-2935-2023-2-753-770> (In Russ.)
9. Ludupova E.Yu., Bashkueva E.Yu., Radnaeva I.E., Sansanova L.B. Formation of personnel reserve of heads of medical organizations: experience of the Republic of Buryatia. *Healthcare Management: News, Views, Education. Bulletin of VSHOUZ*. 2024;10(2):4-12. <https://doi.org/10.33029/2411-8621-2024-10-2-59-67> (In Russ.)
10. Dolgopolova I.V. To a problem of an assessment of efficiency of activity of service on human resource management. *Scientific Journal of NRU ITMO. Series "Economics and Environmental Management"*. 2014;(2):154-162. (In Russ.)
11. Komissarov E.E., Nurieva N.S. Aspects of forming an organizational management model in healthcare institutions. *Healthcare Management: News, Views, Education. Bulletin of VSHOUZ*. 2024;10(2):59-67. <https://doi.org/10.33029/2411-8621-2024-10-2-59-67> (In Russ.)
12. Kolennikova O.A., Toksanbayeva M.S. Personnel renewal in the Moscow Healthcare system: Socio-demographic aspects. *City Healthcare*. 2025;6(2):8-17. <https://doi.org/10.47619/2713-2617.zm.2025.v.6i2;8-17>

Информация о статье

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование: данная статья подготовлена авторами в рамках НИР «Научно-методическое обеспечение организационных аспектов повышения доступности и качества медицинской помощи в государственной системе здравоохранения города Москвы» (Номер по ЕГИСУ: 123032100063-3).

Сведения об авторах

Коленникова Ольга Александровна – канд. экон. наук, научный сотрудник ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы»; ведущий научный сотрудник Института социально-экономических проблем народонаселения Федерального научно-исследовательского социологического центра РАН, <https://orcid.org/0000-0002-0138-6115>

Токсанбаева Майраш Сейтказыевна – д-р экон. наук, научный сотрудник ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы»; главный научный сотрудник, зав. лабораторией Института социально-экономических проблем народонаселения Федерального научно-исследовательского социологического центра РАН, <https://orcid.org/0000-0002-3570-592X>

Вклад авторов

Все авторы – концепция и дизайн исследования, сбор материалов, написание текста, утверждение окончательного варианта статьи, ответственность за целостность всех частей статьи; М.С. Токсанбаева – редактирование, составление списка литературы; О.А. Коленникова – статистическая обработка материалов. Авторы прочитали и одобрили окончательный вариант рукописи.

Для корреспонденции

Коленникова Ольга Александровна
kolennikova@mail.ru

Статья поступила 23.10.2025
Принята к печати 20.02.2026
Опубликована 30.03.2026

Article info

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

Funding: This article was prepared by the authors within the framework of the research "Scientific and methodological support of organizational aspects of improving the availability and quality of medical care in the public health system of Moscow" (No. according to EGISU: № 123032100063-3).

About the authors

Olga A. Kolennikova – Cand. Sci. in Economics, Researcher at the Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management of Moscow Healthcare Department; Leading researcher at the Institute of Socio-Economic Studies of Population of the Federal Center of Theoretical and Applied Sociology RAS, <https://orcid.org/0000-0002-0138-6115>

Mairash S. Toksanbaeva – Dr. Sci. in Economics, Researcher at the Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management of Moscow Healthcare Department; Chief researcher, Head of Laboratory at the Institute of Socio-Economic Studies of Population of the Federal Center of Theoretical and Applied Sociology RAS, <https://orcid.org/0000-0002-3570-592X>

Authors' contributions

All authors contributed to the conception and design of the study, material collection, manuscript writing, approval of the final version of the article, and ensuring the integrity of all parts of the article. M.S. Toksanbaeva was responsible for editing and compiling the reference list. O.A. Kolennikova handled the statistical analysis of the materials.

Corresponding author

Olga A. Kolennikova
kolennikova@mail.ru

Received 23.10.2025
Accepted for publication 20.02.2026
Published 30.03.2026

УДК 616-092.6
<https://doi.org/10.47619/2713-2617.zm.2026.v7i1;17-27>

Роль внутреннего миграционного фактора в формировании патологической реактивности организма в условиях с повышенной климатогеографической напряженностью

А.В. Лемещенко^{1*}, М.В. Баженов², В.А. Матвеев², А.В. Мосин², Е.В. Морозов², А.Е. Ким¹

¹ Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова МО РФ, 194044, Россия, г. Санкт-Петербург, ул. Академика Лебедева, д. 6

² Государственный научно-исследовательский институт военной медицины МО РФ, 195043, Россия, г. Санкт-Петербург, ул. Лесопарковая, д. 4

*Автор, ответственный за переписку, email: lav_1981@mail.ru

Аннотация

Актуальность. Изучение миграционного фактора в формировании патологической реактивности организма населения в условиях с повышенной климатогеографической напряженностью имеет большое практическое значение для выявления объема адаптационных возможностей и лучшего понимания динамики изменений, которые могут быть применены к регионам с большей антропогенной модификацией. **Цель.** Оценить индивидуальную реактивность сердечно-сосудистой системы практически здоровых респондентов в зависимости от характеристики их эмоционального состояния в условиях с повышенной климатогеографической напряженностью. **Материалы и методы.** Обследовано 346 респондентов мужского пола, средний возраст $31,6 \pm 6,0$ года. Исследованы и выполнены расчеты показателей, характеризующих функциональное состояние сердечно-сосудистой системы, оценены адаптационные возможности сердечно-сосудистой системы по показателям индекса функциональных изменений и уровень эмоционального благополучия. **Результаты.** У респондентов, сменивших приполярные территории на полярные, достоверно повышены показатели САД, АДср., ПД и СОК на 9,5, 7,4, 13,7 и 7,4% соответственно в сравнении с респондентами, проживающими в благоприятном поясе средних широт при $p < 0,05$. При сравнении этих же показателей между лицами, сменившими приполярные территории и пояса средних широт на полярные территории, показатели превышали на 10,6, 7,7, 19,5 и 7,7% соответственно. Показатели ДП, КЭК и КВ у респондентов, сменивших приполярные территории на полярные, превышали незначительно: на 26,6, 27,7 и 18% соответственно, в сравнении с лицами, проживающими в благоприятном поясе средних широт. Уровень эмоционального благополучия у 66,7% лиц, сменивших приполярные территории на полярные, проявился в максимально среднем уровне психической активации. **Заключение.** Постоянно действующие (неуправляемые) миграционные факторы на практически здоровых респондентов, проживающих в условиях полярных территорий с повышенной климатогеографической напряженностью, на фоне преобладания среднего уровня эмоционального благополучия вызывают компенсаторную перестройку реакций организма и развития адаптивной формы первичной северной артериальной легочной гипертензии. Однако для организма человека, сменившего благоприятный пояс средних широт на полярные территории, миграционный фактор оказывается негативным: на фоне высокого уровня психической активации и интереса, среднего уровня эмоционального тонуса, низкого уровня напряжения и высокого уровня комфортности у данных лиц с высокой степенью вероятности развивается дезадаптивная форма первичной северной артериальной легочной гипертензии.

Ключевые слова: полярные и приполярные территории; адаптация; пульсовое давление; систолический объем крови; минутный объем кровообращения; коэффициент эффективности кровообращения; коэффициент выносливости; сердечно-сосудистая система; артериальная гипертензия; психическая активация

Для цитирования: Лемещенко А.В., Баженов М.В., Матвеев В.А., Мосин А.В., Морозов Е.В., Ким А.Е. Роль внутреннего миграционного фактора в формировании патологической реактивности организма в условиях с повышенной климатогеографической напряженностью. *Здоровье мегаполиса*. 2026;7(1):17-27. <https://doi.org/10.47619/2713-2617.zm.2026.v7i1;17-27>

© Лемещенко А.В., Баженов М.В., Матвеев В.А., Мосин А.В., Морозов Е.В., Ким А.Е., 2026

© Это произведение доступно по лицензии Creative Commons Attribution-ShareAlike («Атрибуция-СохранениеУсловий») 4.0 Всемирная.

УДК 616-092.6
<https://doi.org/10.47619/2713-2617.zm.2026.v7i1;17-27>

The Role of Internal Migration in the Formation of Pathological Reactivity in Adverse Climatic and Geographic Conditions

Alexey V. Lemeshchenko^{*}, Mikhail V. Bazhenov², Vladimir A. Matveev², Alexey V. Mosin², Evgeniy V. Morozov², Alexey E. Kim¹

¹ S.M. Kirov Military Medical Academy, 6, Akademika Lebedeva ul., 194044, Saint-Petersburg, Russian Federation

² State Research and Testing Institute of Military Medicine of the Ministry of Defense of the Russian Federation, 4, Lesoparkovaya ul., 195045, Saint-Petersburg, Russian Federation

*Corresponding author, email: lav_1981@mail.ru

Abstract

Background. The study of the migration role in the formation of pathological reactivity in adverse climatic and geographic conditions is of great practical importance for identifying the variety of adaptive capabilities and better understanding the changes that can be applied to regions with greater anthropogenic modification. The goal was to assess the individual reactivity of the cardiovascular system of generally healthy respondents depending on their emotional state in the conditions of climatic and geographic stress. **Materials and methods.** 346 male respondents with an average age of 31.6 ± 6.0 years participated in the study. The indicators characterizing the functional state of the cardiovascular system were studied and calculated, and the adaptive capabilities of the cardiovascular system were assessed based on the functional changes and emotional well-being. **Results.** Respondents who have moved from subpolar to polar regions higher SAD, average BP, pulse pressure and cardiac output indicators by 9.5, 7.4, 13.7 and 7.4% respectively, in comparison with respondents living in moderate mid-latitude conditions with $p < 0.05$. In comparison with the same indicators between individuals who moved from the subpolar and mid-latitude regions to the polar regions, the indicators were higher by 10.6, 7.7, 19.5 and 7.7%, respectively. Double product, myocardial efficiency, and endurance coefficient in respondents who moved from subpolar to polar areas were significantly higher by 26.6, 27.7 and 18%, respectively, compared to individuals living in the mid-latitude regions. In terms of emotional well-being, 66.7% of respondents who moved from subpolar to polar regions showed the highest average level of mental activation. **Conclusion.** The constant independent migratory factors of generally healthy respondents living in polar regions with adverse climatic and geographic conditions against the background of mid-levels of emotional well-being cause compensatory changes and an adaptive primary pulmonary arterial hypertension, which is typical for northern regions. However, an individual who moved from mid-latitude regions to polar regions experiences negative consequences of migration, as against the background of high mental activation and interest, mid-level emotional state, low level of stress, and high level of comfort, a maladaptive form of primary pulmonary arterial hypertension can develop.

Keywords: polar and subpolar regions; adaptation; pulse pressure; end-systolic volume; cardiac output; myocardial efficiency; endurance coefficient; cardiovascular system; arterial hypertension; mental activation

For citation: Lemeshchenko A.V., Bazhenov M.V., Matveev V.A., Mosin A.V., Morozov E.V., Kim A.E. The Role of Internal Migration in the Formation of Pathological Reactivity in Adverse Climatic and Geographic Conditions. *City Healthcare*. 2026;7(1):17-27. <https://doi.org/10.47619/2713-2617.zm.2026.v7i1;17-27>

Введение

По миграционным тенденциям Арктическая зона Российской Федерации (далее – полярные территории) радикально отличается от остальной территории России [1]. Ранняя диагностика компенсаторной перестройки реакций организма на популяционном уровне – это наиболее экономически результативный и единственный финансово доступный вариант достижения существенного улучшения здоровья населения, особенно в условиях с повышенной климатогеографической напряженностью [2]. При этом, несмотря на тенденцию к снижению смертности от сердечно-сосудистых заболеваний в Российской Федерации, ее динамика на полярных территориях имеет обратный характер [3]. В период адаптации человека к условиям полярных территорий происходит активация адаптационных систем организма, снижение сезонных показателей обмена веществ, сглаживание суточных ритмов, которые наиболее выражены в летний период, повышаются зимой и стабилизируются к концу второго года пребывания в данных условиях; отмечаются подавленное настроение, мигрень, боли в суставах, бессонница, пониженная работоспособность, возможны психические расстройства у лиц с уязвимостью к психическим заболеваниям, формирование синдрома взаимного утяжеления (коморбидности) [4–7]. Оценка адаптационных возможностей человека к экстремальным условиям полярных территорий имеет большое практическое значение для лучшего понимания динамики изменений, которые могут быть применены к регионам с большей антропогенной модификацией [8].

Цель

Оценить индивидуальную реактивность сердечно-сосудистой системы практически здоровых респондентов в зависимости от характеристики эмоционального состояния организма в условиях с повышенной климатогеографической напряженностью.

Материалы и методы

Объектом исследования явилось состояние здоровья практически здоровых 346 респондентов. В результате отбора и обследования сформировано 3 группы (А, В, С), после чего первая и третья группы разделены на 2 подгруппы АI, АII и СI и СII соответственно.

Первая группа (А) – проживающие на полярных территориях (опытная группа) (75° с.ш.,

30–90° в.д.) – 99 чел., из которых 31 чел. (АI, средний возраст $33,9 \pm 6,1$) сменил приполярные территории (60–70° с.ш., 30–90° в.д.) на полярные, 68 чел. (АII, средний возраст $35,5 \pm 6,8$) сменили пояс средних широт на полярные территории (75° с.ш., 30–90° в.д.).

Вторая группа (В, средний возраст $30,5 \pm 7,7$) – проживающие в поясе средних широт (контрольная группа) (50° с.ш., 30–90° в.д.) – 155 чел.

Третья группа (С) – проживающие в климатических условиях (42° с.ш., 30–90° в.д.) (контрольная группа) – 92 чел., из которых 20 чел. (СI, средний возраст $41,6 \pm 13,6$) – уроженцы данного климатического пояса, 72 чел. (СII, средний возраст $31,4 \pm 6,1$) сменили пояс средних широт на среднегорье субтропического климатического пояса. Критерием исключения из исследования являлось обострение имеющихся хронических заболеваний, исключены лица с заболеваниями сердечно-сосудистой и нервной систем.

Для достижения поставленной цели на начальном этапе исследований выполнено анкетирование для выявления хронических неинфекционных заболеваний, факторов риска их развития, сбор жалоб на состояние здоровья (опросники для оценки выраженности компонентов актуального функционального состояния), визуальный осмотр, в том числе выявление отклонений в эмоциональном состоянии (по внешнему виду, поведению, форме общения), оценены основные гемодинамические показатели сердечно-сосудистой системы у респондентов, проживающих в различных климатических поясах Российской Федерации и за ее пределами: ЧСС, САД, ДАД (на автоматическом тонометре OMRON M2 Basic RU (Германия); характеризующие функциональное состояние сердечно-сосудистой системы: среднее артериальное давление ($САД = (АДс - АДд) / 3 + АДд$), пульсовое давление ($ПД = АДс - АДд$) [9], систолический (ударный) объем крови ($СОК = 100 + 0,5ПД - 0,6ДД - 0,6В$), минутный объем кровообращения ($МОК = СОК \times ЧП$) [10], показатель двойного произведения ($ДП = (ЧСС) \times САД / 100$) [11], коэффициент эффективности кровообращения ($КЭК = ПД \times ЧСС$), коэффициента выносимости ($КВ = (ЧСС \times САД \times 10) / ПД$) [12]. Адаптационные возможности сердечно-сосудистой системы оценивали по показателям индекса функциональных изменений ($ИФИ = 0,011 \times ЧСС + 0,014 \times САД + 0,008 \times ДАД + 0,014 \times В + 0,009 \times МТ - 0,009Р - 0,27$) [13]. Для оценки психической активации, интереса, эмоционального тонуса, напряжения и комфортности использовалась методика, разработанная Л.А. Курганским и Т.А. Немчиным (1990) [14]. Уровень тревоги и депрессии оценивался с помощью госпитальной шкалы тревоги и депрессии Hads [15].

На персональном компьютере Mac OS с исполь-

зованием IBM SPSS Statistics, версия 26, при помощи программы Microsoft Excel 2019 проведена математическая и статистическая обработка. С помощью критерия Шапиро-Уилка проведены количественные показатели с оценкой значимости различий средних значений, имеющих нормальное распределение между пятью группами при помощи однофакторного дисперсионного анализа (ANOVA). Для переменных, распределение которых отличалось от нормального, использовался непараметрический тест Краскела-Уоллиса. Проверка гипотезы о происхождении групп, сформированных по качественному признаку из одной и той же популяции, проводилась

на основе построения таблиц сопряженности наблюдаемых и ожидаемых частот с применением критерия Хи-квадрат Пирсона. Различия признавались значимыми, если двусторонний показатель p -value был меньше 0,05.

Результаты

В таблице 1 представлены основные показатели сердечно-сосудистой системы респондентов, проживающих в различных климатических поясах.

Из представленных в таблице 1 данных видно: соотношение по группам адаптации значимо

Таблица 1. Сравнительный анализ показателей сердечно-сосудистой системы у респондентов, проживающих по месту рождения и сменивших регион проживания

Table 1. Comparative analysis of cardiovascular indicators in respondents living in the place of birth and those who have changed their place of residence

Место проживания, пояс	А (n=99)		В (n=155)	С (n=92)		P
	АI (n=31)	АII (n=68)		СI (n=20)	СII (n=72)	
Место рождения, пояс						
Средний возраст, лет	33,9	35,5	30,5	41,6	31,4	0,001*
Стаж проживания в климатическом поясе на данный момент, лет	9,5	8,4	30,5	41,6	4,4	0,001*
Рост, см	175,7	177,1	178,3	174,3	177,2	0,128
Вес, кг	82,8	83,6	80,1	82,0	77,5	0,137
Окружность груди, см	102,1	102,6	96,4	107,1	100,4	0,003*
Индекс массы тела, кг/м ²	23,5	23,6	25,2	27,0	24,7	0,001*
ЧСС, уд./мин.	78,3	76,4	74,1	77,5	73,9	0,147
САД, мм рт. ст.	133,9	120,4	121,7	120,6	118,1	0,001*
ДАД, мм рт. ст.	85,0	80,2	79,1	79,4	78,8	0,395
АДср., мм рт. ст.	101,1	93,6	93,8	93,0	91,9	0,032*
ПД, мм рт. ст.	48,9	40,2	42,6	41,3	40,4	0,007*
СОК, мл/мин.	101,1	93,6	93,8	93,0	91,9	0,032*
МОК, мл/мин.	4142,28	3818,6	4163,9	3858,52	3999,47	0,318
ДП, усл. ед.	106,1	90,6	83,8	84,8	85,0	0,117
КЭК, усл. ед.	3849,7	3064,0	3014,7	2867,5	2906,7	0,055
КВ, усл. ед.	2269,1	2339,9	1920,2	2156,1	2169,5	0,094

Примечание: ЧСС – частота сердечных сокращений; САД – систолическое артериальное давление; ДАД – диастолическое артериальное давление; АДср. – среднее артериальное давление; ПД – пульсовое давление; СОК – систолический объем крови; МОК – минутный объем кровообращения; ДП – показатель двойного произведения; КЭК – коэффициент эффективности кровообращения; КВ – коэффициент выносливости; * – различия статистически значимы.

Составлено авторами по данным исследования.
Compiled by the authors based on the research data.

Таблица 2. Сравнительный анализ показателей адаптации сердечно-сосудистой системы у респондентов, проживающих по месту рождения и сменивших регион проживания**Table 2.** Comparative analysis of cardiovascular adaptation indicators in respondents living at the place of birth and those who have changed their place of residence

Место проживания, пояс		А (n=99)		В (n=155)	С (n=92)		P
Место рождения, пояс		АI (n=31)	АII (n=68)		СI (n=31)	СII (n=68)	
Индекс функциональных изменений, баллы		2,9	2,6	2,4	2,6	2,4	0,001*
Функция по ИФИ, баллы	Удовлетворительная (до 2,59)	00,0	61,5	76,4	50,0	72,6	0,001*
	Напряжение (2,60–3,09)	100,0	23,1	20,8	42,9	24,2	
	Неудовлетворительная (3,10–3,49)	00,0	15,4	02,8	07,1	03,2	

Примечание: * – различия статистически значимы.

Составлено авторами по данным исследования.
Compiled by the authors based on the research data.

различается между всей популяцией респондентов, проживающих в трех климатических поясах, а также в зависимости от их места рождения. Необходимо отметить, что в группе АI разница между систолическим и диастолическим артериальным давлением составила 48,9 мм рт. ст., а возрастание ЧСС (до 78 уд./мин.) и МОК (до 4142,28 мл/мин.) указывает на возрастание энергетического обмена в организме. У респондентов группы АI достоверно повышены показатели САД, АДср. (в пределах нормы: <90 мм рт. ст.), ПД (в пределах нормы: 47–48 мм рт. ст.), СОК на 9,5, 7,4, 13,7 и 7,4% соответственно в сравнении с респондентами группы В при $p < 0,05$. При сравнении этих же показателей между лицами группы АI и АII показатели превышали на 10,6, 7,7, 19,5 и 7,7% соответственно.

По показателям ДП, КЭК и КВ у респондентов группы АI наблюдалась тенденция в увеличении показателей в сравнении с респондентами группы В. Так, показатель ДП у респондентов группы В, СI и СII находился в пределах референсного значения нормы и составил 83,8 усл. ед. (среднее значение 76–89 усл. ед.). У респондентов группы АI и АII показатель ДП находился выше среднего значения (>90 усл. ед.), значения из группы АI превышали на 26,6% в сравнении с лицами группы В. Показатели КЭК и КВ были увеличены у всех респондентов выше нормы, но у респондентов группы АI данные показатели превышали на 27,7 и 18% соответственно в сравнении с лицами группы В.

Для определения адаптационных резервов организма в различных климатических поясах у респондентов были изучены показатели индекса функциональных изменений и адаптационного потенциала (табл. 2).

Из представленных в таблице 2 данных мы наблюдаем, что показатель ИФИ в 2,4 балла свиде-

тельствовал об удовлетворительной адаптации только у респондентов из групп В и СI, у респондентов группы АI, показатель ИФИ был выше на 20,8% в сравнении с респондентами группы В при $p < 0,05$.

По результатам оценки выраженности компонентов актуального функционального состояния снижение физической работоспособности больше наблюдалось у лиц из группы АI и АII, однако у лиц из группы АII снижение физической, умственной работоспособности и жалобы на одышку при ходьбе наблюдались чаще, а по результатам сравнительного анализа показателей эмоционального состояния респондентов, проживающих по месту рождения и сменивших регион проживания (табл. 3), мы наблюдали максимально положительные показатели факторов только у респондентов группы СII; по уровню психической активации у 71,2% высокий уровень, они ощущали себя отдохнувшими, бодрыми, чувствовали желание работать, по шкале интереса как психического состояния: у 86,4% наблюдалась тенденция в высоком уровне интереса (сосредоточенность, внимательность, увлеченность какой-либо деятельностью), по шкале эмоционального тонуса у 95,5% высокий эмоциональный тонус (хорошее самочувствие, преобладание радостных позитивных эмоций), по шкале комфортности у 66,7% высокий уровень (хорошее настроение, преобладание чувства беззаботности и довольства). Чего нельзя сказать о респондентах группы А, у которых, кроме достоверного максимально среднего уровня психической активации (48,7–66,7%), наблюдалась тенденция в максимально среднем уровне эмоционального тонуса (14,3–17,9%), максимально высоком уровне напряжения (4,8%), максимально среднем уровне комфортности (59,1%) и появлении клинической

тревоги (4,8%) по уровню депрессии госпитальной шкалы тревоги и депрессии HADS.

Обсуждение

У лиц, сменивших приполярные территории на полярные, некоторые показатели адаптации

сердечно-сосудистой системы имели худшие показатели в сравнении с лицами, сменившими пояс средних широт на полярные территории. Полученные показатели гемодинамики у респондентов, сменивших приполярные территории на полярные, указывают на наличие у данных лиц напряжения механизмов адаптации (значение ИФИ достигло 2,9 балла) и развития адаптивной формы

Таблица 3. Сравнительный анализ показателей эмоционального состояния у респондентов, проживающих по месту рождения и сменивших регион проживания, %

Table 3. Comparative analysis of the emotional state of respondents living at the place of birth and those who have changed their place of residence, %

Фактор	Место проживания, пояс	А (n=99)		В (n=155)	С (n=92)		P
	Место рождения, пояс	А1 (n=31)	АП (n=68)		С1 (n=31)	СП (n=68)	
1. Опросник для оценки выраженности компонентов актуального функционального состояния							
Снижение физической работоспособности	нет	80,6	75,0	96,8	95,0	94,4	0,001*
	да	19,4	25,0	03,2	05,0	05,6	
Снижение умственной работоспособности	нет	96,8	86,8	98,7	100,0	98,6	0,001*
	да	03,2	13,2	01,3	00,0	01,4	
Одышка при ходьбе	нет	96,8	92,6	98,1	100,0	100,0	0,065
	да	03,2	07,4	01,9	00,0	00,0	
2. Методика оценки психической активации, интереса, эмоционального тонуса, напряжения и комфортности Л.А. Курганского и Т.А. Немчина, %							
Уровень психической активации	высокий	33,3	48,7	48,8	43,8	71,2	0,012*
	средний	66,7	48,7	50,0	50,0	27,3	
	низкий	00,0	02,6	01,2	06,3	01,5	
Уровень интереса	высокий	61,9	71,8	68,3	68,8	86,4	0,077
	средний	38,1	28,2	31,7	31,3	13,6	
Уровень эмоционального тонуса	высокий	85,7	82,1	87,8	87,5	95,5	0,285
	средний	14,3	17,9	12,2	12,5	04,5	
Уровень напряжения	низкий	09,5	12,8	22,0	00,0	15,2	0,383
	средний	85,7	87,2	74,4	100,0	81,8	
	высокий	04,8	00,0	03,7	00,0	03,0	
Уровень комфортности	высокий	40,9	46,2	52,4	43,8	66,7	0,133
	средний	59,1	51,3	46,3	56,3	31,8	
	низкий	00,0	02,6	01,2	00,0	01,5	
3. Госпитальная шкала тревоги и депрессии HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale), %							
Уровень депрессии	норма	95,2	97,5	98,0	94,7	95,8	0,886
	субклиническая тревога	00,0	02,5	02,0	05,3	04,2	
	клиническая тревога	04,8	00,0	00,0	00,0	00,0	

Примечание: * – различия статистически значимы.

Составлено авторами по данным исследования.
Compiled by the authors based on research data.

первичной северной артериальной легочной гипертензии (систолическое давление в легочной артерии при гипертензии поднимается до 40 мм рт. ст.) [16]. В условиях мышечной деятельности мышечная потребность в кислороде возрастает пропорционально мощности выполняемой работы, при этом общее потребление организма кислородом может возрасти в 10 раз и более, чем обусловлено увеличение МОК у лиц, проживающих на полярных территориях, до 4142,28 мл/мин. Однако установлено, что у респондентов, сменивших пояс средних широт на полярные территории, также наблюдается напряжение механизмов адаптации (значение ИФИ достигло 2,6 балла) и развитие дезадаптивной формы первичной северной артериальной легочной гипертензии, снижение умственной (13,2%) и физической работоспособности (25%), снижение ударного и минутного объема сердца в сравнении с группой лиц, проживающих в благоприятном поясе средних широт, но в пределах нормы (однако систолическое артериальное давление не достигло 65 мм рт. ст.) [16] без нарушения регионарного кровотока (пульсовое давление достоверно повышено в сравнении с группой контроля В), причиной которого, вероятнее всего, является возрастание общего периферического сопротивления сосудов вследствие внешних факторов, оказывающих серьезное влияние на кровообращение человека в условиях полярных территорий: резких сезонных, меж- и внутрисуточных перепадов атмосферного давления, холодового воздействия, резкого изменения фотопериодичности (полярный день и полярная ночь), колебания магнитного поля Земли.

Таким образом, исходя из полученных данных, у респондентов, проживающих на полярных территориях, выявлено повышенное артериальное давление, ослабление функции и напряжения механизмов адаптации сердечно-сосудистой системы на фоне преобладания среднего уровня эмоционального благополучия по таким характеристикам психического состояния, как психическая активация, интерес, эмоциональный тонус, напряжение, уровень комфортности, депрессия. Это свидетельствует о влияющей роли экстремальных факторов окружающей среды, вызывает стресс, срыв адаптации в ответ на большую длительность действия стрессорного фактора у лиц, проживающих на полярных и приполярных территориях, в отличие от лиц, проживающих в благоприятном поясе средних широт или сменивших пояс средних широт на среднегорье субтропического климатического пояса. Одновременно у лиц,

сменивших приполярные территории на полярные, адаптация к возникшим вызовам стрессоров имела худшие показатели адаптации сердечно-сосудистой системы в сравнении с лицами, сменившими благоприятный пояс средних широт на полярные территории.

Вывод

Постоянно действующие (неуправляемые) миграционные факторы на практически здоровых респондентов, проживающих в условиях полярных территорий с повышенной климатогеографической напряженностью, на фоне преобладания среднего уровня эмоционального благополучия вызывают компенсаторную перестройку реакций организма и развитие адаптивной формы первичной северной артериальной легочной гипертензии. Однако для организма человека, сменившего благоприятный пояс средних широт на полярные территории, миграционный фактор представляется не столь однозначно положительным явлением. На фоне высокого уровня психической активации и интереса, среднего уровня эмоционального тонуса, низкого уровня напряжения и высокого уровня комфортности; у данных лиц с высокой степенью вероятности развивается дезадаптивная форма первичной северной артериальной легочной гипертензии.

Заключение

Постоянно действующие (неуправляемые) миграционные факторы на практически здоровых респондентов, проживающих в условиях полярных территорий с повышенной климатогеографической напряженностью, на фоне преобладания среднего уровня эмоционального благополучия вызывают компенсаторную перестройку реакций организма и развития адаптивной формы первичной северной артериальной легочной гипертензии. Однако для организма человека, сменившего благоприятный пояс средних широт на полярные территории, миграционный фактор оказывается негативным: на фоне высокого уровня психической активации и интереса, среднего уровня эмоционального тонуса, низкого уровня напряжения и высокого уровня комфортности у данных лиц с высокой степенью вероятности развивается дезадаптивная форма первичной северной артериальной легочной гипертензии.

Список литературы

1. Ковалева О.М. Миграционные тенденции в Арктической зоне России в 2012–2019 годах. *Народонаселение*. 2021;24(4):147-160. <https://doi.org/10.19181/population.2021.24.4.12>
2. Рыбченко А.А., Шабанов Г.А., Пегова Е.В. и др. Компьютерная технология «Мониторинг и коррекция индивидуального здоровья человека». *Вестник Уральской медицинской академической науки*. 2014;(2):42-44.
3. Орлова Н.В., Сапожников С.А. Эпидемиология сердечно-сосудистых заболеваний и факторов риска их развития в странах Арктики. *Морская медицина*. 2023;9(2):7-17.
4. Сериков В.В., Атьков О.Ю., Горохова С.Г. и др. Оценка адаптационно-приспособительных реакций организма пилотов во время кругосветного арктического перелета. *Медицина труда и промышленная экология*. 2020;60(4):232-237. <https://doi.org/10.31089/1026-9428-2020-60-4-232-237>
5. Осин М.В., Мальцев В.П. Оценка морфофизиологических характеристик обучающихся, проживающих в условиях севера. *Вестник Нижневарттовского государственного университета*. 2020;(2):116-123. <https://vestnik.nvsu.ru/ru/nauka/article/112468/view#online>
6. Афанасьева Е.Б., Борисова Н.В. Состояние антропофункциональных показателей у коренных и пришлых жителей Республики Саха (Якутия). *Журнал медико-биологических исследований*. 2020;8(3):309-313. <https://doi.org/10.37482/2687-1491-Z022>
7. Шустов Е.Б., Фокин Ю.В., Люблинский С.Л. и др. Фармакологическая коррекция переносимости одновременного гипоксического и температурного воздействия на функциональное состояние организма. *Биомедицина*. 2021;17(1):57-69. <https://doi.org/10.33647/2074-5982-17-1-57-69>
8. Chapin F.S., Hoel M., Carpenter S.R. et al. Building resilience and adaptation to manage Arctic change. *Ambio*. 2006;35(4):198-202. [https://doi.org/10.1579/0044-7447\(2006\)35\[198:braatm\]2.0.co;2](https://doi.org/10.1579/0044-7447(2006)35[198:braatm]2.0.co;2)
9. Тарабрина Н.Ю., Грабовская Е.Ю., Тарабрина В.А. и др. Выраженность основных показателей центральной кардиогемодинамики у борцов различной квалификации. *Ученые записки Крымского федерального университета имени В.И. Вернадского. Биология. Химия*. 2018;4(70-1):92-103.
10. Радышевская Т.Н., Старикова И.В., Питерская Н.В. Анализ показателей вегетативной регуляции и системной гемодинамики у студентов на различных этапах адаптации к учебному процессу. *Вестник Волгоградского государственного медицинского университета*. 2020;1(73):102-105. [https://doi.org/10.19163/1994-9480-2020-1\(73\)-102-105](https://doi.org/10.19163/1994-9480-2020-1(73)-102-105)
11. Юсупова Н.З., Лядова И.В., Хайруллина Л.Р. и др. Оценка функционального состояния организма работников общественного питания. *Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание*. 2023;17(2):98-104. <https://doi.org/10.24412/2075-4094-2023-2-2-4>
12. Репалова Н.В., Авдеева Е.В. Изменение адаптационного потенциала сердечно-сосудистой системы у иностранных студентов в условиях предэкзаменационного стресса. *Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований*. 2021;(4):12-16. <https://doi.org/10.17513/mjpf.13197>
13. Баевский Р.М., Берсенева А.П. Оценка адаптационных возможностей организма и риск развития заболеваний. М.: Медицина, 1997. 234 с.
14. Истратова О.Н. Психодиагностика. Ростов-на-Дону: Феникс; 2006. 375 с.
15. Bjelland I., Dahl A., Haug T., Neckelmann D. The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale. An updated literature review. *Journal of Psychosomatic Research*. 2002;52(2):69-77. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(01\)00296-3](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(01)00296-3)
16. Ноздрачев А.Д., Маслюков П.М. Нормальная физиология. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. 1088 с.

References

1. Kovaleva O.M. Migration Trends in the Arctic Zone of Russia in 2012–2019. *Population*. 2021;24(4):147-160. <https://doi.org/10.19181/population.2021.24.4.12> (In Russ.)
2. Rybchenko A.A., Shabanov G.A., Pegova E.V. et al. Computer Technology “Monitoring and Correction of

- Individual Health". *Bulletin of the Ural Medical Academic Science*. 2014;2:42-44. (In Russ.)
3. Orlova N.V., Sapozhnikov S.A. Epidemiology of Cardiovascular Diseases and Risk Factors for Their Development in the Arctic Countries. *Marine Medicine*. 2023;9(2):7-17. (In Russ.)
 4. Serikov V.V., Atkov O.Yu., Gorokhova S.G. et al. Assessment of Adaptation-Adaptive Reactions of the Pilots' Body During the Round-the-World Arctic Flight. *Russian Journal of Occupational Health and Industrial Ecology*. 2020;4:232-237. <https://doi.org/10.31089/1026-9428-2020-60-4-232-237> (In Russ.)
 5. Osin M.V., Maltsev V.P. Evaluation of Morpho-Physiological Characteristics of Students Living in Northern Conditions. *Bulletin of Nizhnevartovsk State University*. 2020;2:116-123. <https://vestnik.nvsu.ru/ru/nauka/article/112468/view#online> (In Russ.)
 6. Afanasyeva E.B., Borisova N.V. The Anthropometric and Functional Indicators in the Indigenous and Newcomer Residents of the Republic of Sakha (Yakutia). *Journal of Medical and Biological Research*. 2020;8(3):309-313. <https://doi.org/10.37482/2687-1491-Z022> (In Russ.)
 7. Shustov E.B., Fokin Yu.V., Lyublinsky S.L. et al. Drug Correction of Hypoxic Thermal Impact on Organismal Functional State. *Journal Biomed*. 2021;17(1):57-69. <https://doi.org/10.33647/2074-5982-17-1-57-69> (In Russ.)
 8. Chapin F.S., Hoel M., Carpenter S.R. et al. Building Resilience and Adaptation to Manage Arctic Change. *AMBIO: A J. of the Human Environment*. 2006;35(4):198-202. [https://doi.org/10.1579/0044-7447\(2006\)35\[198:braatm\]2.0.co;2](https://doi.org/10.1579/0044-7447(2006)35[198:braatm]2.0.co;2)
 9. Tarabrina N.Yu., Grabovskaya E.Yu., Tarabrina V.A. et al. Manifestation of the Main Indicators of the Central Cardiohemodynamics in Wrestlers of Different Qualification. *Scientific Notes of V.I. Vernadsky Crimean Federal University. Biology. Chemistry*. 2018;4(70)(1):92-103. (In Russ.)
 10. Radshevskaya T.N., Starikova I.V., Piterskaya N.V. Analysis of Indices of Autonomic Nervous Regulation and System Hemodynamics in Students at Various Stages of Adaptation to the Educational Process. *Journal of Volgograd State Medical University*. 2020;17(1):102-105. [https://doi.org/10.19163/1994-9480-2020-1\(73\)-102-105](https://doi.org/10.19163/1994-9480-2020-1(73)-102-105) (In Russ.)
 11. Yusupova N.Z., Lyadova I.V., Khairullina L.R. et al. Assessment of the Functional State of the Organism of Public Catering Workers. *Journal of New Medical Technologies. eEdition*. 2023;17(2):98-104. <https://doi.org/10.24412/2075-4094-2023-2-2-4> (In Russ.)
 12. Repalova N.V., Avdeeva E.V. Change in the Adaptive Potential of the Cardiovascular System in Foreign Students Under Conditions of Pre-Examination Stress. *International Journal of Applied and Fundamental Research*. 2021;(4):12-16. <https://doi.org/10.17513/mjpf.13197> (In Russ.)
 13. Baevskiy R.M., Berseneva A.P. Assessment of the Adaptive Capabilities of the Body and the Risk of Developing Diseases. *Moscow: Meditsina*. 1997. 234 p. (In Russ.)
 14. Istratova O.N. Psychodiagnostics. Collection of the best tests. 2nd ed. *Rostov-on-Don: Feniks*. 2006. 375 p. (In Russ.)
 15. Bjelland I., Dahl A.A., Haug T.T., Neckelmann D. The Validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale. An Updated Literature Review. *Journal of Psychosomatic Research*. 2002;52(2):69-77. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(01\)00296-3](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(01)00296-3)
 16. Nozdrachev A.D., Maslyukov P.M. Normal Physiology: textbook. Moscow: GEOTAR-Media. 2019. 1088 p. (In Russ.)

Информация о статье

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование: исследование выполнено в рамках утвержденного плана научно-исследовательской работы Военно-медицинской академии имени С.М. Кирова.

Article info

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

Funding: the study was carried out as part of the approved research plan of the S.M. Kirov Military Medical Academy.

Соответствие принципам этики: исследование проводили одновременно после подписания личного информированного согласия респондентами и одобрения независимого этического комитета при Военно-медицинской академии имени С.М. Кирова (выписка из протокола № 277 очередного заседания независимого Этического комитета при Военно-медицинской академии имени С.М. Кирова. 25 апреля 2023 г.).

Сведения об авторах

Лемещенко Алексей Викторович – д-р мед. наук, преподаватель Военно-медицинской академии имени С.М. Кирова; <https://orcid.org/0000-0001-6786-2332>

Баженов Михаил Васильевич – начальник госпиталя филиала № 2 ФГБУ «Государственный научно-исследовательский институт военной медицины»; <https://orcid.org/0000-0003-2201-3948>

Матвеев Владимир Александрович – начальник группы анестезиологии-реанимации (подвижной) научно-исследовательского испытательного Центра (прикладных исследований и полигонных испытаний) ФГБУ «Государственный научно-исследовательский институт военной медицины»

Мосин Алексей Владимирович – начальник отделения анестезиологии-реанимации (с палатами реанимации и интенсивной терапии) госпиталя филиала № 2 ФГБУ «Государственный научно-исследовательский институт военной медицины»

Морозов Евгений Викторович – заместитель начальника госпиталя по медицинской части филиала № 2 ФГБУ «Государственный научно-исследовательский институт военной медицины»

Ким Алексей Евгеньевич – д-р мед. наук, доцент Военно-медицинской академии имени С.М. Кирова; <https://orcid.org/0000-0003-4591-2997>

Compliance with ethical principles: the study was conducted after the informed consent was signed and approved by the independent Ethics Committee of S.M. Kirov Military Medical Academy (extract from the minutes of the meeting No. 277 of the independent Ethics Committee of the S.M. Kirov Military Medical Academy dated April 25, 2023).

About the authors

Alexey V. Lemeshchenko – Dr. Sci. in Medicine, Lecturer at the S.M. Kirov Military Medical Academy of the Ministry of Defense of the Russian Federation; <https://orcid.org/0000-0001-6786-2332>

Mikhail V. Bazhenov – Head of the Hospital Branch No 2 of the State Research and Testing Institute of Military Medicine; <https://orcid.org/0000-0003-2201-3948>

Vladimir A. Matveyev – Head of the Anesthesiology and Reanimation Group (Mobile) of the Research and Testing Center (Applied Research and Field Tests) of the State Research and Testing Institute of Military Medicine

Alexey V. Mosin – Head of the Anesthesiology and Reanimation Department (with Intensive Care Units) of the Hospital Branch No 2 of the State Research and Testing Institute of Military Medicine

Evgeniy V. Morozov – Deputy Head on Medical Affairs of the Hospital Branch No 2 of the State Research and Testing Institute of Military Medicine

Alexey E. Kim – Dr. Sci. in Medicine, Associate Professor of the S.M. Kirov Military Medical Academy of the Ministry of Defense of the Russian Federation; <https://orcid.org/0000-0003-4591-2997>

Вклад авторов

А.В. Лемещенко – концепция и дизайн исследования, сбор и обработка статистического материала, анализ данных, написание текста, утверждение окончательного варианта статьи; М.В. Баженов – составление списка литературы; В.А. Матвеев – редактирование текста; А.В. Мосин – редактирование текста; Е.В. Морозов – редактирование текста; А.Е. Ким – ответственность за целостность всех частей статьи. Авторы прочитали и одобрили окончательный вариант рукописи.

Для корреспонденции

Лемещенко Алексей Викторович
lav_1981@mail.ru

Статья поступила 10.11.2025
Принята к печати 26.02.2026
Опубликована 30.03.2026

Authors' contributions

A.V. Lemeshchenko – concept and design of the study, collection and processing of the statistical material, data analysis, text writing, approval of the final version of the manuscript; M.V. Bazhenov – compilation of the list of references; V.A. Matveyev – text editing; A.V. Mosin – text editing; E.V. Morozov – text editing; A.E. Kim – responsibility for the integrity of all parts of the article. All authors read and approved the final version of the article.

Corresponding author

Alexey V. Lemeshchenko
lav_1981@mail.ru

Received 10.11.2025
Accepted for publication 26.02.2026
Published 30.03.2026

УДК 613.95:613.25-053.6
<https://doi.org/10.47619/2713-2617.zm.2026.v.7i1;28-39>

Поведенческие факторы образа жизни как предикторы нормальной массы тела в городской популяции молодежи

Е.В. Булычева

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Оренбургский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 460000, Россия, г. Оренбург, ул. Советская, д. 6

Автор, ответственный за переписку, email: bulycheva_yekaterina@list.ru

Аннотация

Введение. Актуальность исследования обусловлена растущей проблемой нарушений массы тела среди молодого населения в условиях урбанизации. Современная городская среда формирует специфические риски: доступность высококалорийных продуктов, гиподинамию и хронический стресс, что создает предпосылки для развития избыточной массы тела и ожирения. **Цель исследования** – оценка взаимосвязи между комплексом поведенческих факторов образа жизни (пищевое поведение, уровень физической активности, наличие вредных привычек, гигиена сна) и показателями индекса массы тела у городской молодежи. **Методы исследования.** Проведено одномоментное поперечное исследование с участием 200 респондентов. Сбор данных осуществлялся посредством анонимного онлайн-опроса со структурированной анкетой. Статистический анализ выполнен с использованием методов дескриптивной статистики, корреляционного и регрессионного анализа. **Результаты.** У 64,5% респондентов выявлен нормальный вес, у 26% – избыточная масса тела или ожирение, у 6% – дефицит массы. Выявлена сложная многофакторная природа взаимосвязи между поведенческими факторами и массой тела. **Заключение.** Результаты исследования подчеркивают важность комплексного подхода к профилактике нарушений массы тела среди молодежи и могут быть использованы для разработки целевых профилактических программ.

Ключевые слова: индекс массы тела; поведенческие факторы; молодежь; образ жизни; профилактика ожирения; городская популяция

Для цитирования: Булычева Е.В. Поведенческие факторы образа жизни как предикторы нормальной массы тела в городской популяции молодежи. *Здоровье мегаполиса*. 2026;7(1):28-39. <https://doi.org/10.47619/2713-2617.zm.2026.v.7i1;28-39>

УДК 613.95:613.25-053.6
<https://doi.org/10.47619/2713-2617.zm.2026.v.7i1;28-39>

Behavioral Lifestyle Factors as Predictors of Normal Body Weight in the Urban Youth Population

Ekaterina V. Bulycheva

Orenburg State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation, 6 Sovetskaya ul., 460000, Orenburg, Russian Federation

Corresponding author, email: bulycheva_yekaterina@list.ru

Abstract

Background. The prevalence of weight disorders is rising among the young population in the context of urbanization. The modern urban environment creates specific risks, such as the availability of high-calorie foods, physical inactivity, and chronic stress, which contribute to overweight and obesity. **Objective.** To assess the relationship between behavioral lifestyle factors (eating behavior, physical activity level, bad habits, and sleep hygiene), and body mass index among urban youth. **Materials and methods.** A cross-sectional study was conducted with 200 participants. Data were collected through an anonymous online survey using a structured questionnaire. The statistical analysis was performed using the methods of descriptive statistics, correlation, and regression analysis. **Results.** Among respondents, 64.5% had normal weight, 26% were overweight or obese, and 6% were underweight. Analysis revealed complex, multifactorial nature of the relationship between behavioral factors and weight. **Conclusion.** The findings highlight the importance of an integrated approach to the prevention of weight disorders among young people. The study results can be used to develop targeted prevention programs.

Keywords: body mass index, behavioral factors, youth, lifestyle, obesity prevention, urban population

For citation: Bulycheva E.V. Behavioral Lifestyle Factors as Predictors of Normal Body Weight in the Urban Youth Population. *City Healthcare*. 2026;7(1):28-39. <https://doi.org/10.47619/2713-2617.zm.2026.v.7i1;28-39>

Введение

Проблема формирования избыточной массы тела у молодого населения является одной из наиболее актуальных для современного здравоохранения мегаполисов¹. Урбанизированная среда создает специфические риски, способствующие распространению поведенческих факторов, ассоциированных с нарушением энергетического баланса: доступность высококалорийных продуктов глубокой переработки, гиподинамия, обусловленная цифровизацией и транспортной доступностью, а также хронический стресс [1, 2]. Понимание комплекса модифицируемых детерминант, влияющих на антропометрические показатели у городской молодежи, составляет основу для разработки эффективных профилактических программ [3].

Несмотря на значительное количество исследований, посвященных изучению связи отдельных компонентов образа жизни (пищевое поведение, физической активности, режима сна, психологического благополучия) с индексом массы тела (ИМТ) [4–6], их комплексный анализ в конкретной социально-возрастной группе – городской молодежи – остается недостаточно изученным. Существует потребность в уточнении вклада каждого из факторов в контексте урбанизации, где их проявление и взаимодействие имеют свою специфику. В частности, нездоровое пищевое поведение и употребление ультрапереработанных продуктов тесно связаны с неудовлетворенностью. Субъективное восприятие собственного тела – Body image (образ тела) – являются значимым фактором риска [7, 8]. Однако низкая физическая активность и малоподвижный образ жизни становятся все более распространенными [1, 2]. Актуальность таких исследований обусловлена тем, что поведенческие паттерны, сформированные в молодом возрасте, определяют состояние здоровья населения мегаполиса в долгосрочной перспективе, влияя на уровень заболеваемости неинфекционными заболеваниями и качество жизни.

Таким образом, комплексная оценка взаимосвязи поведенческих практик и антропометрических показателей у молодежи, проживающей в условиях крупного города, представляет собой важную научно-практическую задачу. Ее решение позволит выявить ключевые точки приложения для адресных вмешательств в рамках городских программ по укреплению общественного здоровья [9].

Цель – оценка взаимосвязи между комплексом поведенческих факторов образа жизни (пищевое поведение, уровень физической активности, нали-

чие вредных привычек, гигиена сна) и показателями индекса массы тела у городской молодежи.

Материалы и методы

Дизайн исследования и коллектив наблюдения. Проведено одномоментное поперечное исследование, в котором данные собираются от различных групп людей или субъектов в один конкретный момент времени. Он дает «снимок» ситуации и помогает изучить текущее состояние, выявить взаимосвязи между переменными и сравнить разные группы. В анализ включены данные 200 респондентов, добровольно принявших участие в анонимном онлайн-опросе, направленном на изучение практик здорового образа жизни и их связи с антропометрическими показателями. Медианное значение возраста выборки составило 20 лет, что характеризует центральную тенденцию распределения исследуемого признака (табл. 1). Первый квартиль (Q1) определен на уровне 19 лет, что соответствует 25-му процентилю распределения и указывает на то, что четверть выборки представлена респондентами в возрасте 19 лет и младше. Третий квартиль (Q3) зафиксирован на отметке 21 год, что соответствует 75-му процентилю и демонстрирует верхнюю границу возраста для трех четвертей выборки.

В таблице 2 представлены обобщенные данные, отражающие социально-демографические характеристики респондентов, участвовавших в исследовании. Распределение респондентов по семейному положению демонстрирует преобладание категории «Холост / живу один» (68%), что указывает на высокую долю одиноких участников в выборке. Значительная часть выборки (24%) состоит из лиц, проживающих с официальным супругом/супругой. Категория «Холост / не замужем / гражданский брак» составляет 8%, что свидетельствует о меньшей распространенности незарегистрированных браков.

Критерием включения являлась полнота предоставления данных о росте, весе и ключевых поведенческих факторах.

Методы сбора данных и переменные. Первичные данные собирались с помощью структурированной анкеты, включавшей пять блоков: антропометрические показатели и поведенческие факторы, пищевое поведение, практики здорового образа жизни, социодемографические и оценочные переменные.

Антропометрические показатели: рост (см) и вес (кг) сообщались респондентами самосто-

¹ О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации в 2024 году: Государственный доклад. М.: Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, 2025. 424 с. URL: https://www.rosпотребнадзор.ru/documents/details.php?ELEMENT_ID=30171

Таблица 1. Статистические показатели возраста опрошенных
Table 1. Statistical indicators of respondents' age

Статистика квартилей	Рассчитанное значение
Первый квартиль (Q1)	19
Третий квартиль (Q3)	21
Медиана = Q2 (\bar{x})	20

Составлено авторами по данным исследования.
 Compiled by the authors based on research data.

Таблица 2. Социально-демографическая характеристика респондентов
Table 2. Socio-demographic characteristics of respondents

Параметр	Процент
Семейное положение	
Проживаю с официальным супругом/супругой в одном домохозяйстве	24,0
Холост / живу один	68,0
Холост, не замужем / живу в гражданском браке в одном домохозяйстве	8,0
В официальном / гражданском браке, но живем отдельно	0,0
Наличие детей	
Нет детей	97,3
Младше 15 лет	2,1
Младше 15 и старше 15 лет	0,3
Старше 15 лет	0,3
Уровень образования	
Среднее специальное	100,0

Составлено авторами по данным исследования.
 Compiled by the authors based on research data.

ательно. На их основе рассчитывался индекс массы тела (ИМТ) по формуле: $ИМТ = \text{вес (кг)} / (\text{рост (м)})^2$. Поведенческие факторы: уровень физической активности оценивался по вопросу о количестве дней в неделю с физической нагрузкой длительностью ≥ 30 мин., вызывающей потоотделение или учащенное дыхание. Ответы кодировались как порядковая переменная от 0 («нисколько») до 4 («6–7 раз в неделю»).

Пищевое поведение оценивалось по частоте потребления фруктов, овощей и овощных салатов. Ответы кодировались аналогично шкале физической активности (0–4).

Практики здорового образа жизни. На основе открытого вопроса о практиках ЗОЖ были сформированы бинарные (да/нет) переменные: отсутствие вредных привычек (неупотребление табака и алкоголя), занятия спортом, практика здорового питания (осознанное ограничение сладостей и фастфуда).

Социодемографические и оценочные переменные: пол (мужской/женский) и самооценка здоровья по порядковой шкале («плохое», «удовлетворительное», «хорошее», «очень хорошее»).

Статистический анализ. Все статистические расчеты были выполнены на языке программирования Python (v 3.9) с использованием библиотек

SciPy (v 1.7.1), StatsModels (v 0.13.2) и scikit-posthocs (v 0.7.0). Уровень статистической значимости (α) был установлен на отметке 0,05.

Анализ проводился в несколько этапов.

Дескриптивная статистика. Для количественных переменных (ИМТ, рост, вес) рассчитывались среднее значение (M), стандартное отклонение (SD), медиана (Me), минимум и максимум. Качественные переменные описывались с помощью абсолютных и относительных частот (%).

Анализ связей. Для оценки связи между двумя категориальными переменными (например, категория ИМТ и уровень активности) применялся критерий хи-квадрат (χ^2).

Для сравнения средних значений ИМТ между тремя и более независимыми группами (например, по уровням самооценки здоровья) использовался однофакторный дисперсионный анализ (ANOVA). В случае обнаружения статистически значимых различий проводился post-hoc-тест Тьюки для попарного сравнения групп.

Многомерный регрессионный анализ: для оценки совокупного влияния поведенческих и социодемографических факторов на непрерывную зависимую переменную (ИМТ) был применен метод множественной линейной регрессии (Ordinary Least Squares, OLS). В модель были включены следующие предикторы: пол, уровень физической активности, частота потребления фруктов/овощей, а также бинарные индикаторы практик ЗОЖ (отсутствие вредных привычек, занятия спортом, здоровое питание). Качество модели оценивалось по коэффициенту детерминации (R^2) и скорректированному коэффициенту детерминации (Adj. R^2). Статистическая значимость модели проверялась с помощью F-теста.

Этические аспекты проведенного исследования. Участие в опросе было добровольным

и анонимным. Персональные данные респондентов не собирались. Перед началом опроса все участники были проинформированы о его целях и давали информированное согласие на обработку обезличенных данных.

Результаты

Среди городской молодежи среднее значение индекса массы тела (ИМТ) по выборке (22,51 кг/м²) находится в пределах нормы от 18,5 до 24,9 (табл. 3). Однако большое стандартное отклонение и широкий разброс значений (от выраженного дефицита до морбидного ожирения) указывают на значительную неоднородность выборки по весо-ростовым характеристикам. Медиана ниже среднего означает, что распределение ИМТ имеет правостороннюю асимметрию (большой хвост из значений с ожирением).

Подавляющее большинство выборки (64,5%) имело нормальный вес (рис. 1). В совокупности доля молодых лиц с повышенной массой тела (избыточная масса + ожирение всех степеней) составляла 26%. Доля молодежи с дефицитом массы (недостаточная + выраженный дефицит) – 6%. Это указывает на то, что проблема избыточного веса в данной выборке актуальнее, чем проблема с его недостатком.

В группе с нормальным весом выявлена самая низкая доля молодых людей, не занимающихся спортом вообще (24%), и самая высокая доля тех (35%), кто занимается часто, 3–7 раз в неделю (табл. 4). В группах с дефицитом и избытком массы доля неактивных людей выше (41,7 и 30,8% соответственно), а доля высокоактивных – ниже. Это может говорить о том, что как недостаток, так и избыток массы связаны с менее активным образом жизни.

Таблица 3. Основные описательные статистики для ИМТ, роста и веса
Table 3. Key descriptive statistics for BMI, height, and weight

Показатель	ИМТ (кг/м ²)	Рост (см)	Вес (кг)
Среднее значение	22,51	165,8	62,3
Стандартное отклонение	4,78	8,3	14,7
Минимум	14,88	140	35
Максимум	55,40	190	200
Медиана	21,72	165	60

Составлено авторами по данным исследования.
Compiled by the authors based on research data.

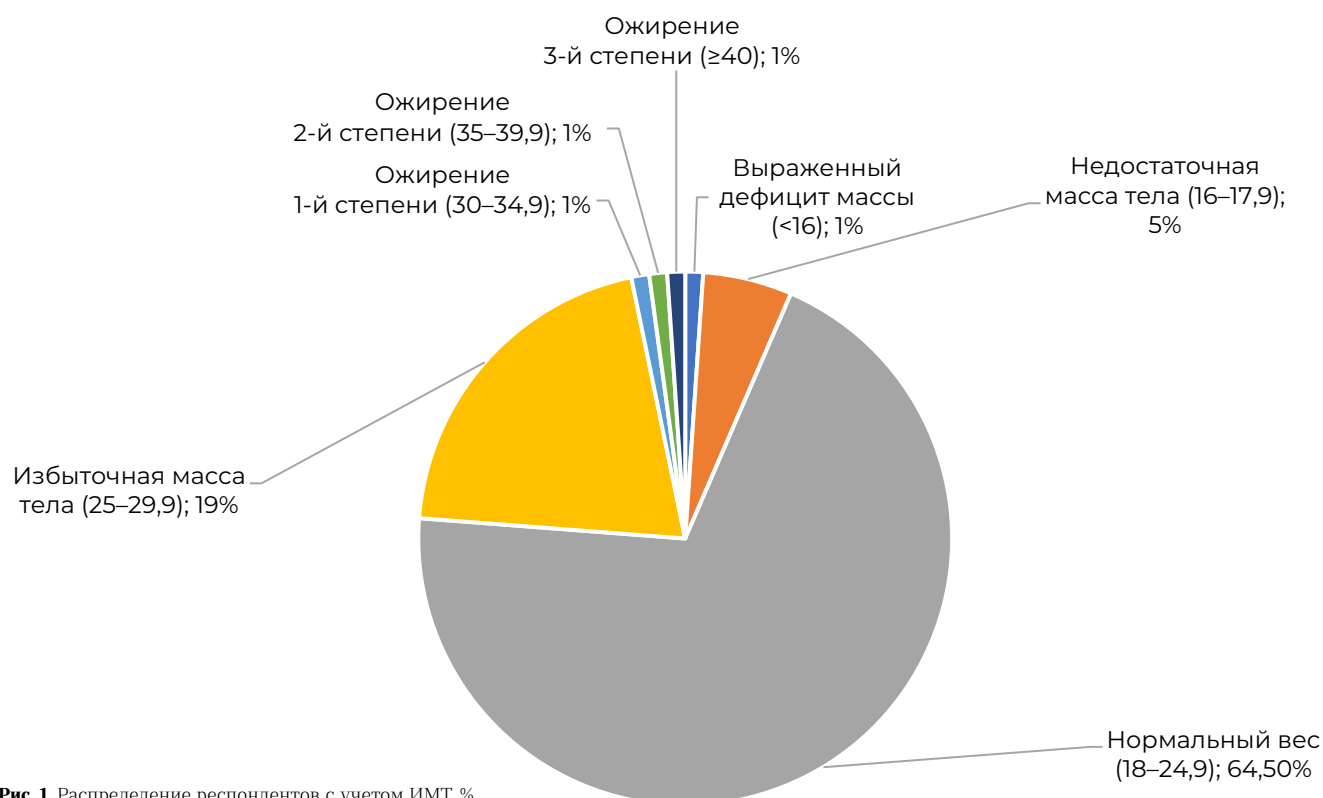


Рис. 1. Распределение респондентов с учетом ИМТ, %
Fig. 1. Distribution of respondents by BMI, %

Составлено авторами по данным исследования.
 Compiled by the authors based on research data.

Группа молодых людей с нормальным весом демонстрирует наиболее здоровый паттерн питания: самая низкая доля тех, кто не ест овощи/фрукты вообще, и самая высокая доля тех, кто употребляет

их почти ежедневно, 6–7 раз в неделю, 30,2% (табл. 5). В группе с избыточным весом/ожирением доля респондентов с редким потреблением (<1 раза в неделю) выше, а с ежедневным – ниже.

Таблица 4. Распределение средней физической активности по категориям ИМТ, %
Table 4. Distribution of frequency of physical activity by BMI, %

Категория ИМТ	Кратность физической активности (раз в неделю)				
	Нисколько	<1	1–2	3–5	6–7
Дефицит массы	41,7	16,7	25,0	8,3	8,3
Нормальный вес	24,0	14,0	27,1	20,9	14,0
Избыток массы / ожирение	30,8	17,3	26,9	17,3	7,7

Составлено авторами по данным исследования.
 Compiled by the authors based on research data.

Таблица 5. Распределение потребления фруктов/овощей по категориям ИМТ, %
Table 5. Distribution of frequency of fruit and vegetable intake by BMI, %

Категория ИМТ	Кратность приема свежих овощей и фруктов (раз в неделю)				
	Нисколько	<1	1-2	3-5	6-7
Дефицит массы	25,0	16,7	25,0	16,7	16,7
Нормальный вес	10,1	10,9	20,9	27,9	30,2
Избыток массы / ожирение	13,5	15,4	21,2	28,8	21,2

Составлено авторами по данным исследования.
 Compiled by the authors based on research data.

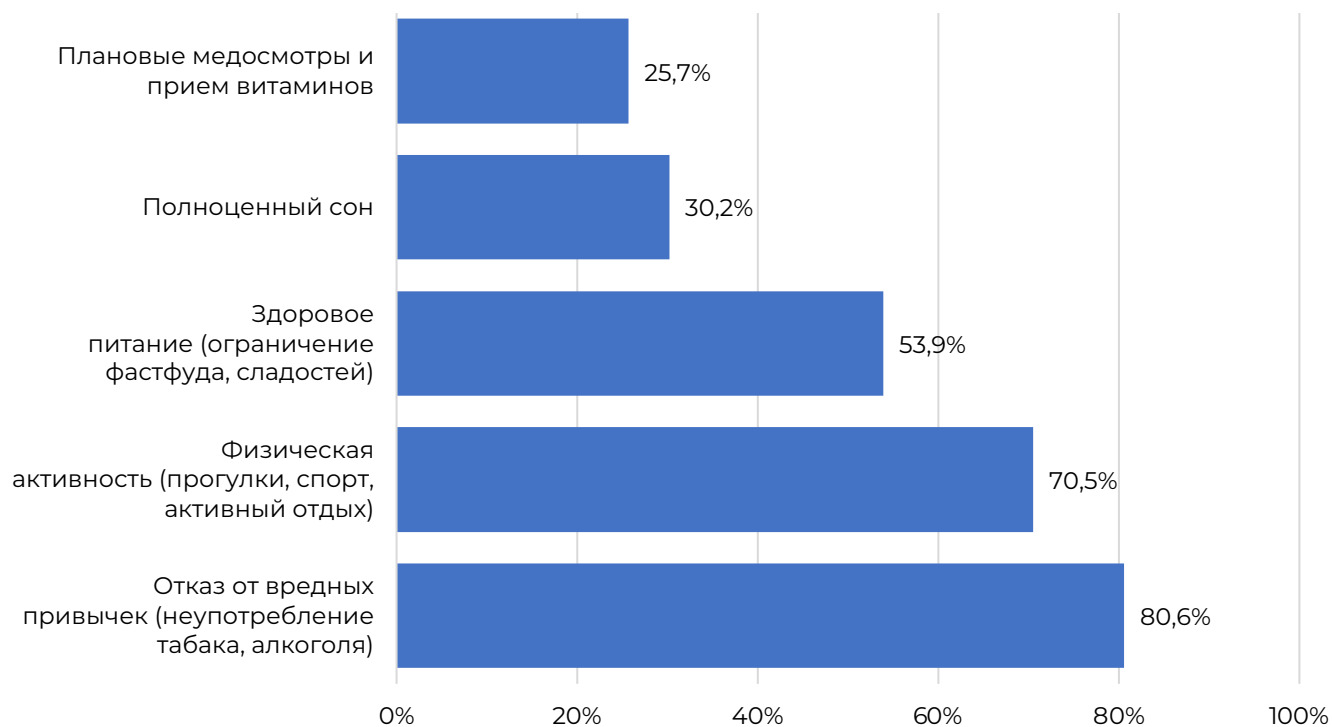


Рис. 2. Частотный анализ практик ЗОЖ, %
Fig. 2. Frequency-based analysis of lifestyle practices, %

Составлено авторами по данным исследования.
 Compiled by the authors based on research data.

Среди исследуемой городской молодежи преобладает модель здорового образа, основанная на избегании вредного (отказ от курения/алкоголя) и поддержании базовых активностей (прогулки, общее здоровое питание). Более сложные или системные практики (регулярные медосмотры, закаливание, точный контроль питания) встречаются реже (рис. 2).

Как показали результаты статистического анализа, при принятом уровне значимости $\alpha = 0,05$

не обнаружено статистически значимой связи между уровнем физической активности и категорией ИМТ ($\chi^2 = 28,45$; $df = 16$; $p = 0,082$). Однако полученное значение p-value находится в зоне статистической тенденции ($0,05 < p < 0,10$), что может свидетельствовать о наличии слабой взаимосвязи, не достигшей общепринятого порога статистической значимости (табл. 6).

Качественный анализ таблиц сопряженности, выполненный ранее, визуально под-

Таблица 6. Сводка по критерию Хи-квадрат для связи «активность – категория ИМТ»
Table 6. Chi-square correlation of relationship between physical activity/diet and BMI

Показатель	Связи изучаемых категорий	
	Физическая активность – ИМТ	Питание – ИМТ
Статистика χ^2	28,45	21,8
p-Value	0,082	0,409
Степени свободы	16,0	20,0

Составлено авторами по данным исследования.
 Compiled by the authors based on research data.

тверждает эту тенденцию: в группе респондентов с нормальной массой тела отмечалась более высокая доля лиц с регулярной физической активностью (3–7 раз в неделю), тогда как в группах с дефицитом и избытком массы тела доля лиц, не занимающихся спортом, была выше. Таким образом, можно говорить о наличии определенной закономерности, требующей дальнейшего изучения на более крупных выборках.

Аналогичная картина выявлена и по результатам статистического анализа связи между частотой потребления фруктов и овощей и категорией ИМТ, который свидетельствует об отсутствии значимой связи: $\chi^2 = 21,87$; $df = 20$; $p = 0,409$ (см. табл. 4). Полученное значение p-value существенно превышает общепринятый уровень статистической значимости $\alpha = 0,05$, что указывает на отсутствие достаточных оснований для отвержения нулевой гипотезы

об отсутствии взаимосвязи между изучаемыми переменными. Данный результат, вероятно, свидетельствует о том, что в исследуемой выборке частота потребления фруктов и овощей не является значимым фактором, определяющим категорию ИМТ. Это может объясняться несколькими причинами. Во-первых, общая калорийность рациона и потребление других групп продуктов (таких как продукты с высоким содержанием жиров и простых углеводов) могут оказывать более существенное влияние на массу тела. Во-вторых, возможен эффект компенсации, когда потребление здоровой пищи сочетается с повышенным потреблением высококалорийных продуктов. В-третьих, важную роль могут играть особенности приготовления блюд из овощей (добавление высококалорийных соусов, масел) и потребление фруктов с высоким гликемическим индексом в больших количествах.

Таблица 7. Результаты регрессионного анализа
Table 7. Regression analysis results

Предиктор	Кoeff.	Std.Err.	t-Value	p-Value	Значимость
Константа	25,87	1,38	18,78	< 0,001	***
Пол (муж.)	1,84	0,50	3,70	< 0,001	***
Уровень активности	-0,41	0,19	-2,18	0,031	**
Вредные привычки (отсутствуют)	-1,26	0,54	-2,33	0,021	**
Практикует спорт	-0,92	0,50	-1,85	0,066	*
Уровень питания (фрукты/овощи)	-0,21	0,19	-1,10	0,272	
Практикует здоровое питание	0,22	0,51	0,42	0,672	

Условные обозначения:
 *** $p < 0,001$; ** $p < 0,05$; * $p < 0,1$.

Составлено авторами по данным исследования.
 Compiled by the authors based on research data.

Для оценки совокупного влияния факторов на ИМТ была построена модель множественной линейной регрессии. В модель были включены предикторы, представляющие наибольший интерес: пол, физическая активность, питание (употребление фруктов овощей), вредные привычки, спорт, ежедневная практика здорового питания (табл. 7).

Построенная множественная линейная регрессионная модель является статистически значимой ($F(6,193) = 3,86$; $p = 0,001$), что свидетельствует об адекватности модели и наличии общей зависимости между включенными предикторами и целевой переменной (ИМТ). Однако скорректированный коэффициент детерминации (R^2 скор.) составил 0,079, что указывает на то, что включенные в модель предикторы объясняют лишь 7,9% дисперсии индекса массы тела. Данный результат свидетельствует о наличии существенного вклада факторов, не учтенных в исследовании, таких как генетическая предрасположенность, общая суточная калорийность рациона, возраст, эндокринные и метаболические нарушения.

Среди независимых переменных статистически значимыми предикторами индекса массы тела явились пол ($\beta = 1,84$; $p < 0,001$), уровень физической активности ($\beta = -0,41$; $p = 0,031$), отсутствие вредных привычек ($\beta = -1,26$; $p = 0,021$), занятия спортом ($\beta = -0,92$; $p = 0,066$). Так, при прочих равных условиях значения ИМТ у лиц мужского пола были в среднем на 1,84 пункта выше, чем у женщин. Данная закономерность согласуется с известными литературными данными и, вероятно, обусловлена большей долей мышечной массы и особенностями метаболизма. Увеличение уровня физической активности на одну градацию ассоциировано со снижением ИМТ в среднем на 0,41 пункта. Этот результат подтверждает важность регулярной физической активности в поддержании нормальной массы тела. Отказ от употребления табака и алкоголя ассоциирован со снижением ИМТ на 1,26 пункта по сравнению с группой респондентов, имеющих вредные привычки. Этот результат может быть опосредован общим паттерном здорового поведения, включающим и другие, неучтенные в модели практики. На уровне статистической тенденции значимости находился предиктор «Занятия спортом» ($\beta = -0,92$; $p = 0,066$), что может указывать на специфический положительный эффект целенаправленных спортивных занятий. Такие предикторы, как «Частота потребления фруктов и овощей» и «Следование практике здорового

питания», не продемонстрировали статистически значимого независимого вклада в прогнозирование индекса массы тела. Это позволяет предположить, что их влияние на массу тела может быть не прямым, а опосредованным через изменение общей калорийности рациона или другими латентными факторами.

Опубликованные научные данные, как и в случае нашего исследования, показывают связь ИМТ с факторами образа жизни [10–14]. Исследование показало, что у 64,5% респондентов был нормальный индекс массы тела ($18,5$ – $24,9$ кг/м²), а у 26% был избыточный вес или ожирение различной степени. Эти показатели немного лучше, чем в среднем по стране, где распространенность ожирения составляет 27,5% среди мужчин и 31,4% среди женщин. Это различие может быть связано с добровольным характером опроса, в котором участвуют люди, заботящиеся о своем здоровье, а также с возрастом участников, среди которых в основном молодые люди [12–14].

Наблюдались статистически значимые различия в ИМТ в зависимости от пола ($p < 0,001$) и уровня физической активности ($p = 0,031$). У мужчин средний ИМТ был на 1,84 балла выше, чем у женщин, что согласуется с существующей литературой, указывающей на более высокую распространенность избыточного веса среди мужчин в странах с высоким уровнем дохода [13, 15]. Обратная зависимость между физической активностью и ИМТ подтверждает фундаментальный принцип энергетического баланса в регулировании массы тела [12, 14].

Интересно, что не было обнаружено существенной связи между частотой употребления фруктов/овощей и значениями ИМТ ($p = 0,272$). Это говорит о том, что общая калорийность рациона и потребление продуктов с высокой энергетической ценностью, таких как фастфуд, могут играть более важную роль в развитии ожирения, чем просто включение в рацион растительной пищи [13, 16].

Результаты исследования согласуются с многофакторной природой ожирения. Корреляция между отсутствием вредных привычек и более низким ИМТ ($-1,26$ балла, $p = 0,021$) подтверждает идею о том, что составляющие здорового образа жизни часто взаимосвязаны, формируя комплексный профиль здоровья [14, 17, 18].

С учетом вышеизложенного становится очевидным, что наши результаты исследования в сочетании с более масштабными исследованиями² подчеркивают сложную взаимосвязь поведенческих³, социально-экономических

² Ожирение и избыточная масса тела. Обзор ВОЗ от 07.03.2025. URL: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>

³ Рекомендации ВОЗ по вопросам физической активности и малоподвижного образа жизни. Краткий обзор // ВОЗ, 24 с. URL: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/337001/9789240014909-rus.pdf>

и физиологических факторов, влияющих на индекс массы тела и общее состояние здоровья городской молодежи.

Заключение

Проведенное исследование подтверждает сложную многофакторную природу ожирения и важность комплексного подхода к его профилактике. Несмотря на статистически значимое влияние таких факторов, как пол, физическая активность и отсутствие вредных привычек,

изученные поведенческие практики объясняют лишь небольшую часть вариативности ИМТ. Это свидетельствует о необходимости учета генетических, метаболических и социально-экономических детерминант ожирения при разработке эффективных профилактических программ.

Полученные результаты подчеркивают важность индивидуализированного подхода к профилактике ожирения и необходимость дальнейших исследований для выявления ключевых модифицируемых факторов, влияющих на массу тела в различных подгруппах населения.

Список литературы

1. Аминова О. Факторы риска, связанные с образом жизни, влияющие на молодых людей. *Российский вестник гигиены*. 2023;(2):15-20. <https://doi.org/10.24075/rbh.2023.069>
2. Rinshida P., Atheena Muhammed C.M., Hamradiya K.P. et al. Review On Health-Risks Related To Sedentary lifestyle among Youth. *International Journal of Pharmaceutical Research and Applications*. 2024;9(5):49-58. <https://doi.org/10.35629/4494-09054958>
3. Бирюкова Н.В., Хальфин Р.А., Мадьянова В.В. Социальные детерминанты культуры здоровья подростков: системный подход к исследованию в контексте современных вызовов. *Здоровье мегаполиса*. 2024;5(3):17-32. <https://doi.org/10.47619/2713-2617.zm.2024.v.5i3;17-32>
4. Khan S., Ghanghoria P., Gupta S. Study of urban lifestyle factors and overweight/obesity in adolescent students in Jabalpur. *International Journal of Scientific Research*. 2023;12(8):13-15. <https://doi.org/10.36106/ijsr/0609729>
5. Sierpiński R., Jankowski M., Raciborski F. Differences in Lifestyle-Related Behaviors Among Healthy Weight, Overweight, and Obese Groups: A Secondary Analysis of Data on 4714 Adults in Poland. *Nutrients*. 2025;17(13):2083. <https://doi.org/10.3390/nu17132083>
6. Michels N. Poor Mental Health Is Related to Excess Weight via Lifestyle: A Cross-Sectional Gender- and Age-Dependent Mediation Analysis. *Nutrients*. 2021;13(2):406. <https://doi.org/10.3390/nu13020406>
7. Wawrzyniak A., Myszkowska-Ryciak J., Harton A. et al. Dissatisfaction with Body Weight among Polish Adolescents Is Related to Unhealthy Dietary Behaviors. *Nutrients*. 2020;12(9):2658. <https://doi.org/10.3390/nu12092658>
8. Dabas J., Shunmukha Priya S., Alawani A. et al. What could be the reasons for not losing weight even after following a weight loss program? *Journal of Health, Population and Nutrition*. 2024;43(1):37. <https://doi.org/10.1186/s41043-024-00516-4>
9. Rozanski A., Blumenthal J.A., Hinderliter A.L. et al. Cardiology and lifestyle medicine. *Progress in Cardiovascular Diseases*. 2023;77:4-13. <https://doi.org/10.1016/j.pcad.2023.04.004>
10. Мартинчик А.Н., Батурин А.К., Камбаров А.О. Анализ ассоциации структуры энергии рациона по макронутриентам и распространения избыточной массы тела и ожирения среди населения России. *Вопросы питания*. 2020;89(3):40-53. Доступно: <https://cyberleninka.ru/article/n/analiz-assotsiatsii-struktury-energii-ratsiona-po-makronutrientam-i-rasprostraneniya-izbytochnoy-massy-tela-i-ozhireniya-sredi/viewer>
11. Чурилова Е., Родина О. Социально-демографические и поведенческие факторы предожирения и ожирения у взрослых россиян. *Population and Economics*. 2024;8(1):97-114. <https://doi.org/10.3897/pop econ.8.e115759>
12. Herrera-Espiñeira C., de Pascual y Medina A.M., López-Morales M. et al. Differences in Dietary Habits, Physical Exercise, and Quality of Life between Patients with Obesity and Overweight. *Healthcare*. 2021;9(7):916. <https://doi.org/10.3390/healthcare9070916>
13. Cugnetto M.L., Saab P.G., Llabre M.M. et al. Lifestyle Factors, Body Mass Index, and Lipid Profile in Adolescents. *Journal of Pediatric Psychology*. 2008;33(7):761-771. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsm108>

14. Gilyana M., Batrakoulis A., Zisi V. Physical Activity, Body Image, and Emotional Intelligence Differences in Adults with Overweight and Obesity. *Diseases*. 2023;11(2):71. <https://doi.org/10.3390/diseases11020071>
15. Dang Y., Duan X., Rong P. et al. Life-course social disparities in body mass index trajectories across adulthood: cohort study evidence from China health and nutrition survey. *BMC Public Health*. 2023;23(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-023-16881-4>
16. Покида А.Н., Зыбуновская Н.В. Культура питания населения России (по результатам социологических исследований). *Здравоохранение Российской Федерации*. 2022;30(2):13-22. <https://doi.org/10.35627/2219-5238/2022-30-2-13-22>
17. Jalali-Farahani S., Zayeri F., Zarani F. et al. Network Associations Among Body Image, Lifestyle, Body Mass Index, and Quality of Life in Adolescents. *International Journal of Endocrinology and Metabolism*. 2022;20(2). <https://doi.org/10.5812/ijem-123237>
18. Лях В.И., Левушкин С.П., Скоблина Н.А. Тенденции изменения индекса массы тела у детей, подростков и молодежи в конце XX – начале XXI века. *Вопросы практической педиатрии*. 2022;17(1):185-189. <https://doi.org/10.20953/1817-7646-2022-1-185-189>

References

1. Aminova O. Lifestyle-associated risk factors affecting young people. *Russian Bulletin of Hygiene*. 2023;(2):15-20. <https://doi.org/10.24075/rbh.2023.069> (In Russ.)
2. Rinshida P., Atheena Muhammed C.M., Hamradiya K.P. et al. Review On Health-Risks Related To Sedentary lifestyle among Youth. *International Journal of Pharmaceutical Research and Applications*. 2024;9(5):49-58. <https://doi.org/10.35629/4494-09054958>
3. Biryukova N.V., Khalfin R.A., Madyanova V.V. Social Determinants of Adolescent Health Culture: a Systematic Approach to Research in the Context of Modern Challenges. *City Healthcare*. 2024;5(3):17-32. <https://doi.org/10.47619/2713-2617.zm.2024.v.5i3;17-32> (In Russ.)
4. Khan S., Ghanghoria P., Gupta S. Study of urban lifestyle factors and overweight/obesity in adolescent students in Jabalpur. *International Journal of Scientific Research*. 2023;12(8):13-15. <https://doi.org/10.36106/ijsr/0609729>
5. Sierpiński R., Jankowski M., Raciborski F. Differences in Lifestyle-Related Behaviors Among Healthy Weight, Overweight, and Obese Groups: A Secondary Analysis of Data on 4714 Adults in Poland. *Nutrients*. 2025;17(13):2083. <https://doi.org/10.3390/nu17132083>
6. Michels N. Poor Mental Health Is Related to Excess Weight via Lifestyle: A Cross-Sectional Gender- and Age-Dependent Mediation Analysis. *Nutrients*. 2021;13(2):406. <https://doi.org/10.3390/nu13020406>
7. Wawrzyniak A., Myszkowska-Ryciak J., Harton A. et al. Dissatisfaction with Body Weight among Polish Adolescents Is Related to Unhealthy Dietary Behaviors. *Nutrients*. 2020;12(9):2658. <https://doi.org/10.3390/nu12092658>
8. Dabas J., Shunmukha Priya S., Alawani A. et al. What could be the reasons for not losing weight even after following a weight loss program? *Journal of Health, Population and Nutrition*. 2024;43(1):37. <https://doi.org/10.1186/s41043-024-00516-4>
9. Rozanski A., Blumenthal J.A., Hinderliter A.L. et al. Cardiology and lifestyle medicine. *Progress in Cardiovascular Diseases*. 2023;77:4-13. <https://doi.org/10.1016/j.pcad.2023.04.004>
10. Martynchik A.N., Baturin A.K., Kambarov A.O. Analysis of the association of diet energy from macronutrients and prevalence of overweight and obesity among the Russian population. *Problems of Nutrition*. 2020;89(3):40-53. Available from: <https://cyberleninka.ru/article/n/analiz-assotsiatsii-struktury-energii-ratsiona-po-makronutrientam-i-rasprostraneniya-izbytochnoy-massy-tela-i-ozhireniya-sredi/viewer> (In Russ.)
11. Churilova E., Rodina O. Sociodemographic and behavioral factors of pre-obesity and obesity among adult Russians. *Population and Economics*. 2024;8(1):97-114. <https://doi.org/10.3897/popecon.8.e115759> (In Russ.)
12. Herrera-Espiñeira C., de Pascual y Medina A.M., López-Morales M. et al. Differences in Dietary Habits, Physical Exercise, and Quality of Life between Patients with Obesity and Overweight. *Healthcare*. 2021;9(7):916. <https://doi.org/10.3390/healthcare9070916>
13. Cugnetto M.L., Saab P.G., Llabre M.M. et al. Lifestyle Factors, Body Mass Index, and Lipid Profile in Adolescents. *Journal of Pediatric Psychology*. 2008;33(7):761-771. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsm108>

14. Gilyana M., Batrakoulis A., Zisi V. Physical Activity, Body Image, and Emotional Intelligence Differences in Adults with Overweight and Obesity. *Diseases*. 2023;11(2):71. <https://doi.org/10.3390/diseases11020071>
15. Dang Y., Duan X., Rong P. et al. Life-course social disparities in body mass index trajectories across adulthood: cohort study evidence from China health and nutrition survey. *BMC Public Health*. 2023;23(1):1955. <https://doi.org/10.1186/s12889-023-16881-4>
16. Pokida A.N., Zybunovskaya N.V. Food Culture of the Russian Population: Results of a Sociological Survey. *Public Health and Life Environment*. 2022;30(2):13-22. <https://doi.org/10.35627/2219-5238/2022-30-2-13-22> (In Russ.)
17. Jalali-Farahani S., Zayeri F., Zarani F. et al. Network Associations Among Body Image, Lifestyle, Body Mass Index, and Quality of Life in Adolescents. *International Journal of Endocrinology and Metabolism*. 2022;20(2). <https://doi.org/10.5812/ijem-123237>
18. Lyakh V.I., Levushkin S.P., Skoblina N.A. Changes in the body mass index of children, adolescents, and youth: trends observed in the end of the 20th century and beginning of the 21st century. *Clinical Practice in Pediatrics*. 2022;17(1):185-189. <https://doi.org/10.20953/1817-7646-2022-1-185-189> (In Russ.)

Информация о статье

Конфликт интересов: автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование: исследование проводилось без спонсорской поддержки.

Сведения об авторе

Булычева Екатерина Владимировна – канд. мед. наук, доцент кафедры сестринского дела ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, <https://orcid.org/0000-0002-8215-8674>

Автор прочитал и одобрил окончательный вариант рукописи.

Для корреспонденции

Булычева Екатерина Владимировна
bulycheva_yekaterina@list.ru

Статья поступила 22.08.2025
Принята к печати 02.02.2026
Опубликована 30.03.2026

Article info

Conflict of interest: the author declares that there is no conflict of interest.

Funding: the author received no financial support for the research.

About the author

Ekaterina V. Bulycheva – Cand. Sci. in Medicine, Associate Professor at the Department of Nursing of the Orenburg State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation; <https://orcid.org/0000-0002-8215-8674>

The author read and approved the final version of the manuscript.

Corresponding author

Ekaterina V. Bulycheva
bulycheva_yekaterina@list.ru

Received 22.08.2025
Accepted for publication 02.02.2026
Published 30.03.2026

УДК 614.2:331.101
<https://doi.org/10.47619/2713-2617.zm.2026.v.7i1;40-53>

Анализ профессионального благополучия врачей и кадровых рисков в первичном звене здравоохранения

А.В. Воробьева

Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья им. Н.А. Семашко, 105064, Россия, Москва, ул. Воронцово Поле, д. 12, стр. 1

Автор, ответственный за переписку, email: vorobievaanna2010@yandex.ru

Аннотация

Актуальность. В статье представлены результаты комплексного социологического исследования, направленного на анализ профессионального благополучия и ключевых кадровых рисков среди врачей ($n = 400$) первичного звена городских поликлиник Москвы и Московской области. Определена дефиниция «профессиональное благополучие врача» с последующим анализом на основании полученных результатов социологического исследования, и представлены кадровые риски в амбулаторно-поликлиническом секторе здравоохранения. **Цель исследования.** Провести анализ профессионального благополучия врачей и кадровых рисков в первичном звене здравоохранения. **Материалы и методы.** Выборку исследования составили врачи амбулаторно-поликлинического звена здравоохранения ($n = 400$, где 30,75% – мужчины, 69,25% – женщины). Выборка включала врачей различных специальностей, репрезентативных по возрасту и полу. Для сбора данных применена авторская анкета. В исследовании применены следующие методы: социологический, статистический, аналитический, контент-анализ. **Результаты.** В ходе исследования установлено: ядро кадрового состава медицинской организации амбулаторно-поликлинического профиля составляют специалисты 41–50 лет, испытывающие хронический стресс и нервное перенапряжение, обусловленные высокой нагрузкой, конфликтами с пациентами и дефицитом восстановительных ресурсов. Результаты указывают на необходимость разработки комплексных мер, сочетающих материальное стимулирование, создание комфортных условий труда и внедрение систем психологической поддержки и стресс-менеджмента для профилактики профессионального выгорания и закрепления кадров.

Ключевые слова: организация здравоохранения; кадровый дефицит; профессиональная эффективная деятельность; врач; стресс

Для цитирования: Воробьева А.В. Анализ профессионального благополучия врачей и кадровых рисков в первичном звене здравоохранения. *Здоровье мегаполиса*. 2026;7(1):40-53. <https://doi.org/10.47619/2713-2617.zm.2026.v.7i1;40-53>

УДК 614.2:331.101
<https://doi.org/10.47619/2713-2617.zm.2026.v.7i1;40-53>

Analysis of Doctors' Professional Well-being and Personnel Risks in Primary Healthcare

Anna V. Vorobeva

N.A. Semashko National Research Institute of Public Health, 12, bldg. 1, Vorontsovo Pole ul., 105064, Moscow, Russian Federation

Corresponding author, email: vorobievaanna2010@yandex.ru

Abstract

Introduction. The article presents the results of a comprehensive sociological study aimed at analyzing professional well-being and key personnel risks among primary care physicians (n=400) in urban polyclinics in Moscow and the Moscow region. The article defines the "professional well-being of a doctor" with subsequent analysis based on the results of a sociological study and presents personnel risks in the outpatient healthcare sector. **The purpose** of the study was to analyze doctors' professional well-being and personnel risks in primary health care. **Materials and methods.** The study sample was made up of outpatient health care physicians (n = 400, where 30.75% were men and 69.25% were women). The sample included doctors of various specialties stratified by age and gender. An author's questionnaire was used to collect the data. The research used the following methods: sociological, statistical, and analytical methods, as well as content analysis. **Results.** The study found that the core staff of an outpatient medical organization consists of 41-50-year-old specialists who experience a high level of chronic stress and nervous tension due to high workload, conflicts with patients, and shortage of recovery resources. The results indicate the need to develop comprehensive measures combining financial incentives, the creation of comfortable working conditions, and the introduction of psychological support and stress management systems to prevent professional burnout and strengthen staff.

Keywords: healthcare organization; staff shortage; professional efficiency; doctor; stress

For citation: Vorobeva A.V. Analysis of Doctors' Professional Well-being and Personnel Risks in Primary Healthcare. *City Healthcare*. 2026;7(1):40-53. <https://doi.org/10.47619/2713-2617.zm.2026.v.7i1;40-53>

Введение

Актуальной проблемой современного здравоохранения, в том числе российского, остается кадровый дефицит, особенно ощутимый в первичном медико-санитарном звене [3]. Достижение целей в сфере здравоохранения напрямую зависит от обеспеченности медицинскими кадрами и их профессиональной устойчивости. Хотя в последнее время были выявлены различные детерминанты благополучия (от личностных до социально-демографических), его аспекты, связанные с профессиональной сферой, исследованы еще недостаточно [4].

Цель исследования – провести анализ профессионального благополучия врачей и кадровых рисков в первичном звене здравоохранения.

Материалы и методы

В основе исследования лежат данные анкетирования 400 врачей, оказывающих первичную медико-санитарную помощь населению в городских поликлиниках Москвы и Московской области (период сбора данных: 2022–2024). Выборка включала врачей различных специальностей, репрезентативных по возрасту и полу. Для сбора данных использовалась авторская анкета, включавшая блоки вопросов о социально-демографических характеристиках, состоянии здоровья, медицинской активности, условиях и характере труда, мотивации и удовлетворенности профессией. Консолидацией всех полученных ответов от респондентов стала сформированная база данных¹. Обработка данных проводилась с применением социологического, статистического и аналитического методов с использованием пакета прикладных программ Excel.

Результаты и обсуждение

С целью проведения анализа профессионального благополучия врача, который выполняет свои трудовые функции в амбулаторно-поликлиническом звене здравоохранения, эта дефиниция была сформирована.

Профессиональное благополучие врача городской поликлиники – это интегральное состояние гармонии между личностью специалиста, условиями его труда и содержанием профессиональной деятельности в контексте амбулаторно-поликлинической службы и его социальным положением. Это не просто отсутствие болезней

или неудовлетворенности, а комплексное позитивное состояние, которое можно расшифровать через несколько ключевых компонентов.

1. Психозоциональная компонента, характеризующаяся низким уровнем хронического стресса и нервного перенапряжения, эмоциональной устойчивостью к конфликтам, чувством морального удовлетворения. То есть врач способен выполнять свои трудовые функции без ощущения постоянного истощения, раздражительности или эмоционального опустошения (выгорания), имея собственные внутренние ресурсы в том числе и за счет внешних поддерживающих механизмов (например, супервизия, психологические тренинги) для конструктивного разрешения конфликтов с пациентами, их родственниками и коллегами, руководством медицинской организации, и с ощущением смысла и значимости своей профессиональной деятельности.
2. Физическая (соматическая) компонента, характеризующаяся сохранением собственного здоровья медицинским работником при условии выполнения им своей профессиональной деятельности. В эту компоненту включено наличие хронических заболеваний, в том числе и наследственных, у врача, профессиональные риски, связанные с высокой нагрузкой, наличие достаточного времени и условий для отдыха, сна, профилактики заболеваний, медицинская активность специалиста.
3. Компонента условия и организация труда, характеризующаяся нормированием и прогнозированием нагрузки, наличием ресурсов и организационной поддержки администрации, справедливая и достойная заработная плата.
4. Профессиональная самореализация, мотивация и развитие – данная компонента характеризуется возможностью врачебного специалиста применять и развивать свои компетенции, перспективой роста, автономией и уважением со стороны пациента, руководства и общества.
5. Социальная компонента, характеризующаяся стабильностью и качеством жизни вне работы. Профессиональное благополучие врача городской поликлиники – это устойчивое состояние, при котором специалист, работая в условиях высокой нагрузки и ответственности, сохраняет физическое, психическое, социальное здоровье, испытывает удовлетворение от своей работы благодаря справедливой оплате, управляемой нагрузке, поддержке со стороны системы здравоохранения и возможности профессиональной самореализации. Это состояние, при котором ос-

¹ Воробьева А.В., Якушин М.А. База данных с результатами социологического опроса на тему «Оценка факторов риска снижения профессиональной деятельности врача». Свидетельство о регистрации базы данных RU 2025621421, 28.03.2025. Заявка № 2025620846 от 13.03.2025.

новные мотиваторы (смысл, развитие, признание) преобладают над факторами дистресса (перегрузка, конфликты, несправедливая оплата), а система предоставляет ресурсы не только для работы, но и для восстановления.

Участниками опроса стали 400 врачей, большинство из которых женщины (69,25%); мужчины составили 30,75%. Возрастной диапазон респондентов – 25–73 года, а профессиональный стаж варьировался от 3 до 53 лет. Состав выборки по медицинским специальностям отображен на рисунке 1.

При рассмотрении психоэмоциональной компоненты установлено: при реализации профессиональной деятельности большая доля медицинских специалистов систематически (60%) испытывают нервное перенапряжение (рис. 2).

Ряд исследователей подтверждают нервное перенапряжение врачей при осуществлении ими профессиональной деятельности [4, 5].

Конфликтные ситуации на работе отмечают 46% респондентов, причем основным источником конфликтов являются пациенты и их родственники (28%) (рис. 3).

В своей практике врачи сталкиваются с ситуациями, сопряженными с высоким психологическим давлением, в том числе участием в судебных разбирательствах, риском привлечения к уголовной ответственности, а также необходимостью работать в условиях агрессии и острых межличностных конфликтов [6].

78% врачебных специалистов отметили (по различным причинам) неудовлетворенность сво-

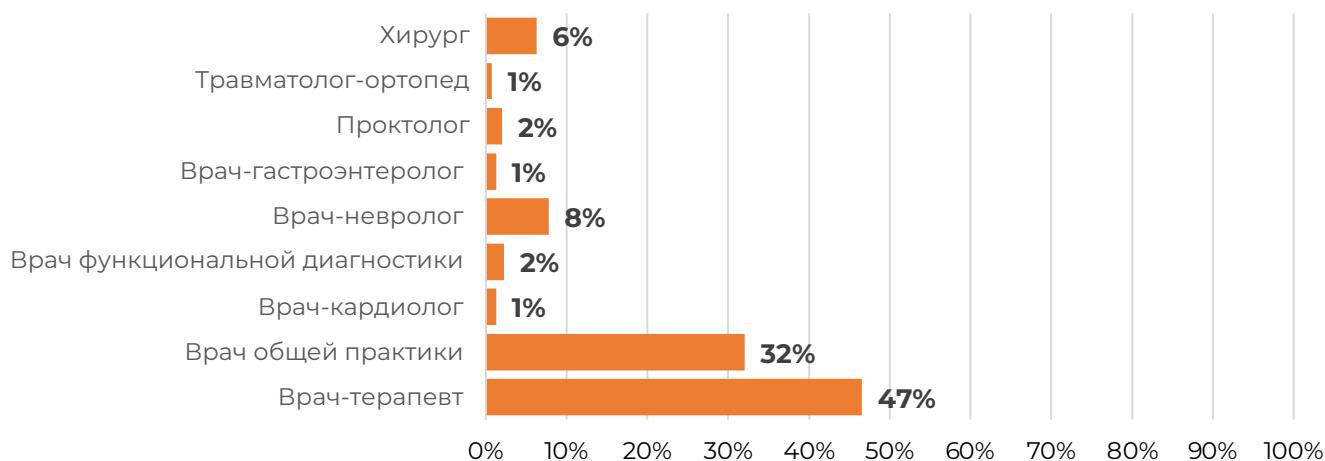


Рис. 1. Распределение участников опроса по врачебной специализации
Fig. 1. Distribution of survey participants stratified by clinical specialties

Составлено авторами по данным исследования.
Compiled by the authors based on research data.

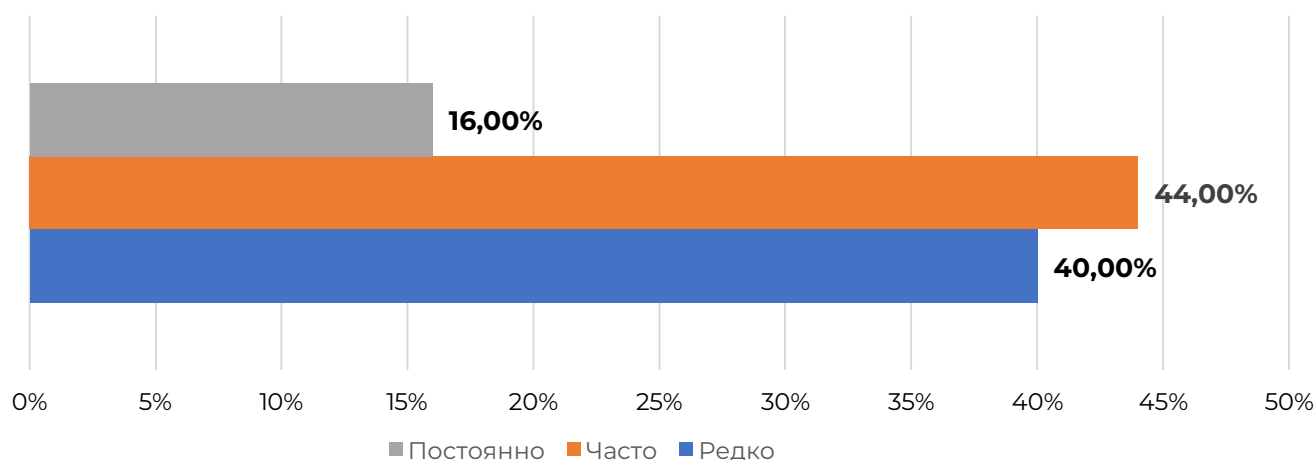


Рис. 2. Структура ответов «Нервное перенапряжение на рабочем месте»
Fig. 2. Answer structure to the question "Nervous tension in the workplace"

Составлено авторами по данным исследования.
Compiled by the authors based on research data.

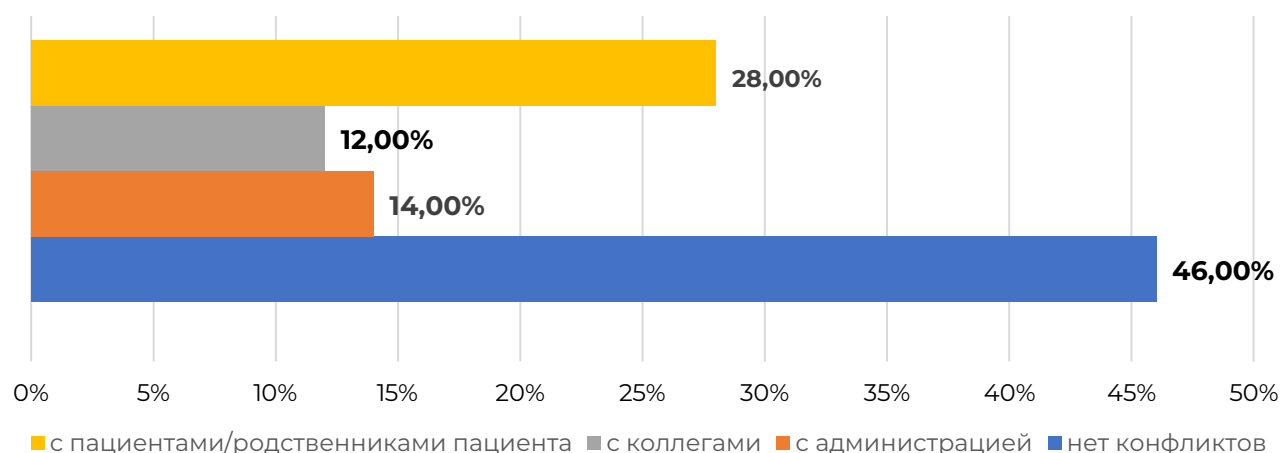


Рис. 3. Структура ответов «Причины конфликтов на рабочем месте»
Fig. 3. Answer structure to the question "Conflict causes in the workplace"

Составлено авторами по данным исследования.
 Compiled by the authors based on research data.

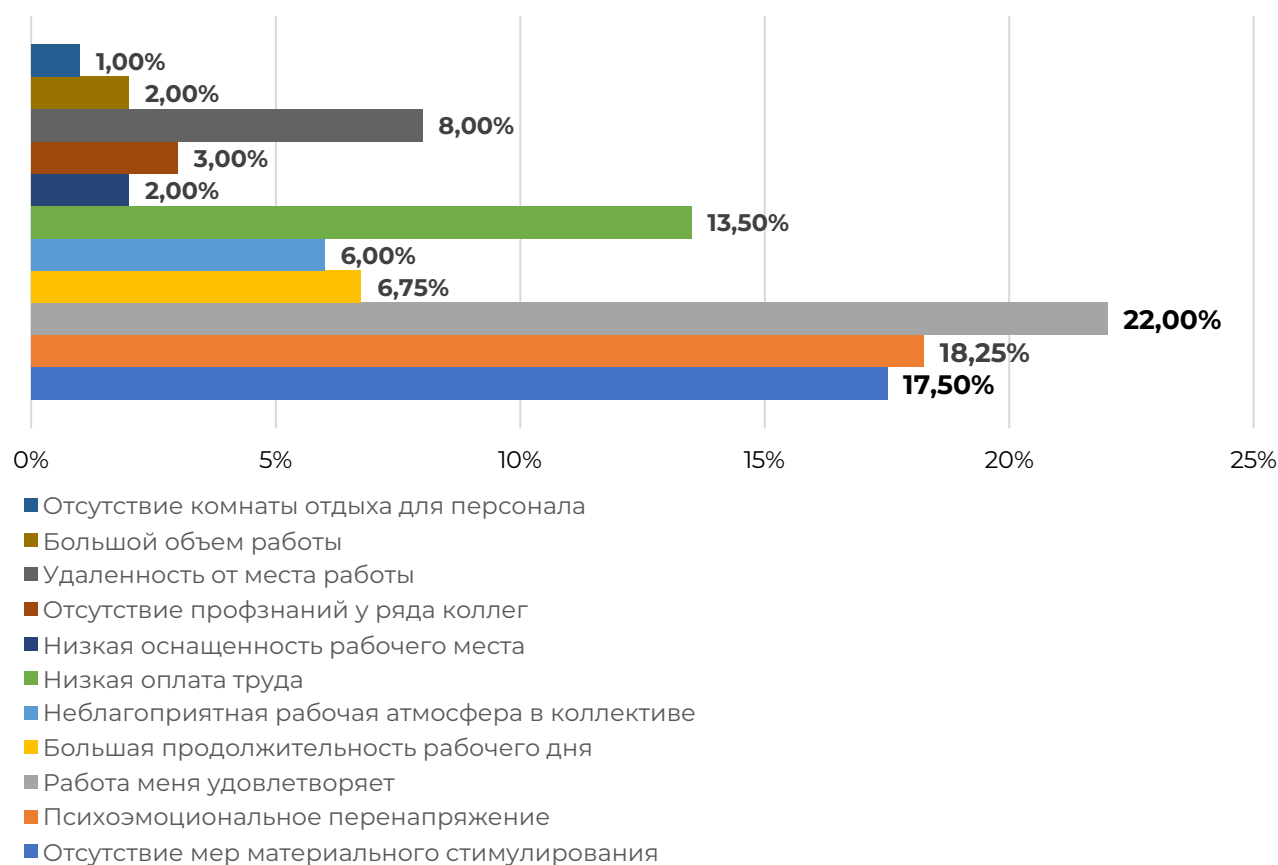


Рис. 4. Структура ответов «Причины неудовлетворенности работой»
Fig. 4. Answer structure to the question "Causes of job dissatisfaction"

Составлено авторами по данным исследования.
 Compiled by the authors based on research data.

ей профессиональной деятельностью в медицинской организации; 22% отметили, что удовлетворены (рис. 4).

Главный фактор неудовлетворенности – психоэмоциональное напряжение (18,25%). На втором и третьем местах – отсутствие материального стимулирования (17,50%) и низкая заработная плата (13,5%).

Большинство респондентов оценивают свое физическое здоровье как удовлетворительное (49%) и хорошее (45%). При этом 77,75% имеют хронические заболевания, соответственно 22,25% их наличие отрицают. Только 6,5% из опрошенных ответили, что состоят на диспансерном учете, что косвенно свидетельствует о самостоятельном контроле за своим здоровьем.

В рамках исследования медицинского поведения участников был проведен опрос о критериях выбора врача-специалиста при необходимости пройти обследование и лечение. Полученные ответы респондентов имеют следующее распределение (рис. 5).

Полученные данные демонстрируют модели медицинского поведения врачей. Наиболее рас-

пространены лечение у коллег на работе и самолечение (суммарно 35%), за которыми следуют обращение к частникам и самостоятельная терапия (по 32%). Исключительно на себя полагаются 28% респондентов. Системные подходы (к участковому или нескольким специалистам) практически не востребованы (2 и 3%). Стационарное лечение было проведено для 10% врачебных специалистов.

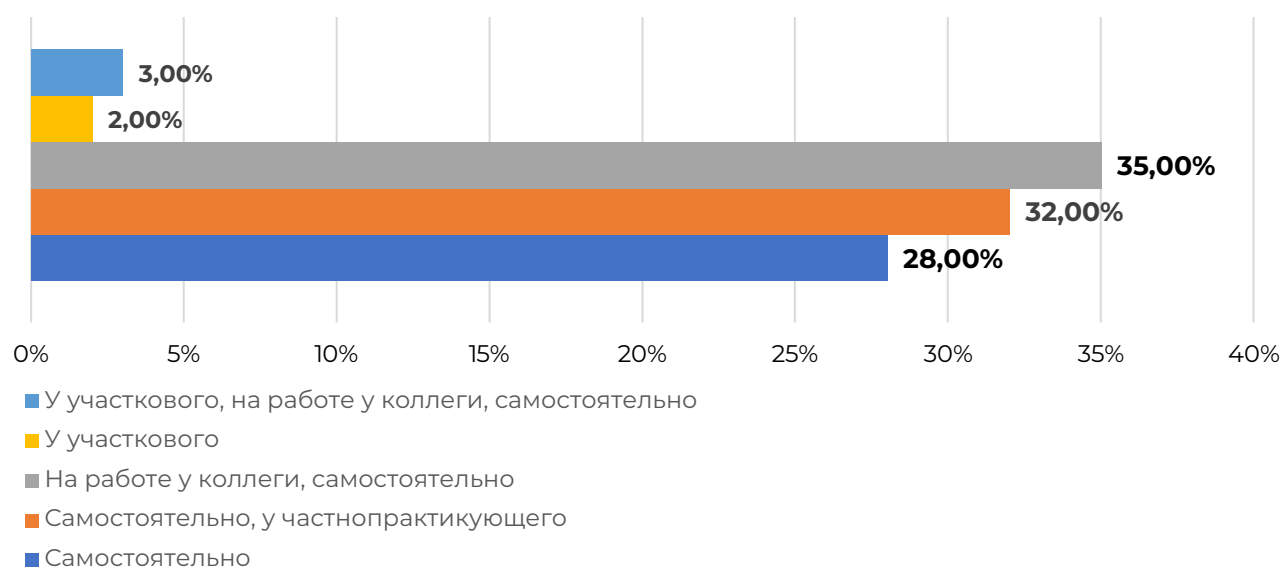


Рис. 5. Структура ответов «Выбор врача при лечении»
Fig. 5. Answer structure to the question "Criteria for choosing a doctor"

Составлено авторами по данным исследования.
Compiled by the authors based on research data.

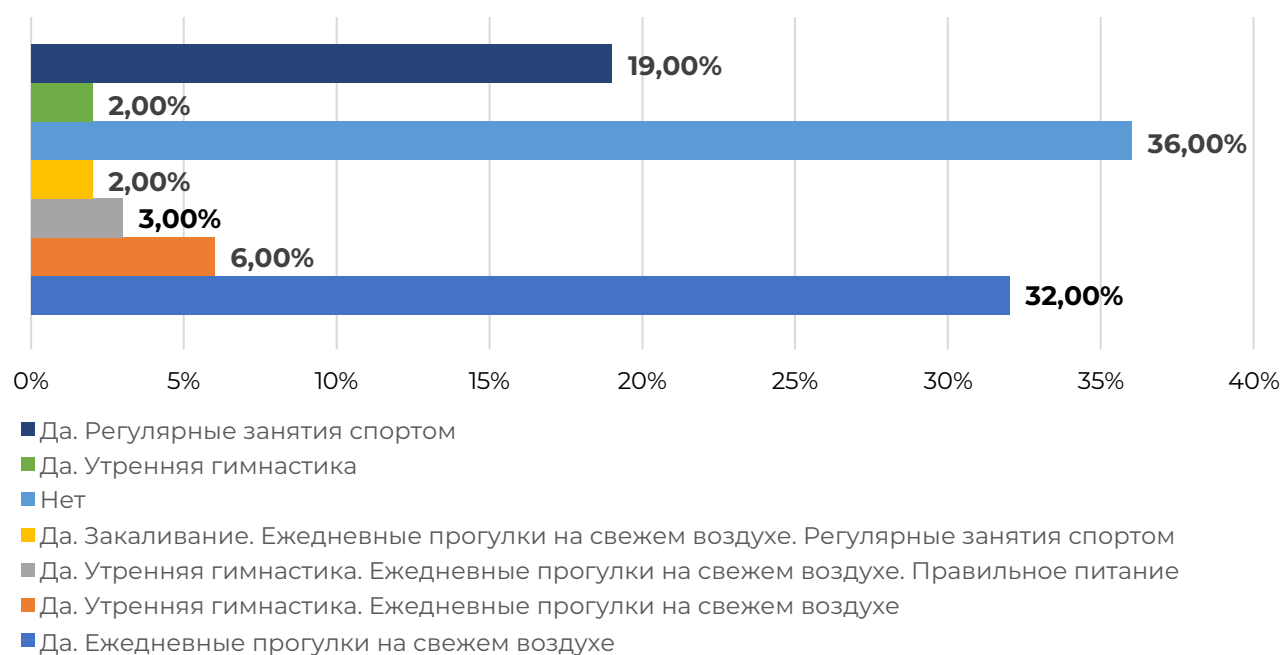


Рис. 6. Структура ответов «Применяемые методы укрепления здоровья»
Fig. 6. Answer structure to the question "Applied methods of health promotion"

Составлено авторами по данным исследования.
Compiled by the authors based on research data.

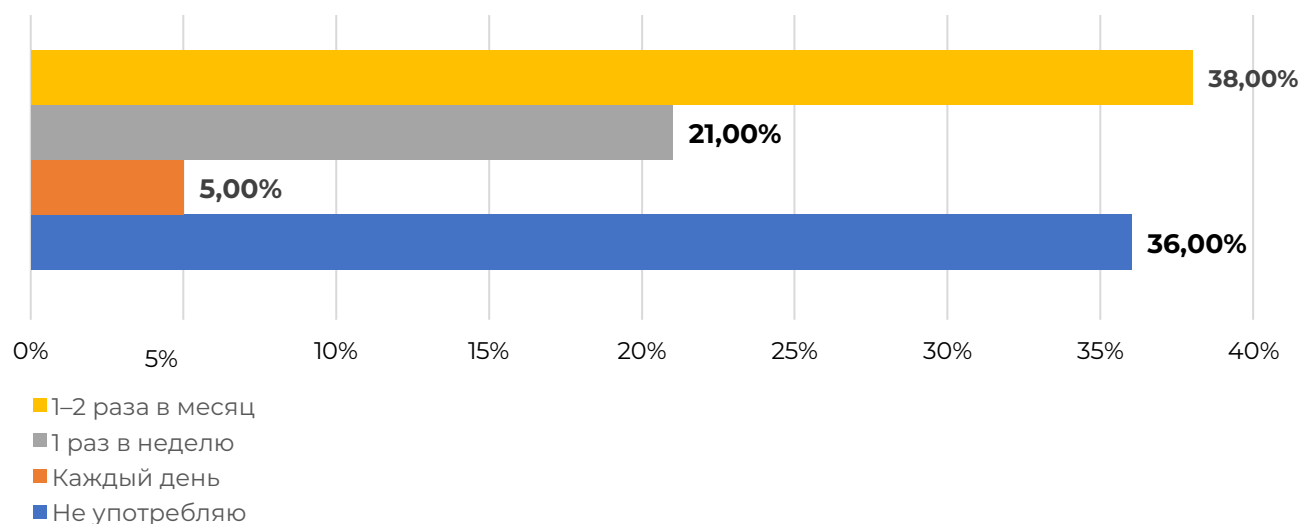


Рис. 7. Структура ответов «Употребление алкоголя»
Fig. 7. Answer structure to the question "Alcohol intake"

Составлено авторами по данным исследования.
 Compiled by the authors based on research data.

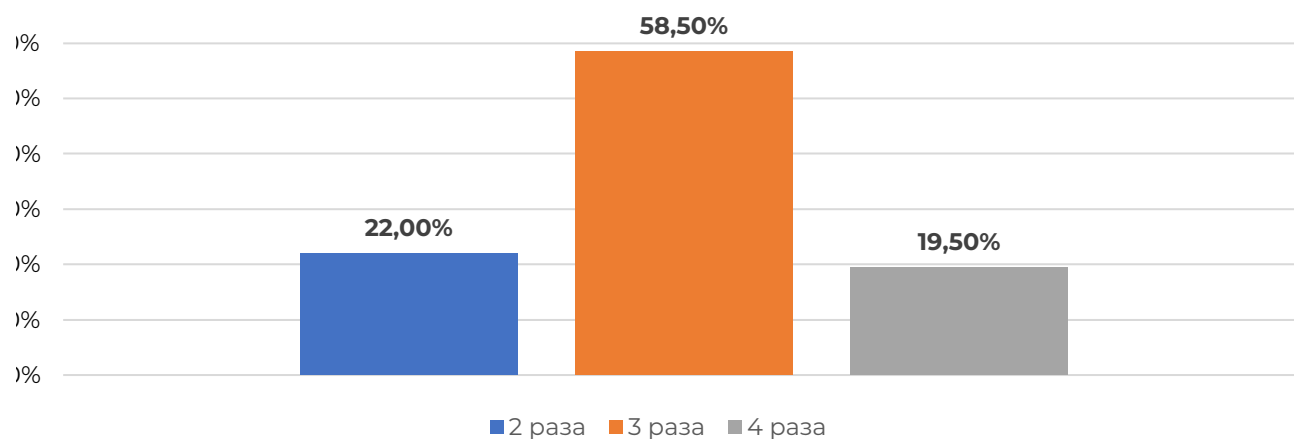


Рис. 8. Структура ответов «Режим питания»
Fig. 8. Answer structure to the question "Dietary regimen"

Составлено авторами по данным исследования.
 Compiled by the authors based on research data.

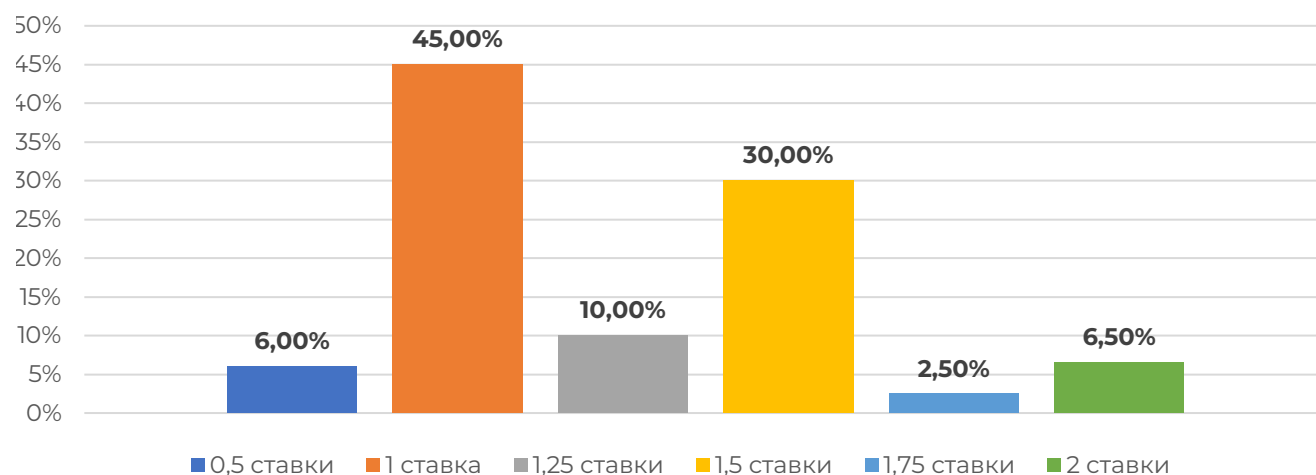


Рис. 9. Структура ответов «Количество занимаемых ставок»
Fig. 9. Answer structure to the question "Number of salary rates"

Составлено авторами по данным исследования.
 Compiled by the authors based on research data.

Выявленные паттерны – позднее обращение, симптоматическое самолечение, сокрытие болезни – полностью коррелируют с выводами академических работ. Главными причинами такого поведения называют профессиональные риски: страх потери работы и ущерба репутации [7].

Опрос врачей первичного звена показал: врачи применяют методы укрепления своего здоровья (рис. 6).

Наиболее распространенным методом укрепления здоровья оказались ежедневные прогулки на свежем воздухе: их практикуют 32% респондентов (10% мужчин и 22% женщин). Спортом регулярно занимаются 19% опрошенных (6,5% мужчин и 12,5% женщин). Еще 13% врачей используют комбинации различных практик, включая утреннюю гимнастику (2%), прогулки и гимнастику (6%), гимнастику, прогулки и правильное питание (3%), а также закаливание, прогулки и спорт (2%). Итого в той или иной форме о здоровье заботятся 64% врачей.

Не используют никаких целенаправленных методов для укрепления здоровья 36% респондентов (10,5% мужчин и 25,5% женщин).

Отдельно была изучена распространенность курения. Подавляющее большинство врачей – 85% (58,5% женщин и 26,5% мужчин) – не курят, а доля курящих респондентов составляет 15%.

На вопрос об употреблении алкоголя ответы респондентов распределились следующим образом (рис. 7)

Употребляют алкоголь 64% из опрошенных врачей, а 36% его не употребляют. Употребляющие чаще всего ограничиваются 1-2 приемами в месяц (38%), реже одним разом в неделю (21%). Ежедневное употребление отмечают лишь 5% респондентов.

По полученным данным от врачей имеется несколько вариантов частоты приема пищи (рис. 8).

Большее половины врачей (58,5%) питаются три раза в день. На питание два и четыре раза в день приходится сопоставимая доля респондентов – 22 и 19,5% соответственно.

Врачи демонстрируют умеренную медицинскую активность: 64% применяют методы укрепления здоровья (преимущественно прогулки), 85% не курят, 64% умеренно употребляют алкоголь (в основном 1-2 раза в месяц), в основном предпочитают лечить себя самостоятельно или у коллег.

Количество занимаемых штатных единиц в медицинских организациях города распределилось следующим образом (рис. 9).

Анализ занятости врачей выявил: 45% респондентов работают на одну ставку, 49% – более чем на одну ставку.

Подробные данные о длительности рабочей смены приведены на рисунке 10.

Исследование режима труда показало: подавляющее большинство врачей городских поликлиник (86,5%) работают в рамках смены продолжительностью 8-10 ч. Удлиненный 12-часовой день отмечают 7,5% респондентов, а сокращенную 5-часовую смену – 6,0% специалистов.

Частота и продолжительность выходных дней представлены на рисунке 11.

84,00% врачей отдыхают 1-2 дня в неделю, 14,00% врачей – 3-4 дня, 2,00% не имеют выходных совсем.

Следует отметить, что врачебные специалисты не восстанавливаются не только за выходные (относительно своей работоспособности) – доля таких врачей 89,75%, но и большая доля – 81,75% – не восстанавливаются и за период отпуска.

На вопрос о наступлении утомления в процессе работы врачи предоставили следующие ответы (рис. 12).

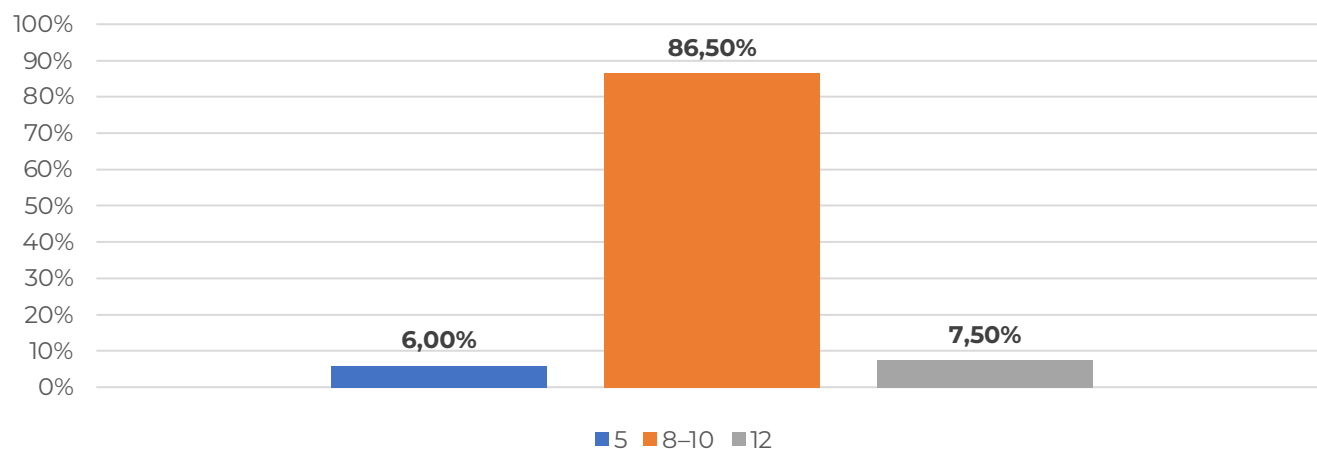


Рис. 10. Структура ответов «Продолжительность рабочей смены (часы)»

Fig. 10. Answer structure to the question "Shift length (hours)"

Составлено авторами по данным исследования.
Compiled by the authors based on research data.

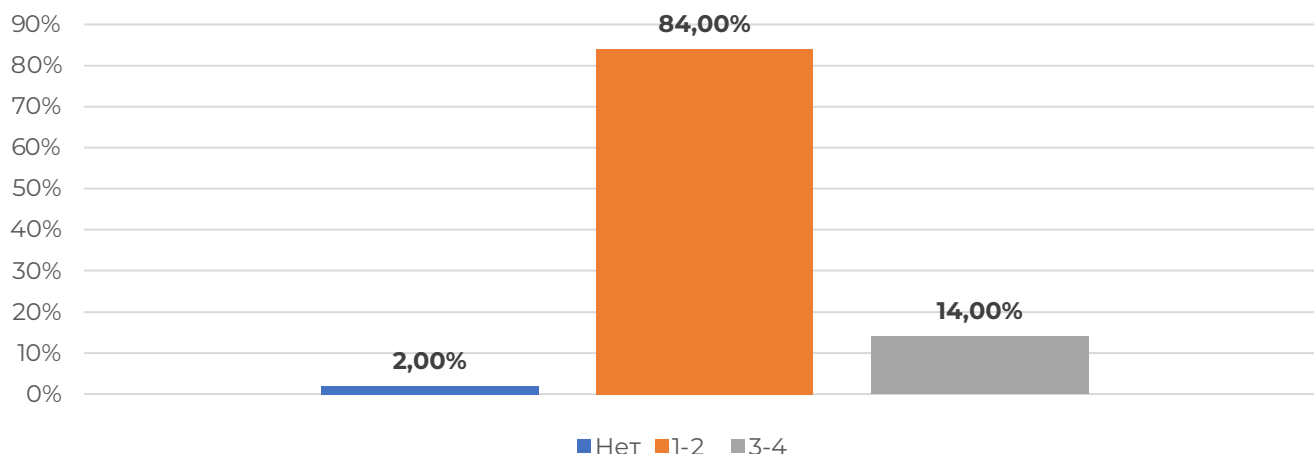


Рис. 11. Структура ответов «Количество выходных дней в неделю»
Fig. 11. Answer structure to the question "Number of days off per week"

Составлено авторами по данным исследования.
 Compiled by the authors based on research data.

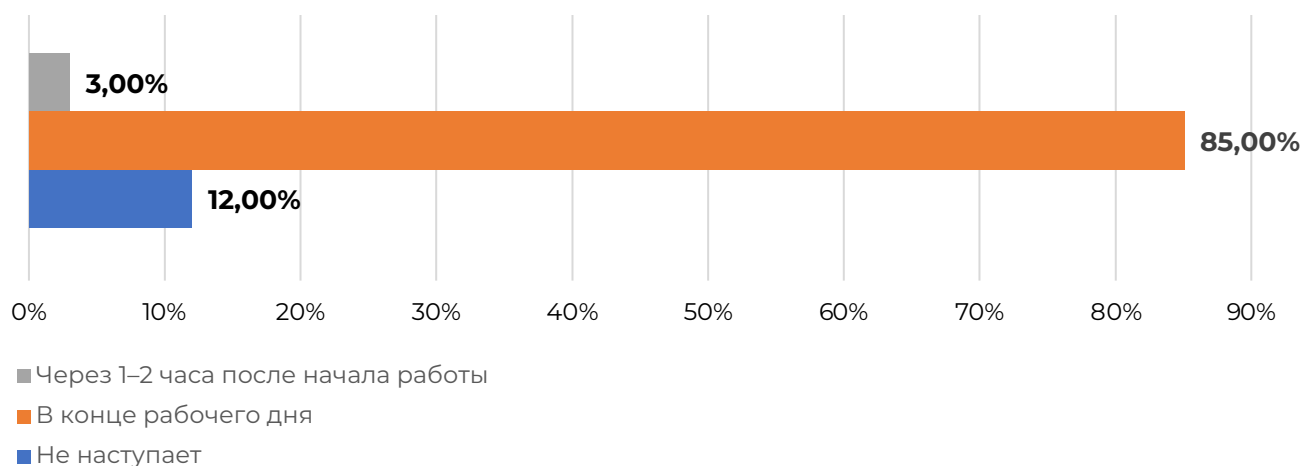


Рис. 12. Структура ответов «Утомляемость в процессе работы»
Fig. 12. Answer structure to the question "Tiredness at work"

Составлено авторами по данным исследования.
 Compiled by the authors based on research data.

Результаты исследования показали: ощущение усталости у врачей первичного звена сильно различается. Большинство (85%) чувствуют утомление только в конце рабочего дня, 12% не отмечают усталости после смены, а 3% испытывают сильное утомление уже в первые часы работы.

Респондентам было предложено поделиться информацией о тех мерах восстановления сил врача, которые имеются в их медицинских организациях (рис. 13). Там, где они есть, чаще всего это комната отдыха (23% учреждений), реже – помощь психолога (12%) или массажиста (6%). Организационные факторы как ключевые источники стресса врачебного специалиста, а стресс-факторы как медиаторы ухудшения состояния (здоровья, настроения, удовлетворенности) заявлены у российских исследователей [8].

Работа в условиях, где занятость на 1,5 ставки (30%) или более является вынужденной нормой, а продолжительность рабочего дня 8–10 ч у 86,5%, не позволяет сохранять эффективность без хронического утомления (85% чувствуют усталость к концу смены, не чувствуют восстановление работоспособности после выходных и даже за период отпускного периода).

В осуществлении своей профессиональной деятельности врачебный специалист первичного звена здравоохранения не имеет возможности для углубленной работы, сложных диагностических случаев, что в итоге не приносит интеллектуального удовлетворения (научный интерес как мотиватор – лишь 3%), не мотивирует выстраивать карьерные траектории (карьерный рост как мотиватор – 1%), а также возможностей

для повышения квалификации, профессионального признания (рис. 14).

Денежное вознаграждение в виде заработной платы врачебного специалиста амбулаторно-поликлинического звена – главный мотиватор (46,00%). В значительной части случаев указывается на несоответствие темпа роста заработной платы увеличению нагрузки на врача [9].

Основная доля врачей проживает в квартирах – 68,5 %, однако 18,5% проживают в общежитии и съемном жилье (рис. 15).

Степень удовлетворенности качеством своего жилья измерялась ответом на вопрос «Как вы оцениваете свои жилищные условия?». Ответы получили следующие (рис. 16).

Большинство врачей (84%) проживают в хороших условиях, из них 58,25% – женщины и 25,75% – мужчины. Удовлетворительные условия отмечают 14,75% респондентов, а плохие – лишь 1,25%.

Исследование показало, что только для части опрошенных актуальна идея смены профессии и ухода из сферы медицины. Рассматривают воз-

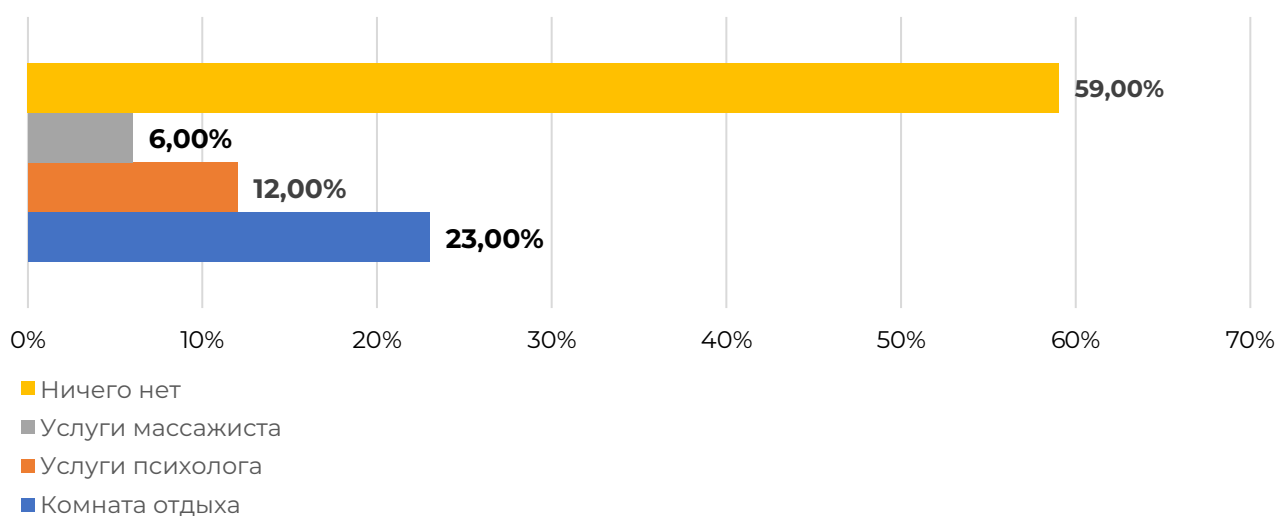


Рис. 13. Структура ответов «Меры восстановления сил врача»
Fig. 13. Answer structure to the question "Recovery resources for doctors"

Составлено авторами по данным исследования.
Compiled by the authors based on research data.

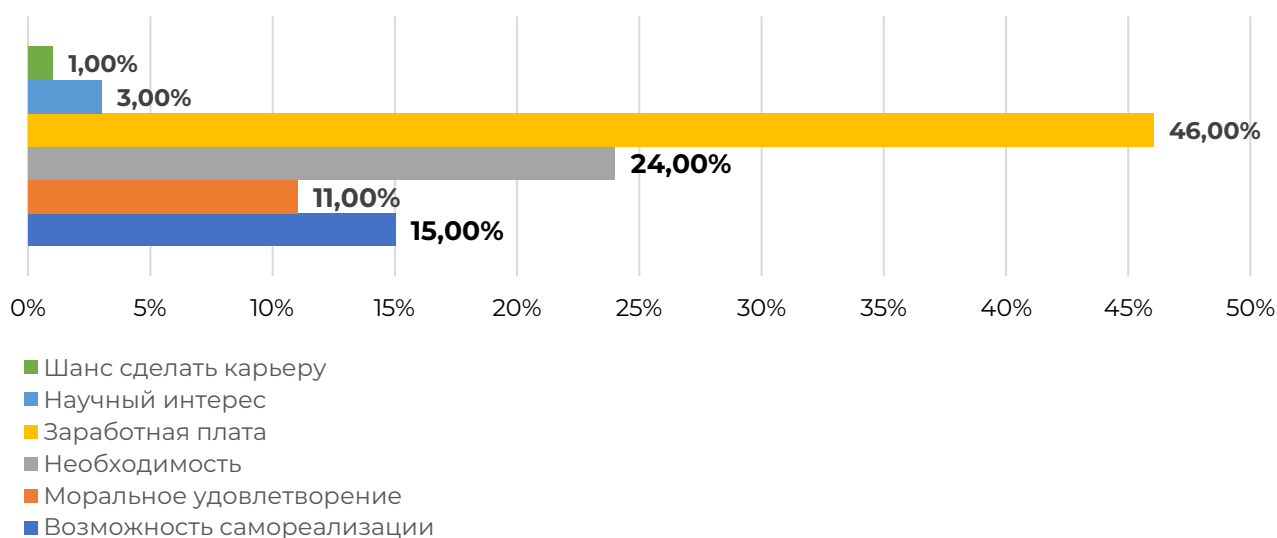


Рис. 14. Структура ответов «Мотивация врача»
Fig. 14. Answer structure to the question "Doctor's motivation"

Составлено авторами по данным исследования.
Compiled by the authors based on research data.

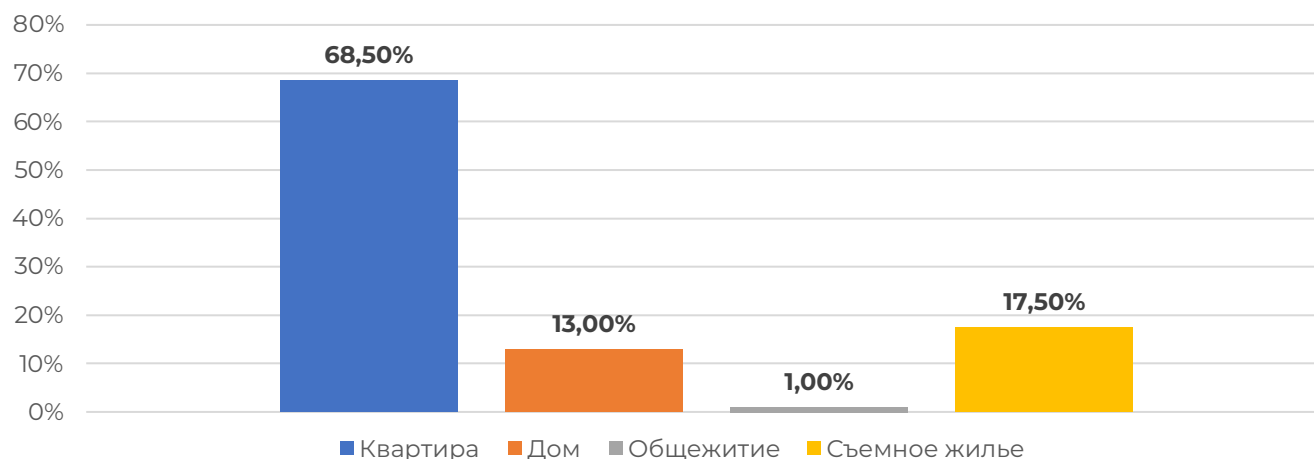


Рис. 15. Структура ответов «Место проживания врачей»
Fig. 15. Answer structure to the question "Doctor's place of residence"

Составлено авторами по данным исследования.
 Compiled by the authors based on research data.

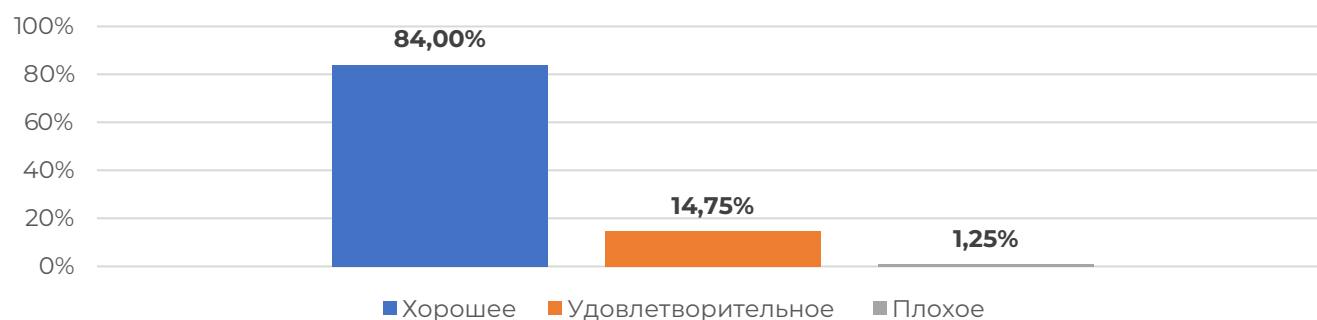


Рис. 16. Структура ответов «Удовлетворенность условиями проживания»
Fig. 16. Answer structure to the question "Satisfaction with living conditions"

Составлено авторами по данным исследования.
 Compiled by the authors based on research data.

возможность ухода из профессии 30,25% медицинских работников, в то время как большинство (69,75%) не планируют менять сферу деятельности. Для тех, кто намерен покинуть здравоохранение, в ходе дополнительного опроса были определены ключевые факторы, повлиявшие на это решение. Распределение полученных результатов представлено на рисунке 17.

Исследование выявило, что врачей побуждает уйти из профессии комплекс причин. Наиболее значимыми из них являются психоэмоциональная перегрузка (37%) и неудовлетворенность заработной платой (30%), на которые суммарно приходится две трети всех ответов. Также среди ключевых факторов отмечают потерю интереса к работе (17%), отсутствие полноценного отдыха (10%) и желание работать дистанционно (7%).

Выводы

Проведенный анализ позволяет сделать следующие выводы.

1. Профессиональное благополучие врачей первичного звена находится под угрозой из-за комплекса взаимосвязанных факторов: хронической высокой нагрузки, психоэмоционального стресса, конфликтогенной среды и недостаточной материальной компенсации.

2. Сформирован устойчивый кадровый риск, выражающийся в намерении значительной доли опытных врачей ключевой возрастной группы (41–50 лет) покинуть профессию. Это создает угрозу для преемственности и качества оказания первичной медико-санитарной помощи.



Рис. 17. Структура ответов «Причины ухода из профессии»

Fig. 17. Answer structure to the question "Reasons for career change"

Составлено авторами по данным исследования.
Compiled by the authors based on research data.

3. Существующие меры поддержки неадекватны потребностям: система лишена действенных механизмов психологической разгрузки и восстановления ресурсов врачей, а материальная мотивация не соответствует уровню нагрузки и ответственности.

Заключение

Выявленные в нашем исследовании условия труда воздействуют на изначально психологически устойчивую группу, постепенно истощая ее внутренние ресурсы. Когда этот адаптационный резерв будет превышен, следует ожидать закономерный отказ от профессиональной деятельности. Таким образом, меры по сохранению кадров должны быть направлены не только на компенсацию очевидных издержек (повышение оплаты), но и на целенаправленное поддержание и восстановление психологического ресурса врача через создание системы профилактики выгорания и конфликтной компетентности. Для снижения кадровых рисков и обеспечения профессионального благополучия врачей необходима реализация комплекса превентивных мер, выходящих за рамки разовых финансовых стимулов:

- материальное стимулирование: пересмотр системы оплаты труда, внедрение эффективных бонусных программ и мер материального

поощрения, привязанных не только к объему, но и к качеству работы и сложности пациента;

- организация труда и восстановление: нормирование нагрузки, гарантирование режима труда и отдыха, создание инфраструктуры для восстановления (комнаты психологической разгрузки, возможность массажа, доступ к корпоративному психологу);

- психологическая поддержка и развитие компетенций: внедрение обязательных цифровых обучающих модулей по стресс-менеджменту, управлению конфликтами, коммуникации с пациентами. Это поможет не только снизить выгорание, но и повысить профессиональную уверенность;

- создание комфортной среды: развитие корпоративной культуры, направленной на поддержку сотрудников, минимизацию бюрократических барьеров и разрешение внутренних конфликтов;

- следует развивать систему корпоративного здоровья: например, предоставлять оздоровительные программы согласно профилю коморбидности врачебного специалиста на базе гериатрических центров или санаториев.

Только системный подход, сочетающий справедливую оплату, заботу о здоровье врача и инвестиции в его профессиональный рост и социальный статус, может обеспечить профессиональное благополучие врачебного специалиста и стать основой для устойчивого кадрового обеспечения первичного звена здравоохранения.

Список литературы

1. Воробьева А.В., Якушин М.А. Факторный анализ, формирующий медико-социальный портрет современного врача амбулаторно-поликлинического звена. *Здоровье мегаполиса*. 2025;6(1):7-28. <https://doi.org/10.47619/10.47619/2713-2617.zm.2025.v.6i1;7-28>
2. Воробьева А.В., Якушин М.А. Психосоциальные факторы ухода врачей из профессии: стресс как детерминанта. *Здоровье мегаполиса*. 2025;6(3):35-47. <https://doi.org/10.47619/2713-2617.zm.2025.v.6i3;35-47>
3. Хальфин Р.А., Смольникова П.С., Столкова А.С. Профессиональное выгорание медицинских работников: актуальный вопрос управления системой здравоохранения. *Национальное здравоохранение*. 2023;4(2):40-46. <https://doi.org/10.47093/2713-069X.2023.4.2.40-46>
4. Карапетян Л.В. Особенности эмоционально-личностного благополучия представителей социэкономических профессий (врачей и психологов). *Известия Саратовского университета. Новая серия. Серия: Акмеология образования. Психология развития*. 2020;2(34):140-147. <https://doi.org/10.18500/2304-9790-2020-9-2-140-147>
5. Мазанкина Е.В. Отношение к здоровью медицинских работников: факторы риска и стратегии профилактики. *Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие*. 2025;13(2):145-158. <https://doi.org/10.23888/humJ2025132145-158>
6. Осипова Н.Г., Семина Т.В. Личность врача в современном социуме: идеальный тип и профессиональные деформации. *Вестник Московского университета. Серия 18. Социология и политология*. 2017;23(3):4-29.
7. Хаптанова В.А., Лысанова А.А., Михайлова Д.А. и др. Синдром эмоционального выгорания у работников здравоохранения. *Modern Science*. 2024;6(1):15-20.
8. Надилова З.А., Юзбекова А.А., Кухмазова А.Т. Основные профессиональные риски медицинских работников. *Медицина. Социология. Философия. Прикладные исследования*. 2022;6:114-117.
9. Русинова Н.Л., Сафронов В.В. Проблема социальных неравенств в здоровье: сравнительное исследование России в европейском контексте. *Вестник Института социологии*. 2019;10(1):127-147. <https://doi.org/10.19181/vis.2019.28.1.562>

References

1. Vorobeva A.V., Yakushin M.A. Factor Analysis that Forms a Medical and Social Portrait of a Modern Outpatient Doctor. *City Healthcare*. 2025;6(1):7-28. <https://doi.org/10.47619/10.47619/2713-2617.zm.2025.v.6i1;7-28> (In Russ.)
2. Vorobeva A.V., Yakushin M.A. Psychosocial Factors for Leaving the Profession among Physicians: Stress as a Determinant. *City Healthcare*. 2025;6(3):35-47. <https://doi.org/10.47619/2713-2617.zm.2025.v.6i3;35-47> (In Russ.)
3. Khalfin R.A., Smolnikova P.S., Stolkova A.S. Burnout among Health Care Workers: a Pressing Problem for Health Care Management. *National Healthcare (Russia)*. 2023;4(2):40-46. <https://doi.org/10.47093/2713-069X.2023.4.2.40-46> (In Russ.)
4. Karapetyan L.V. Peculiarities of Emotional and Personal Well-Being in the Representatives of Socioeconomic Professionals (Doctors and Psychologists). *Izvestiya of Saratov University. Educational Acmeology. Developmental Psychology*. 2020;9(2):140-147. <https://doi.org/10.18500/2304-9790-2020-9-2-140-147> (In Russ.)
5. Mazankina E.V. Health Attitude of Healthcare Workers: Risk Factors and Prevention Strategies. *Personality in a changing world: health, adaptation, development*. 2025;13(2):145-158. <https://doi.org/10.23888/humJ2025132145-158> (In Russ.)
6. Osipova N.G., Semina T.V. The Doctor's Personality in Modern Society: the Ideal Type and Professional Deformation. *Moscow State University Bulletin. Series 18. Sociology and Political Science*. 2017;23(3):4-29. (In Russ.)
7. Khaptanova V.A., Lysanova A.A., Mikhailova D.A. et al. Burnout Syndrome in Healthcare Workers. *Modern Science*. 2024;6(1):15-20. (In Russ.)

8. Nadirova Z.A., Yuzbekova A.A., Kukhmazova A.T. Main Professional Risks of Medical Workers. *Medicine. Sociology. Philosophy. Applied research*. 2022;6:114-117. (In Russ.)
9. Rusinova N.L., Safronov V.V. The Issue of Social Inequality in Terms of Health: a Comparative Study of Russia within the European Context. *Vestnik instituta sotziologii*. 2019;10(1):127-147. <https://doi.org/10.19181/vis.2019.28.1.562> (In Russ.)

Информация о статье

Финансирование: исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов: автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

Сведения об авторе

Воробьева Анна Владимировна – научный сотрудник ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко»; <https://orcid.org/0000-0003-4609-5343>

Автор прочитал и одобрил окончательный вариант рукописи.

Для корреспонденции

Воробьева Анна Владимировна
vorobievaanna2010@yandex.ru

Статья поступила 12.10.2025
Принята к печати 13.02.2026
Опубликована 30.03.2026

Article info

Funding: the author received no financial support for the research.

Conflict of interest: the author declares that there is no conflict of interest.

About the author

Anna V. Vorobeva – Researcher, N.A. Semashko National Research Institute of Public Health, <https://orcid.org/0000-0003-4609-5343>

The author read and approved the final version of the manuscript.

Corresponding author

Anna V. Vorobeva
vorobievaanna2010@yandex.ru

Received 12.10.2025
Accepted for publication 13.02.2026
Published 30.03.2026

УДК 614.2
<https://doi.org/10.47619/2713-2617.zm.2026.v.7i1;54-60>

Особенности подготовки пациентов к медико-социальной экспертизе в городской поликлинике Москвы

З.Х. Агамов^{1*}, Е.П. Какорина²

¹ Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья им. Н.А. Семашко, 105064, Россия, г. Москва, ул. Воронцово Поле, д. 12, стр. 1

² Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского, 129110, Москва, ул. Щепкина, д. 61/2

*Автор, ответственный за переписку, email: azxur@rambler.ru

Аннотация

Введение. Увеличение продолжительности жизни населения сопряжено с накоплением хронических неинфекционных заболеваний, что часто сопровождается стойкими нарушениями функций организма. В результате возрастает численность граждан, представляемых на медико-социальную экспертизу (МСЭ) с целью установления инвалидности, что предполагает увеличение объема работ медицинских организаций первичного звена здравоохранения. В связи с этим представляется актуальной оценка деятельности медицинских организаций при подготовке пациентов к МСЭ. **Цель исследования** – оценка объемов оказываемой помощи пациентам при их подготовке к МСЭ в городской поликлинике Москвы. **Материалы и методы.** Медицинские карты пациентов, получающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях (электронные, 471 человек), которые направлены на медико-социальную экспертизу; журнал регистрации амбулаторных больных, представляемых на МСЭ; результаты социологического опроса методом интервью (43 врача и 123 пациента). Использованы аналитический и социологический методы. **Результаты.** Маршрутизация пациентов при их подготовке к медико-социальной экспертизе отличается сложным порядком, что подтверждается результатами социологического опроса. Средняя длительность подготовки граждан к представлению на МСЭ составила два месяца при установленном сроке в 30 дней. **Заключение.** Процесс подготовки граждан к МСЭ связан с избыточностью и дублированием визитов пациентов к врачам и выполняемых анализов и обследований. Удлинение регламентированных сроков в нормативных правовых актах, передача некоторых функций с врачей на средний медицинский персонал, при направлении пациентов на МСЭ, внедрение электронного документооборота между организациями позволит в перспективе снизить число посещений и обследований, сократить сроки ожидания медицинской помощи, повысить удовлетворенность пациентов.

Ключевые слова: поликлиника; врач; пациент; посещение врача; медико-социальная экспертиза

Для цитирования: Агамов З.Х., Какорина Е.П. Особенности подготовки пациентов к медико-социальной экспертизе в городской поликлинике Москвы. *Здоровье мегаполиса*. 2026;7(1):54-60. <https://doi.org/10.47619/2713-2617.zm.2026.v.7i1;54-60>

УДК 614.2
<https://doi.org/10.47619/2713-2617.zm.2026.v.7i1;54-60>

Features of Preparing Patients for Medical and Social Disability Examinations at Moscow Polyclinics

Zagir Kh. Agamov^{1*}, Ekaterina P. Kakorina²

¹ N.A. Semashko National Research Institute of Public Health, 12, Vorontsovo Pole ul., 105064, Moscow, Russian Federation

² Moscow Regional Research and Clinical Institute (MONIKI), 61/2 Shchepkina ul., 129110, Moscow, Russian Federation

*Corresponding author, email: azxur@rambler.ru

Abstract

Background. As the life expectancy of citizens increases, non-communicable diseases accumulate, accompanying by persistent functional disorders. The result is a growing number of citizens referred for a medical and social disability examination (MSDE) and, therefore, an expanding workload of primary healthcare organizations in preparing patients for MSDE. In this regard, it is relevant to assess the activities of healthcare organizations in preparing patients for MSDE. **Objective.** To estimate the volume of care provided to patients during the preparation for MSDE at Moscow polyclinics. **Materials and methods.** The authors analyzed the electronic health records of outpatients (471 individuals) referred for MSDE, the register of outpatients referred for MSDE, and the results of an interview survey (43 physicians and 123 patients) using analytical and sociological methods. **Results.** The survey confirmed that the routing of patients preparing for MSDE is characterized by a complex procedure. The average duration of preparation for MSDE was two months, compared to the established deadline of 30 days. **Conclusion.** The process of preparing citizens for MSDE includes redundant and duplicated doctor's visits, tests, and examinations. Possible solutions are extending the established deadlines in the regulations, transferring some functions from doctors to nursing staff when referring patients to MSDE, and implementing electronic document management between organizations. These measures have the potential to reduce the number of visits and examinations, shorten the waiting time for care, and increase long-term patient satisfaction.

Keywords: polyclinic; doctor; patient; doctor's visit; medical and social disability examination

For citation: Agamov Z.Kh., Kakorina E.P. Features of Preparing Patients for Medical and Social Disability Examinations at Moscow Polyclinics. *City Healthcare*. 2026;7(1):54-60. <https://doi.org/10.47619/2713-2617.zm.2026.v.7i1;54-60>

Введение

Подготовка граждан к медико-социальной экспертизе (МСЭ) является важным разделом работы первичного звена здравоохранения и связана с неоднократными посещениями пациентов врачами поликлиники [1].

МСЭ предназначена для осуществления освидетельствования граждан на инвалидность при заболеваниях, приведших к стойким нарушениям функций организма, что должно быть подтверждено результатами анализа клинических, функциональных, социальных, бытовых, профессиональных, трудовых и психологических данных¹. Направление граждан осуществляется врачебной комиссией поликлиники на основании клинического диагноза, по результатам проведенного обследования пациента лечащим врачом². Объем работ, связанный с подготовкой пациентов на МСЭ, осуществляемый в первичном звене здравоохранения, регламентирован нормативно и представляет собой многоэтапный процесс, при котором в зависимости от направительного диагноза необходимо пройти соответствующие лабораторно-инструментальные исследования (ЛИИ), посетить и получить заключения врачей различных специальностей, для которых установлены сроки их актуальности перед представлением на МСЭ, и должны составлять не более девяноста дней при первичном направлении на МСЭ и не более ста двадцати дней при повторном³.

Вместе с тем подготовка граждан к МСЭ в первичном звене здравоохранения сопряжена с такими проблемами, как длительные сроки ожидания назначенных в рамках этого ЛИИ и консультаций врачей, что связано с очередями, затратами рабочего времени на заполнение медицинской документации, превышением установленных норм времени на посещение, неудовлетворенностью пациентов [2].

Таким образом, комплекс работ по подготовке пациентов к МСЭ является многоэтапным и ресурсоемким процессом, проводимым в первичном звене, с установленной маршрутизацией и определенными сроками [3].

При увеличении продолжительности жизни граждан, сопряженной с накоплением хронических неинфекционных заболеваний, часто наблюдаются стойкие нарушения функций организма. Число граждан, направляемых на МСЭ, может увеличиваться, что ложится дополнитель-

ной нагрузкой на медицинские организации, оказывающие первичную медико-санитарную помощь (ПМСП). В связи с этим представляется актуальной оценка использованных ресурсов медицинских организаций, оказывающих ПМСП, при подготовке пациентов к МСЭ. В доступных источниках публикации, посвященные данному вопросу, не представлены.

Цель исследования – оценка объемов оказываемой помощи пациентам при их подготовке к МСЭ.

Материалы и методы исследования

На первоначальном этапе исследования проведен социологический опрос врачей (43 респондента) и пациентов (123 респондента) для выявления проблемных аспектов, касающихся подготовки граждан к МСЭ. Получены данные о количестве граждан, представленных из поликлиники (включая филиалы) на МСЭ, представлена их возрастная-половая структура и структура направительных диагнозов по классам болезней.

На следующем этапе из медицинских карт пациентов, получающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях (471 человек), направленных на МСЭ, получены данные о посещениях пациентов врачами и прохождении ими ЛИИ, рассчитаны показатели их частоты, сроки подготовки пациентов к МСЭ.

Изучена маршрутизация пациентов при направлении пациентов на МСЭ (рис. 1).

Применены аналитический и социологический методы исследования.

Результаты

Социологический опрос врачей и пациентов

Врачи отметили, что при посещениях пациентов, которые готовятся к МСЭ, выполняется по сути констатация в медицинской карте текущего состояния пациента, результатов обследования и диагноза. Отмечено, что пациенты, представляемые к МСЭ, как правило, граждане старших возрастных групп, которые находятся под диспансерным наблюдением, с регулярным обследованием и посещением необходимых врачей-специалистов, с частотой два раза в год, согласно нормативным правовым актам. Респондентами отмечено, что в ряде случаев при на-

¹ Постановление Правительства РФ от 05.04.2022 № 588 (ред. от 24.01.2023) «О признании лица инвалидом» (вместе с Правилами признания лица инвалидом) (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.06.2023).

² Приказ Минтруда России от 29.01.2014 № 59н «Об утверждении Административного регламента по предоставлению государственной услуги по проведению медико-социальной экспертизы».

³ Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации и Министерства здравоохранения Российской Федерации от 16.05.2024 № 259н/238н «Об утверждении перечня медицинских обследований, необходимых для получения клинико-функциональных данных в зависимости от заболевания в целях проведения медико-социальной экспертизы».

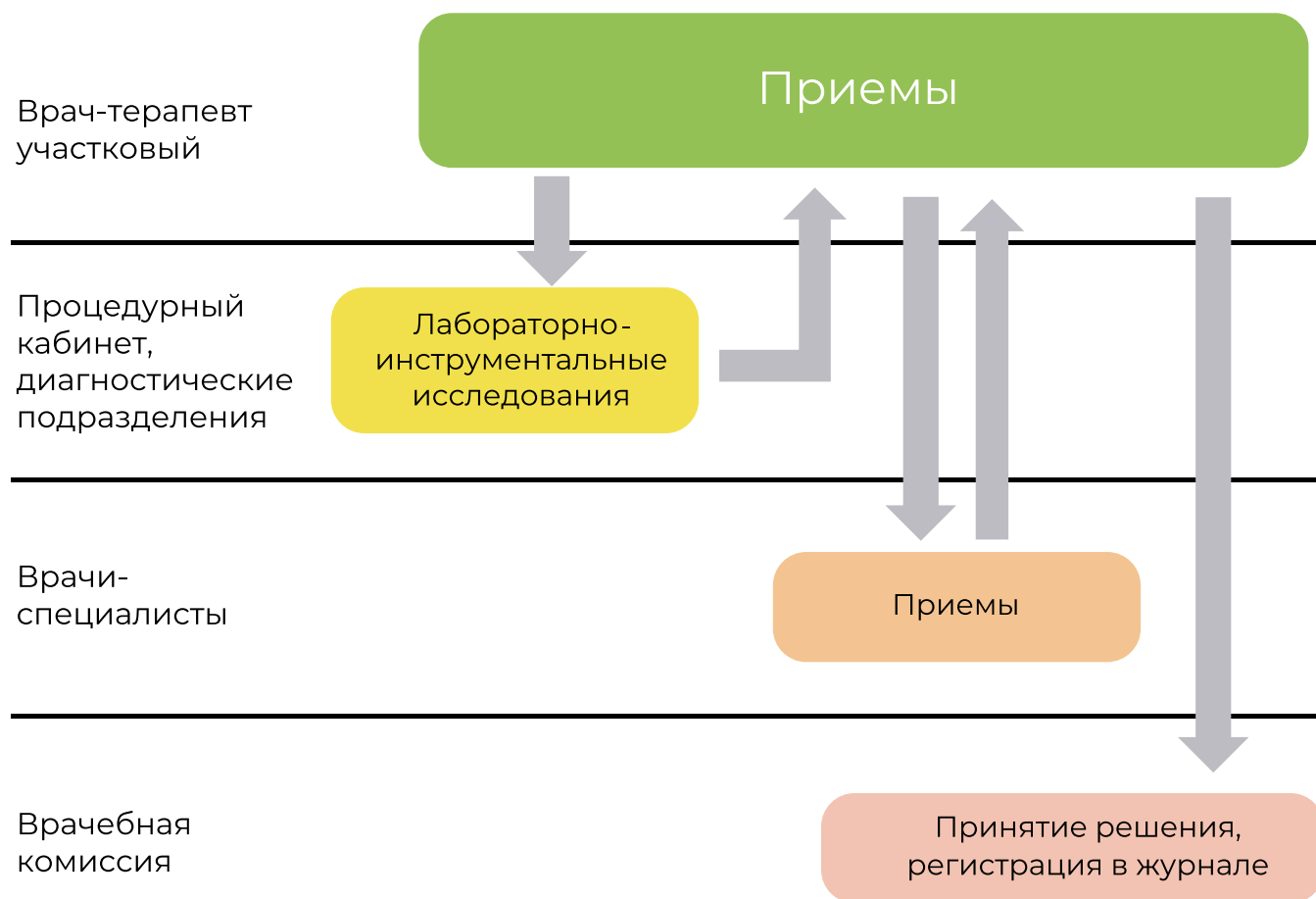


Рис. 1. Схема маршрутизации пациентов при подготовке к МСЭ
Fig. 1. Flowchart of patient routing when preparing patients for MSDE

правлении на МСЭ у многих пациентов предшествовало стационарное лечение, при котором им уже были выполнены необходимые ЛИИ и проведены консультации врачей. В данных случаях респонденты отметили, что для соблюдения регламентированных сроков действительности результатов обследований и заключений врачей-специалистов перед направлением на МСЭ им приходится повторно назначать как лабораторно-инструментальные исследования, так и консультации, что ведет к дублированию и избыточности процедур.

Пациенты отметили длительные сроки подготовки к МСЭ в поликлинике, что связано со сроками ожидания и очередями на обследования и лабораторные анализы. Установлено, что в ряде случаев при отсутствии возможности выполнить исследования или пройти консультации врачей-специалистов (отсутствие необходимых врачей-специалистов и оборудования, очереди) граждане самостоятельно обращаются в другие медицинские организации, в том числе частной формы собственности.

Врачи отметили, что переход на электронную форму «Направление на медико-социальную экспертизу медицинской организацией» (№ 088/у) не снизил временные затраты на ее заполнение по сравнению с бумажной формой, которая использовалась ранее. При этом с учетом активного внедрения информационных технологий врачи выразили необходимость в создании электронных каналов по передаче данных о состоянии здоровья граждан между организациями при направлении пациентов на МСЭ.

Таким образом, мнения пациентов и врачей были едины в том, что маршрутизация пациентов в поликлинике при направлении на МСЭ связана с неоднократными посещениями врачей и проведениями ЛИИ, при этом отмечено их дублирование, избыточность, повышенные трудозатраты по оформлению медицинской документации, несмотря на внедрение ЭМК. Выявленные проблемные аспекты диктуют необходимость организационных решений по оптимизации работ в поликлинике, связанных с подготовкой граждан на МСЭ.

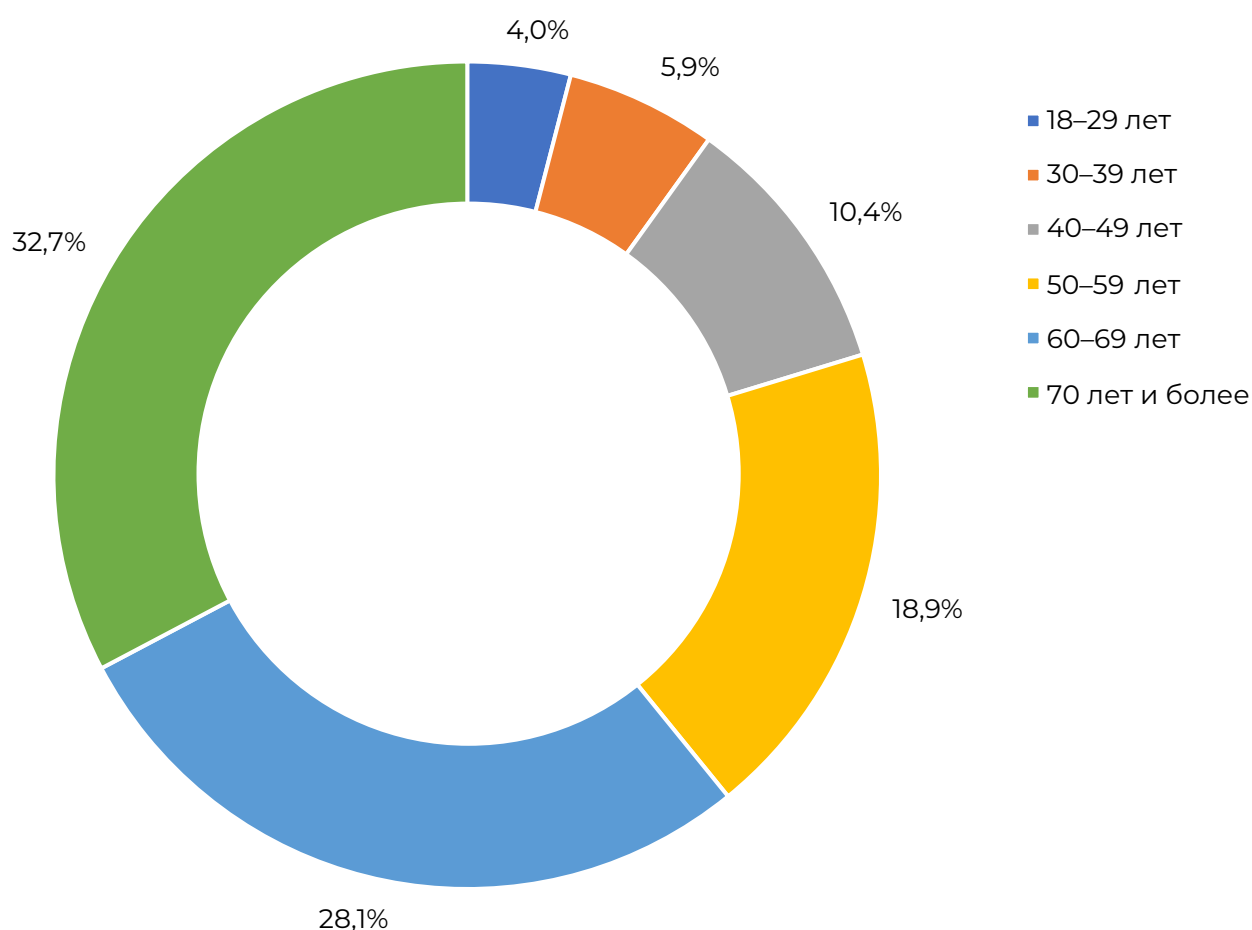


Рис. 2. Структура пациентов, представленных на МСЭ по возрасту
Fig. 2. Age structure of patients referred to MSDE

Объемы потребляемых ресурсов

Общее количество граждан, направленных за год в поликлинику, составило 2307 пациентов (36,7% первично и 63,3% повторно), из которых более половины мужчины (51,1%), пенсионеры составили 60% (рис. 2).

Более половины направленных граждан (53%) – это пациенты с болезнями системы кровообращения, костно-мышечной системы и соединительной ткани (14%), болезнями нервной системы (7%).

Сопоставимые данные получены и в одном из филиалов городской поликлиники, на МСЭ в течение года направлен 471 пациент. Из них 42,6% впервые и 57,4% повторно; 53,7% направленных мужчины, 59% пенсионеры. С болезнями системы кровообращения – 45%, с болезнями костно-мышечной системы и соединительной ткани – 15%, болезнями нервной системы – 8%.

Данной группой выполнено 3015 визитов к врачам поликлиники: врачам-терапевтам участковым и врачам общей практики (семейным врачам) – 1743 (среднее число 3,7 на одного пациента),

а к врачам-специалистам – 1272 (среднее число 2,7 на одного пациента).

В более чем половине случаев (59%) посещения необходимых врачей-специалистов выполнены за 6 мес. и менее до представления на МСЭ. Почти в половине случаев (48%) в ЭМК были результаты необходимых ЛИИ, в том числе выполненных при стационарном лечении. Средний срок маршрутизации пациента при подготовке на МСЭ почти вдвое превысил установленный нормативными правовыми актами (НПА) и составил 59 дней.

Обсуждение

Опрос врачей выявил, что маршрут движения пациентов, направляемых на МСЭ, сопряжен с множественными визитами к врачам различных специальностей и назначением ЛИИ, которые являются, по мнению опрошенных, избыточными, что обусловлено установленными НПА сроками их актуальности [4]. Дублирование посещений врачей и ЛИИ обусловлено тем, что пациенты, которых

готовят на МСЭ, в большинстве своем граждане старших возрастных групп, состоящие на диспансерном наблюдении по поводу различных заболеваний, при котором им выполняются назначаемые консультации и ЛИИ с периодичностью 1–2 раза в год. При этом обоснования установленным в НПА срокам действительности заключений врачей и ЛИИ нет.

Опрос выявил потребность в дистанционном взаимодействии врачей и пациентов при их подготовке к МСЭ, ввиду того что данный раздел работы врачей не связан с оказанием медицинской помощи, чему может способствовать внедренная в Москве Единая медицинская информационно-аналитическая система, а также в целом уровень развития информатизации в городе [5]. Наряду с этим сократить объем посещений при подготовке пациентов на МСЭ может делегирование некоторых функций врачей среднему медицинскому персоналу. Эти меры позволят сократить сроки ожидания медицинской помощи

при подготовке пациентов к МСЭ, а также повысить удовлетворенность пациентов.

Заключение

Таким образом, результаты исследования дополнили информацию о маршрутах движения пациентов при подготовке к МСЭ и объемах вовлекаемых при этом ресурсах поликлиники, что служит информационной платформой для выработки дальнейших решений по упрощению данной маршрутизации. Актуализация НПА с коррекцией сроков подготовки к МСЭ, перераспределение функций с врачей на средний медицинский персонал, внедрение возможности электронного документооборота между организациями позволит в перспективе снизить число посещений пациентами поликлиники, сократить сроки ожидания медицинской помощи, повысить удовлетворенность пациентов.

Список источников

1. Агамов З.Х., Какорина Е.П. Анализ структуры посещений пациентами врачей городской поликлиники Москвы. *Проблемы стандартизации в здравоохранении*. 2022;7(8):32-38. <http://doi.org/10.26347/1607-2502202207-08032-038>
2. Кондрикова Н., Симчина Я., Братчикова В. Анализ ошибок при направлении пациентов на медико-социальную экспертизу. *Врач*. 2016;7:2-5.
3. Пузин С.Н., Меметов С.С., Балека Л.Ю., Кузнецова Е.А., Мутева Т.А. Актуальные вопросы медико-социальной экспертизы на современном этапе. *Медико-социальная экспертиза и реабилитация*. 2015;18(4):4-7.
4. Михайлова Е.Н., Михайлов И.В., Разиньков Д.В., Халилов М.А. Медико-социальная экспертиза: современные аспекты правового регулирования. *Вестник новых медицинских технологий*. eJournal. 2014;1:1-6. <https://doi.org/10.12737/5942>. Доступно по ссылке: <https://cyberleninka.ru/article/n/mediko-sotsialnaya-ekspertiza-sovremennye-aspekty-pravovogo-regulirovaniya>
5. Пайков А.Ю., Самойлова Ю.Б., Якименко Л.А. Медико-социальная экспертиза: трудности и сложности проведения в современных реалиях. *Дальневосточный медицинский журнал*. 2023;2:74-78.

References

1. Agamov Z.Kh., Kakorina E.P. Analysis of the Structure of Patient Visits to Moscow City Polyclinics. *Health care Standardization Problems*. 2022;(7-8):32-38. (In Russ.) <http://doi.org/10.26347/1607-2502202207-08032-038>
2. Kondrikova N., Simchina Ya., Bratchikova V. Analysis of Errors when Referring Patients for Sociomedical Examination. *Vrach*. 2016;(7):2-5. (In Russ.)
3. Puzin S.N., Memetov S.S., Baleka L.Yu. et al. Current Issues in Health Social Expertise. *Medical and Social Expert Evaluation and Rehabilitation*. 2015;18(4): 4-7. (In Russ.)
4. Mikhailova E.N., Mikhailov I.V., Razin'kov D.V. et al. Medico-Social Examination: the Modern Aspects of Legal Regulation. *Journal of New Medical Technologies*. eJournal. 2014;1:1-6. (In Russ.) <https://doi.org/10.12737/5942>. Available from: <https://cyberleninka.ru/article/n/mediko-sotsialnaya-ekspertiza-sovremennye-aspekty-pravovogo-regulirovaniya>
5. Paikov A.Yu., Samoilo Yu.B., Yakimenko L.A. Medical and Social Expertise: Current Difficulties and Challenges. *Far Eastern Medical Journal*. 2023;(2):74-78. (In Russ.)

Информация о статье

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование: исследование проводилось без спонсорской поддержки.

Сведения об авторах

Агамов Загир Хидирович – д-р мед. наук, старший научный сотрудник ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко», <https://orcid.org/0000-0002-3745-4888>

Какорина Екатерина Петровна – д-р мед. наук, профессор, заместитель директора ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский институт им. В.Ф. Владимирского», <https://orcid.org/0000-0001-6033-5564>

Вклад авторов

З.Х. Агамов – концепция и дизайн исследования, сбор и обработка материала, анализ данных, написание текста, составление списка литературы; Е.П. Какорина – редактирование. Авторы прочитали и одобрили окончательный вариант рукописи.

Для корреспонденции

Загир Хидирович Агамов
azxur@rambler.ru

Поступила 25.11.2025
Принята к печати 26.02.2025
Опубликована 30.03.2025

Article info

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

Funding: the authors received no financial support for the research.

About the authors

Zagir Kh. Agamov – Dr. Sci. in Medicine, Senior Researcher, N.A. Semashko National Research Institute of Public Health, <https://orcid.org/0000-0002-3745-4888>

Ekaterina P. Kakorina – Dr. Sci. in Medicine, Professor, Deputy Director, Moscow Regional Research and Clinical Institute (MONIKI), <https://orcid.org/0000-0001-6033-5564>

Authors' contributions

Z.Kh. Agamov – concept and idea of the study; collection and processing of materials; text writing, compiling the reference list; E.P. Kakorina – text editing. All co-authors read and approved the final version of the manuscript.

Corresponding author

Zagir Kh. Agamov
azxur@rambler.ru

Received 25.11.2025
Accepted for publication 26.02.2025
Published 30.03.2025

УДК 332.1:614:2
<https://doi.org/10.47619/2713-2617.zm.2026.v.7i1;61-71>

Экономические и технические аспекты формирования тарифов оплаты медицинских услуг на основе клинико-статистических групп

С.С. Бударин

Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы, 115088, Россия, г. Москва, ул. Шарикоподшипниковская, д. 9

Автор, ответственный за переписку, email: sbudarin@yandex.ru

Аннотация

Введение. Исследование посвящено анализу экономических и технических аспектов формирования тарифов оплаты медицинских услуг на основе клинико-статистических групп (КСГ/DRG) в России и зарубежных странах. Внедрение системы оплаты медицинских услуг на основе КСГ/DRG во всех странах мира сопряжено с серьезными вызовами, среди которых технические сложности классификации случаев и расчета тарифов, недостаточная инфраструктура данных, риски для финансовой устойчивости медицинских организаций и др. Успешное внедрение КСГ/DRG требует тщательной подготовки, инвестиций в данные и учета специфических особенностей функционирования системы здравоохранения в каждой стране. **Цель.** Проведение оценки перспективы внедрения КСГ в медицинскую практику и классификации трудностей, с которыми сталкиваются в разных странах при формировании тарифов оплаты медицинской помощи на основе КСГ. **Материалы и методы.** В качестве основных источников информации использовались нормативные правовые акты в сфере здравоохранения, действующие в Российской Федерации и за рубежом, а также научные публикации российских и зарубежных авторов по теме исследования. В качестве основных методов исследования использовались систематический и критический обзоры, сравнительный анализ и контент-анализ. **Результаты и заключение.** Анализ систем оплаты медицинской помощи на основе КСГ/DRG показывает наличие ряда проблем при их внедрении, которые можно разделить по следующим признакам: проблемы классификации и ценообразования КСГ/DRG, специфичные для каждой страны проблемы реализации, экономические и финансовые сложности, проблемы качества и доступности медицинской помощи. Международный опыт демонстрирует существенное разнообразие характеристик и эффективности систем КСГ/DRG. Страны разработали различные подходы к устранению присущих базовым системам DRG ограничений, включая использование дополнительных механизмов оплаты за высоковариабельную, специализированную и малообъемную помощь. Эти дополнительные механизмы включают выплаты за отдельные услуги, дополнительные сборы за определенные услуги и альтернативные модели оплаты для определенных видов медицинской помощи. Последствия проблем, связанных с внедрением КСГ/DRG, выходят за рамки технических вопросов финансирования здравоохранения и касаются более широких вопросов проектирования и функционирования системы здравоохранения. Данные свидетельствуют о том, что успешное внедрение КСГ/DRG требует значительных инвестиций в инфраструктуру, обучение и постоянное обслуживание системы, которые могут превзойти первоначальные ожидания.

Ключевые слова: клинико-статистические группы; Diagnosis-related groups; модели оплаты медицинской помощи; медицинские организации; финансирование здравоохранения; тарифы ОМС

Для цитирования: Бударин С.С. Экономические и технические аспекты формирования тарифов оплаты медицинских услуг на основе КСГ. *Здоровье мегаполиса*. 2026;7(1):61-71. <https://doi.org/10.47619/2713-2617.zm.2026.v.7i1;61-71>

© С.С. Бударин, 2026

© Это произведение доступно по лицензии Creative Commons Attribution-ShareAlike («Атрибуция-СохранениеУсловий») 4.0 Всемирная.

УДК 332.1:614:2
<https://doi.org/10.47619/2713-2617.zm.2026.v.7i1;61-71>

Economic and Technical Aspects of DRG-Based Tariff Setting for Medical Services

Sergey S. Budarin

Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management of Moscow Healthcare Department, 9, Sharikopodshipnikovskaya st., 115088, Moscow, Russian Federation

Corresponding author, email: sbudarin@yandex.ru

Abstract

Introduction. The study analyzes the economic and technical aspects of setting tariffs for medical services based on Diagnosis-Related Groups (DRG) in Russia and foreign countries. The implementation of a DRG-based tariff system is associated with serious challenges in all countries of the world, including technical difficulties in case classification and tariff calculation, insufficient data infrastructure, and risks to the financial stability of healthcare providers, etc. Successful implementation requires careful planning, investment in data systems, and adaptation to each country's specific healthcare context. **Objective.** To assess the prospects for introducing DRG into medical practice and to classify the difficulties encountered in different countries when establishing DRG-based tariffs. **Materials and methods.** The main sources of information were regulatory legal acts in Russian and global healthcare, as well as relevant Russian and foreign scientific publications. The principal research methods employed were systematic review, critical review, comparative analysis, and content analysis. **Results and conclusion.** The analysis of DRG-based tariff setting for medical services reveals a number of challenges in its implementation, which can be divided into the following categories: problems of DRG classification and pricing, country-specific implementation issues, economic and financial problems, and concerns regarding quality and access to health care. International experience shows significant diversity in the characteristics and effectiveness of DRG systems. Countries have developed different approaches to address the limitations of basic DRG systems, including the use of additional payment mechanisms for high-tech, specialized, and low-volume medical care. These additional mechanisms include payments for individual services, additional charges for certain services, and alternative payment models for certain types of care. The implications of the challenges associated with DRG implementation go beyond technical issues of health financing and concern broader issues of health system design and operation. The data suggest that successful implementation of DRG requires significant investments in infrastructure, training, and ongoing system maintenance that may exceed initial expectations.

Keywords: Clinical-statistical groups; Diagnosis-related groups; health care payment models; medical organizations; health care financing; compulsory medical insurance tariffs

For citation: Budarin S.S. Economic and technical aspects of DRG-based tariff setting for medical services. *City Healthcare*. 2026;7(1):61-71. <https://doi.org/10.47619/2713-2617.zm.2026.v.7i1;61-71>

Введение

Формирование тарифов на медицинское обслуживание на основе DRG (Diagnosis-related groups) сталкивается во многих странах со значительными проблемами, включая технические сложности классификации и ценообразования, неадекватную инфраструктуру данных, проблемы финансовой устойчивости, проблемы с качеством, возникающие из-за несовершенных стимулов, а также существенные различия в подходах к реализации, которые требуют тщательной адаптации к местным условиям здравоохранения.

Системы групп, связанные с диагнозом (DRG), представляют собой фундаментальный переход от моделей оплаты по факту оказания услуг к перспективным моделям оплаты в финансировании здравоохранения. С момента их внедрения в системе Medicare США в 1983 г. системы оплаты на основе DRG были приняты во всем мире в качестве механизма контроля расходов на здравоохранение, повышения эффективности и прозрачности возмещения расходов медицинских организаций.

Российская модель клинко-статистических групп (КСГ) как аналог западной DRG была создана в рамках проекта, реализованного по соглашению между Федеральным фондом обязательного медицинского страхования и Международным банком реконструкции и развития в период с 2012 по 2015 г. Этот проект проходил в пилотных регионах России в два этапа. На первом этапе участвовали три пилотных региона, а на втором этапе был выбран один пилотный субъект в каждом федеральном округе.

С 2014 г. многие субъекты Российской Федерации начали самостоятельно переходить на оплату стационарной медицинской помощи по КСГ. Создание КСГ в России базировалось на тех же принципах, что и в других странах, но дополнительно учитывали особенности работы отечественного здравоохранения и системы ОМС. Основой для российской модели КСГ, как и за границей, послужили данные о фактических затратах на лечение пациентов в стационарах пилотных регионов.

Модель проходила несколько коррекций на основе результатов пилотного внедрения и экспертных оценок, что позволило ее усложнить и усовершенствовать. В результате в 2025 г. количество КСГ для стационарных условий составляет 452 группы, а для дневного стационара – 216 групп [1].

Внедрение систем DRG сопряжено с многочисленными трудностями, которые существенно различаются в зависимости от контекста и национальных систем здравоохранения [2].

Формирование тарифов в системах DRG включает сложные процессы классификации пациентов, расчета стоимости и ценообразования, которые должны учитывать множество целей: сдерживание затрат, поддержание качества медицинских услуг, финансовую устойчивость поставщиков услуг и равную для граждан доступность к медицинской помощи. Эти проблемы особенно остро проявляются, когда страны пытаются адаптировать системы DRG, разработанные в других странах, к своему местному контексту, инфраструктуре здравоохранения и экономическим условиям.

Цель настоящей статьи – оценить перспективы внедрения КСГ в медицинскую практику и классификации трудностей, с которыми сталкиваются в разных странах при формировании тарифов оплаты медицинской помощи на основе КСГ.

Материалы и методы

В качестве основных источников информации использовались нормативные правовые акты в сфере здравоохранения, действующие в Российской Федерации и за рубежом, а также научные публикации российских и зарубежных авторов по теме исследования. В качестве основных методов исследования использовались систематический и критический обзор, сравнительный анализ и контент-анализ.

Результаты

Изучение нормативных документов, а также научных публикаций российских и зарубежных авторов позволяет определить основные параметры формирования тарифов на основе клинко-статистических групп.

В России формирование тарифа, основанного на КСГ, рассчитывается исходя из базовой ставки, коэффициента относительной затратноемкости и поправочных коэффициентов, которые устанавливаются на федеральном или региональном уровне в соответствии с методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств ОМС¹.

Под базовой ставкой понимается размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в группу заболеваний или со-

¹ Письмо Минздрава России от 28.01.2025 № 31-2/И/2-1304 (ред. от 19.11.2025) «О методических рекомендациях по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования» (вместе с Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования, утв. Минздравом России № 31-2/И/5, ФФОМС № 00-10-26-2-06/965 28.01.2025). URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_497461/96c60c11ee5b73882df84a7de3c4fb18f1a01961/ (дата обращения: 10.09.2025).

стояний, предусмотренный в программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (ПГГ), которая ежегодно утверждается Правительством Российской Федерации.

На федеральном уровне утверждается коэффициент относительной затратно-емкости (КЗ), который отражает отношение стоимости конкретной КСГ к среднему объему финансового обеспечения медицинской помощи в расчете на одного пролеченного пациента (базовой ставке), и коэффициент дифференциации (КД), который отражает экономический уровень субъекта Российской Федерации.

На территориальном уровне устанавливаются поправочные коэффициенты (коэффициент специфики, коэффициент уровня (подуровня) медицинской организации, коэффициент сложности лечения пациентов).

Формирование КСГ в России осуществляется с учетом совокупности параметров, которые позволяют определить относительную затратно-емкость лечения пациентов. К числу классификационных критериев относятся диагноз, хирургическая операция и(или) другая применяемая медицинская технология, схема лекарственной терапии, возрастная категория и пол пациента, сопутствующий диагноз, оценка состояния пациента, длительность лечения и некоторые другие.

Аналогичные подходы для формирования тарифов на основе DRG применяются и в других странах.

С 1983 г. Medicare Part A (США) использует перспективную систему оплаты для возмещения расходов на стационарные услуги. Сумма, выплачиваемая за каждый случай госпитализации, представляет собой комплексный платеж, называемый оплатой по группам, связанным с диагнозом (DRG).

Сформировано около 750 групп DRG, которые охватывают все виды заболеваний с учетом установленных диагнозов. Расчет платежа является сложным процессом и отражает стоимость реальных услуг, а также возраст и пол пациента. Размер оплаты для одного и того же DRG варьируется в зависимости от уровня заработной платы в регионе, местоположения больницы (городская или сельская местность), статуса медицинского учреждения, доли обслуживаемых пациентов с низкими доходами.

Финансовые риски несут больницы, так как получают фиксированную сумму за случай лечения, даже если фактические затраты оказались выше. Доплаты предусмотрены только для крайне дли-

тельных или дорогостоящих случаев лечения.

В Германии с 2000 г. проводится масштабная реформа способов финансирования стационарной помощи – переход на систему оплаты по клинико-статистическим группам (G-DRG)². Изначально процесс перехода осуществлялся поэтапно и тщательно регулировался. За основу была взята австралийская система DRG, адаптированная к немецким условиям. Полный переход на единые федеральные тарифы завершился к 2010 г.

Стоимость каждого случая лечения определяется на основе сложного алгоритма, учитывающего диагнозы, процедуры, возраст пациента и другие факторы. Каждой группе (G-DRG) присваивается весовой коэффициент, отражающий относительные затраты. Система покрывает большинство операционных расходов, но для некоторых дорогостоящих услуг и лекарств предусмотрены дополнительные выплаты. С 2020 г. расходы на сестринский персонал были выведены из тарифов DRG, они оплачиваются отдельно. Развитием системы и калькуляцией тарифов занимается независимый Институт InEK³, который собирает данные о затратах от больниц.

Немецкая модель G-DRG содержит около 1200 позиций и представляет собой хорошо структурированную и постоянно развивающуюся систему, сочетающую федеральное регулирование с элементами самоуправления и гибкости для особых случаев.

В Великобритании формирование тарифов осуществляется с учетом группы ресурсов здравоохранения (HRG). HRG (Healthcare Resource Groups) – это стандартные группы пациентов, используемые в системе оплаты по результатам (PbR). Они служат «валютой» для расчета оплаты медицинских услуг (стационарных, амбулаторных и неотложных) на основе ожидаемых затрат ресурсов. Группы формируются по клиническим признакам (диагнозы, процедуры) и обеспечивают справедливое и прозрачное возмещение затрат медицинским учреждениям⁴.

Анализ систем оплаты медицинской помощи на основе КСГ/DRG показывает наличие ряда проблем при их внедрении, которые можно разделить по следующим признакам:

- технические проблемы классификации и ценообразования DRG;
- проблемы реализации специфичные для каждой страны;
- экономические и финансовые проблемы;
- проблемы качества и доступности медицинской помощи.

² Germany: health system review 2020. Health Systems in Transition. Vol. 22, No. 6. URL: <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/germany-health-system-review-2020> (дата обращения: 18.09.2025).

³ Institute for the hospital remuneration system (InEK). URL: <https://mtrconsult.com/news/institute-hospital-remuneration-system-inek> (дата обращения: 05.09.2025).

⁴ NHS, SUS+PbR reference manual, Healthcare Resource Groups. URL: <https://digital.nhs.uk/services/secondary-uses-service-sus/payment-by-results-guidance/sus-pbr-reference-manual/hrg-grouping> (дата обращения: 05.09.2025).

Каждый из выявленных признаков следует рассмотреть отдельно.

Технические проблемы классификации и ценообразования DRG

Техническая реализация систем DRG требует сложных механизмов классификации пациентов и надежной инфраструктуры данных. Исследования, посвященные внедрению DRG в разных странах, выявляют наличие технических препятствий.

Самая фундаментальная техническая проблема заключается в разработке адекватных систем классификации пациентов, точно отражающих модели потребления ресурсов. Страны сталкиваются со значительными трудностями, связанными с недостаточным документированием диагнозов и процедур, неполными медицинскими картами и отсутствием первичных данных, необходимых для системы классификации случаев на этапе адаптации DRG. Сложность самой методологии DRG создает существенные препятствия, поскольку медицинским работникам бывает трудно понять и реализовать сложные требования к кодированию.

Качество данных становится критически важной проблемой, поскольку многие страны сталкиваются с проблемами неадекватного надзора и технической инфраструктуры [3]. Точность кодирования напрямую влияет на объективность тарифов, так как полное информирование о сопутствующих заболеваниях существенно влияет на тяжесть заболевания, что отражается на уровне финансирования больниц. Страны, внедряющие системы DRG, часто обнаруживают, что существующие у них системы медицинской информации недостаточны для поддержки подробных требований к данным, необходимых для точной классификации медицинской услуги и формирования ее стоимости.

Задача установления соответствующих относительных весов для различных категорий DRG оказывается особенно сложной. Исследования показывают значительную вариабельность соотношения цен на лекарственные препараты и медицинские изделия, включенные в тарифы DRG, что подчеркивает сложность достижения точного ценообразования на основе себестоимости [4]. Эта вариабельность указывает на фундаментальные проблемы в методологиях учета затрат, лежащих в основе формирования тарифов DRG.

Проблемы реализации, специфичные для каждой страны

Сравнительный анализ различных систем здравоохранения выявляет существенные раз-

личия в подходах к внедрению DRG и связанные с этим проблемы.

Страны с разным уровнем экономического и социального развития демонстрируют различные возможности внедрения и адаптации систем DRG [5]. Развивающиеся страны сталкиваются с особыми трудностями в создании необходимой инфраструктуры и экспертных знаний для внедрения DRG. Опыт трех регионов ВОЗ (Западная часть Тихого океана, Юго-Восточная Азия и Ближний Восток) показывает, что большинство стран столкнулись с проблемами, связанными с неравенством и неэффективностью системы здравоохранения, а также с нехваткой финансирования в процессе адаптации DRG.

Важность тщательной адаптации к местным условиям становится очевидной при изучении международного опыта⁵. Страны, импортирующие системы классификации по категориям пациентов (DRG), сталкиваются с дополнительными сложностями в обеспечении адекватного отражения в системе классификации особенностей их пациентов и особенностей лечения. Например, внедрение систем DRG в Китае потребовало значительных изменений с учетом местных особенностей оказания медицинской помощи и экономических условий [6].

Региональные различия внутри стран также создают трудности при внедрении. Опыт Китая показывает: социально-экономические условия в разных регионах различаются, что делает создание национального стандарта оплаты трудоемким и сложным [7]. Аналогичным образом опыт Чешской Республики показывает, что текущая реализация DRG может стать очень похожей на традиционную фиксированную ставку, не давая ожидаемого положительного эффекта от механизмов DRG [8].

Экономические и финансовые проблемы

Экономический анализ внедрения DRG выявляет существенные проблемы с финансовой устойчивостью и трудности контроля расходов в различных системах здравоохранения [9].

Одной из наиболее серьезных экономических проблем является рост расходов, связанных с лечением тяжелых заболеваний и оказанием специализированной помощи в рамках систем оплаты DRG [3]. Это создает финансовую нагрузку на больницы, обслуживающие сложные случаи, что может привести к проблемам с доступностью для пациентов, нуждающихся в интенсивной терапии. Финансовые риски, присутствующие при использовании системы DRG, могут создавать серьезные проблемы для поставщиков

⁵ Диссертация «Финансирование больниц в Венгрии на основе системы DRG: цели и их реализация после смены режима». URL: <https://editelte.hu/xmlui/handle/10831/68946> (дата обращения: 04.09.2025).

медицинских услуг, особенно когда финансовый риск неравномерно распределяется между всеми DRG и пациентами [10].

Сдерживание расходов, будучи основной целью систем DRG, создает парадоксальные проблемы. Хотя внедрение DRG может привести к экономии бюджета больницы примерно на 5% и повышению эффективности лечения, оно также может привести к увеличению расходов при оказании определенных категорий медицинской помощи [11]. Исследования показывают, что механизмы возмещения расходов на основе DRG часто приводят к перенаправлению пациентов в другие учреждения, тем самым перекладывая расходы на другие секторы, а не к реальному снижению затрат.

Сложность установления соответствующих уровней тарифов создает постоянные финансовые проблемы. Системы здравоохранения должны находить баланс между финансовой устойчивостью поставщиков услуг и целями контроля затрат, что часто приводит к установлению тарифов, которые могут быть неадекватными для определенных видов медицинской помощи [12]. Анализ способа учета в тарифах применения отдельных медицинских изделий (лекарственных препаратов) показывает, что некоторые дорогостоящие вмешательства значительно превышают ставки возмещения DRG, что создает проблемы с финансовой устойчивостью поставщиков услуг [10].

Проблемы качества и доступности медицинской помощи

Исследования, посвященные изучению влияния систем DRG на качество и доступность медицинской помощи, выявляют как положительные, так и отрицательные последствия в различных условиях функционирования здравоохранения.

Внедрение системы классификации по категориям (DRG) приводит к ряду негативных последствий, которые напрямую влияют на качество и доступность медицинской помощи. Наиболее часто документируемые проблемы включают сокращение продолжительности пребывания пациентов в стационаре, раннюю выписку пациентов, снижение числа госпитализаций, увеличение числа повторных госпитализаций и сокращение объема услуг. Эти тенденции свидетельствуют о том, что финансовые стимулы, присущие системам DRG, могут негативно сказаться на принятии клинических решений и качестве медицинской помощи, оказываемой пациентам [13].

Система создает финансовые стимулы для более ранней выписки пациентов из больницы, что иногда противоречит приоритетам клинической пользы [14]. Такое несоответствие между финансовыми и клиническими целями

представляет собой фундаментальную проблему при формировании тарифов DRG, поскольку структура оплаты может не полностью учитывать весь спектр потребностей пациентов в медицинской помощи [15].

Проблемы с доступностью особенно остро ощущаются при оказании сложной и специализированной медицинской помощи. Системы DRG могут создавать препятствия для лечения пациентов, требующих значительных ресурсов, поскольку поставщики услуг могут неохотно лечить пациентов, расходы на которые превышают стандартный уровень возмещения. Концентрация помощи определенным группам пациентов в конкретных больницах может усугубить эти проблемы, особенно затрагивая уязвимые группы [16].

Измерение и мониторинг качества в системах DRG становятся более сложными, поскольку поставщики услуг могут применять различные поведенческие адаптации, влияющие на модели предоставления медицинской помощи. Исследования документируют изменения в поведении врачей, включая потенциальное повышение кодирования, выбор пациентов и модификацию услуг в ответ на стимулирование оплаты в рамках DRG.

Обсуждение

Сравнительные исследования в разных странах выявили значительные различия в структуре системы DRG, подходах к ее внедрению и результатах.

Международный опыт демонстрирует существенное разнообразие характеристик и эффективности систем DRG. Страны разработали различные подходы к устранению присущих базовым системам DRG ограничений, включая использование дополнительных механизмов оплаты за высоковариабельную, специализированную и малообъемную помощь [17]. Эти дополнительные механизмы включают выплаты за отдельные услуги, дополнительные сборы за определенные услуги и альтернативные модели оплаты для определенных видов медицинской помощи.

Эволюция систем DRG развивается по-разному в разных странах. Хотя США стали пионерами этого подхода, используя программу Medicare, другие страны разработали собственные варианты, например австралийскую систему AR-DRG и различные европейские адаптации. Каждая система отражает различные приоритеты здравоохранения, экономические условия и административные возможности [18].

Сравнительный анализ показывает, что ни одна система DRG не обеспечивает оптимального решения всех задач финансирования здравоохра-

нения. Странам приходится искать компромиссы между различными целями, такими как контроль затрат и поддержание качества, административная простота и клиническая точность, а также автономность поставщиков и системный контроль [14]. Успех внедрения DRG, по-видимому, во многом зависит от более широкого контекста системы здравоохранения и конкретных решений, принятых в ходе внедрения [19].

Анализ практики установления тарифов на оплату медицинской помощи по ОМС, проведенный Счетной палатой РФ⁶, выявил отдельные недостатки нормативно-правового и методологического обеспечения формирования тарифов при оплате по КСГ в Российской Федерации. В результате отмечается наличие случаев формирования тарифов, размер которых либо превышает затраты на оказание медицинской помощи, либо не покрывает их. Указывается, что методика формирования групп КСГ, используемая при оплате специализированной медицинской помощи, и расчета коэффициента затратоемкости отсутствует, а при определении групп КСГ не используются стандарты медицинской помощи, что снижает прозрачность и обоснованность формирования тарифов на специализированную медицинскую помощь.

Перспективы внедрения DRG в различных системах здравоохранения

Анализ успешного внедрения DRG и усилий по реформированию дает представление об эффективных стратегиях решения общих проблем.

Успешное внедрение DRG требует комплексной подготовки и постоянного совершенствования системы. Первоначальная пилотная апробация систем DRG, а также тщательная адаптация к местным условиям становятся критически важным фактором успеха, особенно при импорте систем DRG из других стран. Страны, добившиеся лучших результатов, как правило, вкладывали значительные средства в развитие инфраструктуры данных, обучение поставщиков услуг и постепенное внедрение.

В нескольких странах были разработаны инновационные подходы к устранению ограничений, связанных с DRG. Разработка альтернативных систем, таких как Big Data Diagnosis & Intervention Packet (BD-DIP) [20], демонстрирует стремление к совершенствованию традиционных подходов DRG за счет создания более однородных групп использования ресурсов и лучшего соответствия реальным схемам лечения. Такие инновации свидетельствуют о необходимости постоянной эволюции и совершенствования системы для до-

стижения оптимальной эффективности.

Регулярные обновления и корректировки системы имеют решающее значение для поддержания эффективности системы DRG. Страны, которые не обновляют свои системы регулярно с учетом анализа затрат и изменений в клинической практике, со временем сталкиваются с ухудшением эффективности. Необходимость постоянных инвестиций в поддержание и совершенствование системы представляет собой значительную долгосрочную задачу для систем здравоохранения, внедряющих оплату на основе DRG.

Программы обучения и образования для медицинских работников имеют решающее значение для успешного внедрения. Страны, инвестирующие в комплексное обучение по кодированию DRG, повышающие требования к документации и достижению целей системы, добиваются более высокого уровня соответствия требованиям и лучших результатов [21]. Сложность систем DRG требует постоянных образовательных усилий для обеспечения их надлежащего использования.

Результаты исследования также свидетельствуют о значительных различиях в методологиях оценки и показателях эффективности деятельности, что затрудняет прямое сравнение различных систем здравоохранения. Кроме того, в ряде исследований изучается внедрение DRG в переходные периоды, что может неточно отражать эффективность системы в стабильном состоянии.

Заключение

Последствия проблем, связанных с внедрением DRG, выходят за рамки технических вопросов финансирования здравоохранения и касаются более широких вопросов проектирования и функционирования системы здравоохранения. Данные свидетельствуют о том, что успешное внедрение DRG требует значительных инвестиций в инфраструктуру, обучение и постоянное обслуживание системы, которые могут превзойти первоначальные ожидания.

Для политиков, рассматривающих внедрение DRG, имеющиеся данные указывают на необходимость постановки реалистичных сроков и выделения соответствующих объемов ресурсов. Опыт таких стран, как Китай, который начал внедрение DRG в 2011 г. и продолжает сталкиваться с трудностями, показывает, что внедрение DRG – это долгосрочный процесс, требующий постоянной приверженности достижения цели.

⁶ Счетная палата РФ предложила изменить подход к тарифообразованию в системе ОМС. URL: <https://ach.gov.ru/checks/39335?highlight-search-result=%D0%98%D0%97%D0%9E%D0%A2%D0%9E%D0%92&highlight-search-result=%D0%98%D0%97%D0%9E%D0%A2> (дата обращения: 28.08.2025).

Финансовые последствия особенно значительны для систем здравоохранения с ограниченными ресурсами. Необходимость в сложных системах данных, обширных программах обучения и постоянном совершенствовании систем может обременить бюджеты здравоохранения, особенно в развивающихся странах. Однако потенциальные преимущества повышения эффективности и контроля затрат могут со временем оправдать эти инвестиции.

Данные также свидетельствуют о том, что системы DRG наиболее эффективны в рамках более широких реформ здравоохранения, а не изолированных изменений в системе оплаты. Страны, которые интегрируют внедрение DRG с более широкими инициативами по повышению качества, наращиванию потенциала поставщиков услуг и укреплению систем здравоохранения, добиваются лучших результатов.

Список литературы

1. Авксентьева М.В., Салахутдинова С.К. Клинико-статистические группы (КСГ) как новый метод оплаты стационарной и стационарозамещающей помощи в Российской Федерации. *Лекарственный вестник*. 2016;10(2):31-36. EDN: WZUBPB.
2. Verulava T., Jorbenadze R. The Impact of DRG-Based Payment Reform on the Efficiency of Medical Care for Patients with Myocardial Infarction: Evidence from Georgia. *Hospital Topics*. 2024;1-6. <https://doi.org/10.1080/00185868.2024.2433243>
3. Barouni M., Ahmadian L., Mohsenbeigi H.S., Elham. Challenges and Adverse Outcomes of Implementing Reimbursement Mechanisms Based on the Diagnosis-Related Group Classification System: A systematic review. *Sultan Qaboos University Medical Journal*. 2020;20:e260-270. <https://doi.org/10.18295/squmj.2020.20.03.004>
4. Trippoli S., Messori A., Borselli M. et al. Relationship Between Price and Diagnosis-Related Group Tariff for Medical Devices Assessed by a Regional Health Technology Assessment Committee. *Cureus*. 2022;14(3):e23092. <https://doi.org/10.7759/cureus.23092>
5. Mehmood A., Ahmed Z., Ghailan K. et al. Implementation of Healthcare Financing Based on Diagnosis-related Group in Three WHO Regions; Western Pacific, South East Asia and Eastern Mediterranean: A Systematic Review. *Journal of Health Management*. 2023;25(3):404-413. <https://doi.org/10.1177/09720634231168250>
6. Zhang J., Liu J., Qu L., Duan Z. How does the dual policy-the C-DRG-based reimbursement system and subsidy policy for appropriate Traditional Chinese Medicine (TCM) techniques-influence physicians' choice of disease treatment methods in TCM hospitals? *Health Economics Review*. 2025;15(1):48. <https://doi.org/10.1186/s13561-025-00643-6>
7. Zhao C., Wang C., Shen C., Wang Q. Diagnosis-related group (DRG)-based case-mix funding system, a promising alternative for fee for service payment in China. *BioScience Trends*. 2018;12(2):109-115. <https://doi.org/10.5582/BST.2017.01289>
8. Kotherová Z., Caithamlová M., Nemeč J., Dolejšová K. The Use of Diagnosis-Related Group-Based Reimbursement in the Czech Hospital Care System. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2021;18(10):5463. <https://doi.org/10.3390/ijerph18105463>
9. Agri F., Möller W., Deslarzes P. et al. Cost Analysis of Outpatient Colectomy in a Tertiary Center: A Projected Medico-Economic Evaluation. *Health Services Insights*. 2024;17:11786329241284400. <https://doi.org/10.1177/11786329241284400>
10. Lüthi H.J., Widmer P.K. DRG system design: A financial risk perspective. *Operations Research for Health Care*. 2017;13:28-36. <https://doi.org/10.1016/j.orhc.2017.03.002>
11. Xie X., Cui T., Ying X. et al. Development of a novel hospital payment system – Big data diagnosis & intervention Packet. *Health Policy OPEN*. 2022;3:100066. <https://doi.org/10.1016/j.hpopen.2022.100066>
12. LoPresti M., Igarashi A. Value-based reimbursement under the inpatient prospective payment system in Japan: a review of Japan's diagnosis procedure combination/per-diem payment system. *Journal of Medical Economics*. 2024;27(1):1515-1529. <https://doi.org/10.1080/13696998.2024.2427502>
13. Ryan S.P., Plate J.F., Goltz D.E. et al. Should Medical Severity-Diagnosis Related Group Classification Be Utilized for Reimbursement? An Analysis of Elixhauser Comorbidities and Cost of Care. *The Journal of Arthroplasty*. 2019;34(7):1312-1316. <https://doi.org/10.1016/j.arth.2019.02.045>

14. Mihailovic N., Kocic S., Jakovljevic M. Review of Diagnosis-Related Group-Based Financing of Hospital Care. *Health Services Research and Managerial Epidemiology*. 2016;3:2333392816647892. <https://doi.org/10.1177/2333392816647892>
15. Железнякова И.А., Волкова О.А., Румянцева Е.И. и др. Методология формирования модели клинко-статистических групп заболеваний для случаев оказания медицинской помощи с применением методов хирургического лечения, выполняемых лапароскопическим доступом. *Фармакоэкономика. Современная фармакоэкономика и фармакоэпидемиология*. 2024;17(2):137-151. <https://doi.org/10.17749/2070-4909/farmakoeconomika.2024.241>
16. Chang W.F., Yan X.Y., Ling H., Liu T., Luo A.J. A study of the types and manifestations of physicians' unintended behaviors in the DRG payment system. *Frontiers in Public Health*. 2023;11:1141981. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1141981>
17. Quentin W., Stephani V., Berenson R.A. et al. How Denmark, England, Estonia, France, Germany, and the USA Pay for Variable, Specialized and Low Volume Care: A Cross-country Comparison of In-patient Payment Systems. *International Journal of Health Policy and Management*. 2022;11(8):1377-1388. <https://doi.org/10.34172/ijhpm.2022.6536>
18. Авксентьева М.В., Петровский А.В., Железнякова И.А. и др. Развитие клинко-статистических групп для оплаты диагностики и лечения злокачественных новообразований в Российской Федерации. *Медицинские технологии. Оценка и выбор*. 2021;43(3):12-20. <https://doi.org/10.17116/medtech20214303112>
19. Asadi F., Sabahi A., Ramezanghorbani N., Emami H. Challenges of implementing diagnostic-related groups and healthcare promotion in Iran: A strategic applied research. *Health Science Reports*. 2023;6(2):e1115. <https://doi.org/10.1002/hsr2.1115>
20. Batko K., Ślęzak A. The use of Big Data Analytics in healthcare. *Journal of Big Data*. 2022;9(1):3. <https://doi.org/10.1186/s40537-021-00553-4>
21. Gay S.E., Line K.W., Collar A., Reynaldo G. Inpatient Coding System and Opportunities for Documentation Optimization: An Interactive Session for Internal Medicine Residents. *MedEdPORTAL*. 2022;18:11219. https://doi.org/10.15766/mep_2374-8265.11219 Доступно по ссылке: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35309253/>

References

1. Avksentyeva M.V., Salakhutdinova S.K. Clinical and statistical groups (CSG) as a new method of payment for inpatient and inpatient-replacing care in the Russian Federation. *Drug Bulletin*. 2016;10(2):31-36. EDN: WZUBPB. (In Russ.)
2. Verulava T., Jorbenadze R. The Impact of DRG-Based Payment Reform on the Efficiency of Medical Care for Patients with Myocardial Infarction: Evidence from Georgia. *Hospital Topics*. 2024:1-6. <https://doi.org/10.1080/00185868.2024.2433243>
3. Barouni M., Ahmadian L., Mohsenbeigi H.S., Elham. Challenges and Adverse Outcomes of Implementing Reimbursement Mechanisms Based on the Diagnosis-Related Group Classification System: A systematic review. *Sultan Qaboos University Medical Journal*. 2020;20:e260-270. <https://doi.org/10.18295/squmj.2020.20.03.004>
4. Trippoli S., Messori A., Borselli M. et al. Relationship Between Price and Diagnosis-Related Group Tariff for Medical Devices Assessed by a Regional Health Technology Assessment Committee. *Cureus*. 2022;14(3):e23092. <https://doi.org/10.7759/cureus.23092>
5. Mehmood A., Ahmed Z., Ghailan K. et al. Implementation of Healthcare Financing Based on Diagnosis-related Group in Three WHO Regions; Western Pacific, South East Asia and Eastern Mediterranean: A Systematic Review. *Journal of Health Management*. 2023;25(3):404-413. <https://doi.org/10.1177/09720634231168250>
6. Zhang J., Liu J., Qu L., Duan Z. How does the dual policy-the C-DRG-based reimbursement system and subsidy policy for appropriate Traditional Chinese Medicine (TCM) techniques-influence physicians' choice of disease treatment methods in TCM hospitals? *Health Economics Review*. 2025;15(1):48. <https://doi.org/10.1186/s13561-025-00643-6>

7. Zhao C., Wang C., Shen C., Wang Q. Diagnosis-related group (DRG)-based case-mix funding system, a promising alternative for fee for service payment in China. *BioScience Trends*. 2018;12(2):109-115. <https://doi.org/10.5582/BST.2017.01289>
8. Kotherová Z., Caithamlová M., Nemeč J., Dolejšová K. The Use of Diagnosis-Related Group-Based Reimbursement in the Czech Hospital Care System. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2021;18(10):5463. <https://doi.org/10.3390/ijerph18105463>
9. Agri F., Möller W., Deslarzes P. et al. Cost Analysis of Outpatient Colectomy in a Tertiary Center: A Projected Medico-Economic Evaluation. *Health Services Insights*. 2024;17:11786329241284400. <https://doi.org/10.1177/11786329241284400>
10. Lüthi H.J., Widmer P.K. DRG system design: A financial risk perspective. *Operations Research for Health Care*. 2017;13:28-36. <https://doi.org/10.1016/j.orhc.2017.03.002>
11. Xie X., Cui T., Ying X. et al. Development of a novel hospital payment system – Big data diagnosis & intervention Packet. *Health Policy OPEN*. 2022;3:100066. <https://doi.org/10.1016/j.hpopen.2022.100066>
12. LoPresti M., Igarashi A. Value-based reimbursement under the inpatient prospective payment system in Japan: a review of Japan's diagnosis procedure combination/per-diem payment system. *Journal of Medical Economics*. 2024;27(1):1515-1529. <https://doi.org/10.1080/13696998.2024.2427502>
13. Ryan S.P., Plate J.F., Goltz D.E. et al. Should Medical Severity-Diagnosis Related Group Classification Be Utilized for Reimbursement? An Analysis of Elixhauser Comorbidities and Cost of Care. *The Journal of Arthroplasty*. 2019;34(7):1312-1316. <https://doi.org/10.1016/j.arth.2019.02.045>
14. Mihailovic N., Kocic S., Jakovljevic M. Review of Diagnosis-Related Group-Based Financing of Hospital Care. *Health Services Research and Managerial Epidemiology*. 2016;3:2333392816647892. <https://doi.org/10.1177/2333392816647892>
15. Zheleznyakova I.A., Volkova O.A., Rummyantseva E.I. et al. Methodology of forming a model of diagnosis-related groups for cases of medical care using surgery performed by laparoscopic access. *Farmakoekonomika. Modern pharmacoeconomics and pharmacoepidemiology*. 2024;17(2):137-151. <https://doi.org/10.17749/2070-4909/farmakoekonomika.2024.241>
16. Chang W.F., Yan X.Y., Ling H., Liu T., Luo A.J. A study of the types and manifestations of physicians' unintended behaviors in the DRG payment system. *Frontiers in Public Health*. 2023;11:1141981. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1141981>
17. Quentin W., Stephani V., Berenson R.A. et al. How Denmark, England, Estonia, France, Germany, and the USA Pay for Variable, Specialized and Low Volume Care: A Cross-country Comparison of In-patient Payment Systems. *International Journal of Health Policy and Management*. 2022;11(8):1377-1388. <https://doi.org/10.54172/ijhpm.2022.6536>
18. Avksentyeva M.V., Petrovsky A.V., Zheleznyakova I.A. et al. Development of diagnosis-related groups for malignant neoplasms diagnostics and treatment in the Russian Federation. *Medical Technologies. Assessment and Choice*. 2021;43(3):12-20. <https://doi.org/10.17116/medtech20214303112>
19. Asadi F., Sabahi A., Ramezanghorbani N., Emami H. Challenges of implementing diagnostic-related groups and healthcare promotion in Iran: a strategic applied research. *Health Science Reports*. 2023;6(2):e1115. <https://doi.org/10.1002/hsr2.1115>
20. Batko K., Ślęzak A. The use of Big Data Analytics in healthcare. *Journal of Big Data*. 2022;9(1):3. <https://doi.org/10.1186/s40537-021-00553-4>
21. Gay S.E., Line K.W., Collar A., Reynaldo G. Inpatient Coding System and Opportunities for Documentation Optimization: An Interactive Session for Internal Medicine Residents. *MedEdPORTAL*. 2022;18:11219. https://doi.org/10.15766/mep_2374-8265.11219

Информация о статье

Конфликт интересов: автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование: данная статья подготовлена автором в рамках НИР «Разработка методологических подходов ценностно-ориентированного здравоохранения (ЦОЗ) в городе Москве» (№ по ЕГИСУ: № 123032100062-6)

Сведения об авторе

Бударин Сергей Сергеевич – д-р экон. наук, ведущий научный сотрудник ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы», <http://orcid.org/0000-0003-2757-5333>

Автор прочитал и одобрил окончательный вариант рукописи.

Для корреспонденции

Бударин Сергей Сергеевич
sbudarin@yandex.ru

Статья поступила 22.10.2025
Принята к печати 24.02.2026
Опубликована 30.03.2026

Article info

Conflict of interest: the author declares that there is no conflict of interest.

Funding: This article was prepared by the author as part of the research project “Development of methodological approaches for value-based healthcare (VBH) in the city of Moscow” (No. in EGIS: No. 123032100062-6)

About the author

Sergey S. Budarin – Dr. Sci. in Economics, Leading Researcher, Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management of Moscow Healthcare Department, <http://orcid.org/0000-0003-2757-5333>

The author read and approved the final version of the manuscript.

Corresponding author

Sergey S. Budarin
sbudarin@yandex.ru

Received 22.10.2025
Accepted for publication 24.02.2026
Published 30.03.2026

УДК 614.253.5
<https://doi.org/10.47619/2713-2617.zm.2026.v.7i1;72-81>

Актуальное состояние, региональная специфика и нормативно-правовое регулирование подготовки и трудоустройства среднего медицинского персонала

А.В. Фержауи, Г.М. Жирнова*

Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы, 115088, Россия, г. Москва, ул. Шарикоподшипниковская, д. 9

*Автор, ответственный за переписку, email: gzhirnova@yandex.ru

Аннотация

Введение. Статья посвящена комплексному анализу системного и устойчивого дефицита среднего медицинского персонала в контексте реализации национального проекта «Продолжительная и активная жизнь», стартовавшего 1 января 2025 г. Особое внимание уделяется анализу статистических данных по выпуску специалистов среднего профессионального образования медицинского профиля, фактическому и нормативному соотношению обеспеченности, региональной дифференциации проблемы с акцентом на Московскую область. Проводится аналитическая оценка действующей системы целевого обучения среднего медицинского персонала, процессов трудоустройства и удержания молодых специалистов в медицинских организациях. **Цель исследования.** Провести анализ современного обучения, подготовки и трудоустройства специалистов со средним медицинским образованием; сопоставить динамику выпуска из образовательных организаций и дефицита кадров в государственных медицинских учреждениях. **Материалы и методы.** Для исследования использовались данные Федеральной службы государственной статистики в сфере здравоохранения; федеральное и региональное законодательство; формы федерального статистического наблюдения № 30 «Сведения о медицинской организации» по субъекту Российской Федерации; данные профессиональной образовательной организации. **Результаты.** Комплексный анализ по тематике исследования, в том числе в Московской области, выявил территориальную неоднородность в обеспечении средним медицинским персоналом при недостаточности финансовой, социальной и жилищной поддержки студентов, обучающихся по целевым договорам, а также молодых специалистов. При совокупном дефиците средних медицинских работников в российских регионах обоснована необходимость разработки инновационной программы подготовки, обучения и закрепления среднего медицинского персонала, включающей модернизацию профессионального образования с участием государственных медицинских организаций, развитие целевого обучения и долгосрочные меры по удержанию кадров в государственной системе здравоохранения.

Ключевые слова: подготовка кадров; средний медицинский персонал; трудоустройство; дефицит медицинского персонала; экспертный анализ; целевое обучение

Для цитирования: Фержауи А.В., Жирнова Г.М. Актуальное состояние, региональная специфика и нормативно-правовое регулирование подготовки и трудоустройства среднего медицинского персонала. *Здоровье мегаполиса*. 2026;7(1):72-81. <https://doi.org/10.47619/2713-2617.zm.2026.v.7i1;72-81>

© А.В. Фержауи, Г.М. Жирнова, 2026

© Это произведение доступно по лицензии Creative Commons Attribution-ShareAlike («Атрибуция-СохранениеУсловий») 4.0 Всемирная.

УДК 614.253.5
<https://doi.org/10.47619/2713-2617.zm.2026.v.7i1;72-81>

Current State, Regional Specifics, and Legal Regulation of Training and Employment of Mid-Level Medical Personnel

Anastasia V. Ferzhau, Galina M. Zhirnova*

Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management of Moscow Healthcare Department, 9, Sharikopodshipnikovskaya ul., 115088, Moscow, Russian Federation

*Corresponding author, email: gzhirnova@yandex.ru

Abstract

Introduction. The article presents a comprehensive analysis of the systemic and persistent shortage of mid-level medical personnel in the context of the implementation of the National Project “Long and Active Life,” which began on January 1, 2025. Special attention is paid to the analysis of statistical data on new medical graduates, the actual and regulatory staffing ratio, and its regional differentiation with a primary focus on the Moscow Region. The article provides an analytical assessment of the current system of employer-sponsored training for mid-level medical personnel, as well as the processes of employment and retention of young specialists in medical organizations. The purpose of the study was to analyze the current training, education, and employment of mid-level medical specialists to compare the dynamics of graduation from educational organizations and staffing shortages in public healthcare institutions. **Materials and methods.** The study used data from the Federal State Statistics Service in the field of healthcare, federal and regional legislation, forms of federal statistical observation No. 30 “Information about a medical organization” by subjects of the Russian Federation, and data from organizations providing professional education. **Results.** A comprehensive analysis, including the data on the Moscow Region, revealed territorial disparities in the distribution of mid-level medical personnel with insufficient financial, social, and housing support for students enrolled under employer-sponsored contracts, as well as for young professionals. Given the overall shortage of mid-level medical professionals in the Russian regions, there is a need to develop an innovative program for training, education, and retention of mid-level medical personnel, which includes the modernization of professional education with the participation of public healthcare organizations, the development of employer-sponsored training, and long-term measures to retain personnel in the public healthcare system.

Keywords: training; mid-level medical staff; employment; healthcare workforce shortage; expert analysis; employer-sponsored training

For citation: Ferzhau A.V., Zhirnova G.M. Current State, Regional Specifics, and Legal Regulation of Training and Employment of Mid-Level Medical Personnel. *City Healthcare*. 2026;7(1):72-81. <https://doi.org/10.47619/2713-2617.zm.2026.v.7i1;72-81>

Введение

Система здравоохранения Российской Федерации находится на этапе масштабной трансформации, определяемой стратегическими ориентирами национального проекта «Продолжительная и активная жизнь», который пришел на смену национальному проекту «Здравоохранение» с 1 января 2025 г.¹ Достижение целей национального проекта требует не только модернизации инфраструктуры, внедрения новых технологий и совершенствования клинических процессов, но и, что критически важно, обеспечения системы здравоохранения достаточным количеством высококвалифицированных кадров на всех уровнях оказания медицинской помощи. Для достижения данной цели в структуре национального проекта выделен федеральный проект «Медицинские кадры»², который пришел на смену федеральному проекту «Обеспечение медицинских организаций системы здравоохранения квалифицированными кадрами»³. Реализация утвержденных проектов невозможна без достаточного количества медицинских сестер, фельдшеров, акушерок и других специалистов среднего звена, которые составляют одну из основ кадрового потенциала медицинских организаций и выполняют большинство видов непосредственного ухода за пациентами, лечебно-диагностических и профилактических процедур.

В настоящее время российская система здравоохранения сталкивается с проблемой кадрового дефицита, причем наиболее острой эта проблема является именно в отношении среднего медицинского персонала [1, 2], так как его численность снижается год от года (рис. 1).

Результаты

24 декабря 2024 г. Министерством здравоохранения Российской Федерации был открыт отраслевой инцидент № 13 «Трудоустройство выпускников программ среднего профессионального и высшего медицинского и фармацевтического образования», целью которого является увеличение доли лиц, трудоустроенных в государствен-

ные медицинские и фармацевтические организации⁴.

Одной из задач инцидента является обеспечение системного мониторинга процессов трудоустройства выпускников медицинских образовательных организаций, выявление проблемных зон и своевременное принятие управленческих решений на федеральном, региональном и учрежденческом уровне. Результаты исследования были использованы при подготовке Минздравом России (30.04.2025) пояснительной записки к проекту Федерального закона от 17.11.2025 № 424-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации». Согласно приведенным в записке данным, кадровый дефицит в здравоохранении по состоянию на 2023 г. составлял 23,3 тыс. врачей и 63,3 тыс. специалистов среднего медицинского персонала. Таким образом, нехватка среднего медперсонала более чем в 2 раза превышала дефицит врачей. Эта диспропорция усугубляется тем, что доля выпускников, не трудоустроившихся в государственную систему здравоохранения, также выше среди среднего медицинского персонала (40%) по сравнению с врачами (35%). Московская область, являясь одним из крупнейших и наиболее динамично развивающихся субъектов Российской Федерации с высокой дифференциацией территорий, также сталкивается с вызовами в области кадрового обеспечения системы здравоохранения. Это обуславливает разнообразие медицинских организаций, от многопрофильных и специализированных медицинских организаций в городских округах до ФАПов и врачебных амбулаторий в сельских районах, с принципиально разными кадровыми потребностями по среднему медицинскому персоналу. По данным формы федерального статистического наблюдения № 30 «Сведения о медицинской организации» по Московской области, фиксируется снижение не только штатных должностей в медорганизациях, но и колебания численности физических лиц на занятых должностях⁵ (рис. 2).

При этом фиксируется диспропорция среднего медицинского персонала по подразделениям медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных или стацио-

¹ Национальный проект «Продолжительная и активная жизнь». URL: <https://xn--80aapampemcchfm07a3c9ehj.xn--plai/new-projects/prodolzhitel'naya-i-aktivnaya-zhizn/> (дата обращения: 26.10.2025).

² Структура и ключевые мероприятия федерального проекта «Медицинские кадры». URL: <https://minzdrav.gov.ru/special/poleznye-resursy/natsionalnye-proekty-rossii-prodolzhitel'naya-i-aktivnaya-zhizn-novye-tehnologii-sberezheniya-zdorovya/fp-meditsinskie-kadry> (дата обращения: 26.10.2025).

³ Федеральный проект «Обеспечение медицинских организаций системы здравоохранения квалифицированными кадрами». URL: <https://minzdrav.gov.ru/special/poleznye-resursy/natsionalnye-proekty-rossii-prodolzhitel'naya-i-aktivnaya-zhizn-novye-tehnologii-sberezheniya-zdorovya/fp-obespechenie-meditsinskih-organizatsiy-sistemy-zdravooxraneniya-kvalifitsirovannymi-kadrami> (дата обращения: 26.10.2025).

⁴ Выписка из протокола совещания от 24.12.2024 № 73/16-0/692 по отраслевому инциденту № 13 «Трудоустройство выпускников программ среднего профессионального и высшего медицинского и фармацевтического образования» под председательством министра здравоохранения Российской Федерации М.А. Мурашко. URL: <https://amosov32.ru/wpcontent/uploads/2025/01/%D0%98%D0%9F%D1%80%D0%BE%D1%82%D0%BE%D0%BA%D0%BE%D0%BB.24.12.2024.pdf> (дата обращения: 26.10.2025).

⁵ Федеральная служба государственной статистики. Численность среднего медперсонала на конец отчетного периода от 29.11.2024. URL: <https://rosstat.gov.ru/folder/13721> (дата обращения: 24.10.2025).

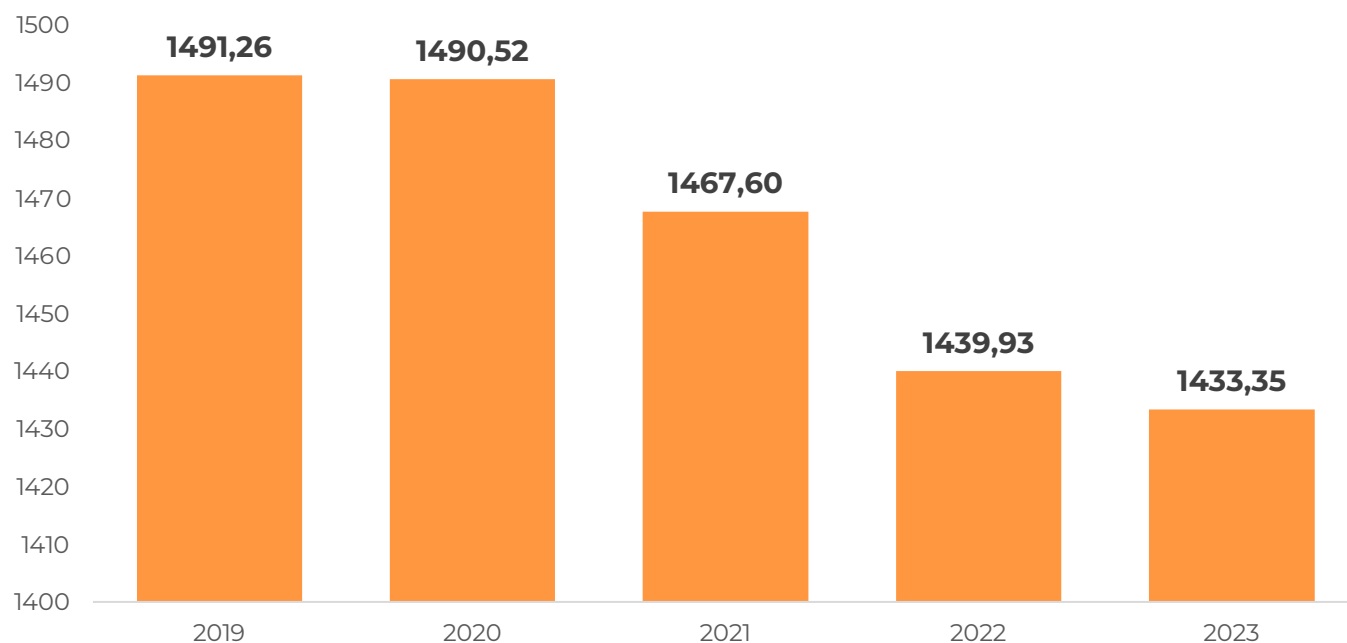


Рис 1. Численность среднего медперсонала на конец отчетного периода, тыс. чел.
Fig. 1. The number of mid-level medical personnel at the end of the reporting period, thousand people

Источник: Федеральная служба государственной статистики [3].
 Source: Federal State Statistics Service [3].

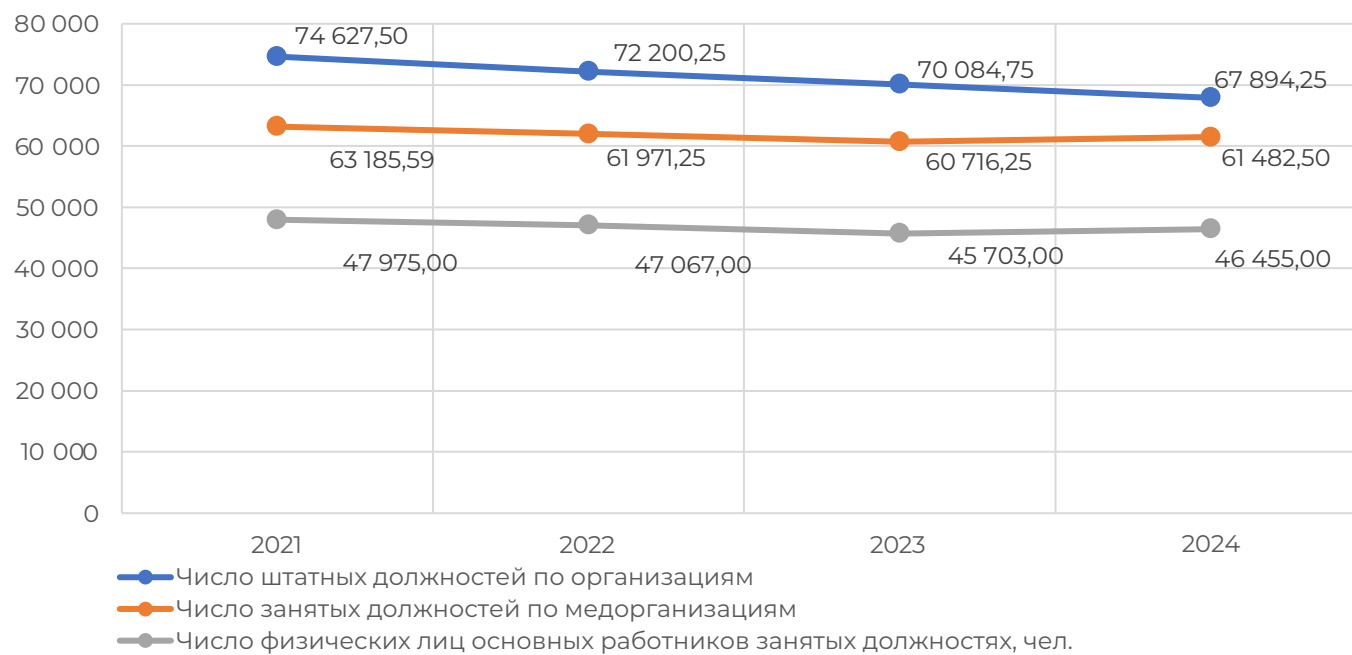


Рис 2. Численность среднего медицинского персонала в Московской области, чел.
Fig. 2. Mid-level medical personnel in the Moscow Region, number of people

Составлено авторами.
 Compiled by the authors.

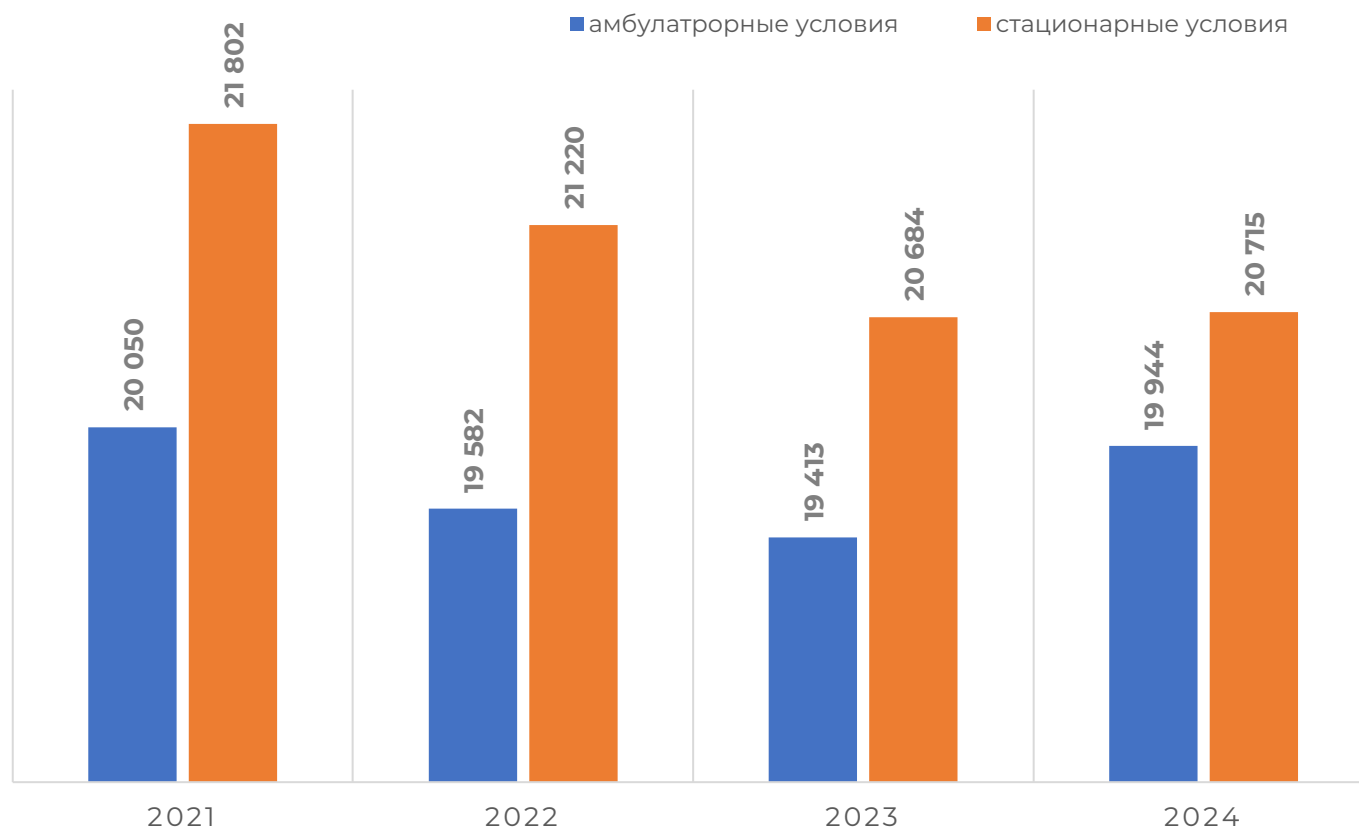


Рис 3. Дифференциация численности среднего медицинского персонала в Московской области, чел.
Fig. 3. Differentiation of mid-level medical personnel in the Moscow Region, number of people

Составлено авторами.
 Compiled by the authors.

нарных условиях в пользу последнего. Это связано как с разницей в оплате труда, так и с более низким субъективно оцениваемым престижем профессии [4] (рис. 3).

Причины масштабного и устойчивого кадрового дефицита среднего медицинского персонала

К первой группе факторов, обуславливающих дефицит среднего медицинского персонала, относятся уровень заработной платы и неудовлетворительные условия труда. Доход, особенно молодых специалистов на начальном этапе карьеры, остается недостаточно конкурентоспособным для привлечения и удержания квалифицированных кадров [4]. Условия труда во многих медицинских организациях характеризуются изношенностью материально-технической базы: использованием устаревшего оборудования, неудовлетворительным состоянием помещений, а также периодическим дефицитом расходных материалов, что дополнительно стимулирует отток персонала. В сельской местности данные проблемы усугубляются отсутствием благо-

устроенного жилья, ограниченным доступом к социальной инфраструктуре и возможностям профессионального роста [5].

Вторая группа факторов связана с проблемами в самой системе среднего профессионального медицинского образования. Несмотря на увеличение объемов приема и выпуска (табл. 1), качество подготовки во многих случаях остается недостаточным для полного соответствия требованиям практического здравоохранения.

Качество подготовки медицинских кадров является многофакторным явлением и зависит как от базового уровня подготовки абитуриентов, так и от квалификации педагогического состава, а также материально-технических условий в образовательной организации. Кроме того, условия практической подготовки студентов на клинических базах медицинских организаций предопределяют направление профессионального развития и будущую профессиональную деятельность студентов [6]. При этом недостаточное развитие интеграции между образовательными организациями и медицинскими учреждениями-рабо-

Таблица 1. Подготовка специалистов среднего звена в здравоохранении
Table 1. Professional education of mid-level healthcare specialists

Год	2019	2020	2021	2022
Прием абитуриентов, тыс. чел.	100,8	111	113,1	123,1
Выпуск специалистов, тыс. чел.	68,6	70,6	74,7	77,7

Источник: Федеральная служба государственной статистики [3].
 Source: Federal State Statistics Service [3].

Таблица 2. Подготовка и выпуск специалистов в ГБПОУ МО «МосОМК»
Table 2. Professional education and graduating specialists of the Moscow Regional Medical College

Год ^а	2023	2024	2025
Прием	2400	2800	3000
Выпуск	1228	2595 ^б	2229 ^в

^а Данные приведены после объединения колледжа в единый.

^б Двойной выпуск «сестринское дело» по ФГОС 2014 и 2022 гг.

^в Двойной выпуск «лечебное дело» по ФГОС 2014 и 2022 гг.

Составлено авторами.
 Compiled by the authors.

тодателями приводит к несоответствию между компетенциями, формируемыми в колледжах, и реальными потребностями в практической деятельности.

В Стратегии развития Московской области также затрагивается совершенствование кадрового обеспечения медицинских организаций и предполагается реализация комплекса мер, включающих, с одной стороны, расширение объемов подготовки специалистов среднего и высшего звена, а с другой – совершенствование механизмов профессиональной стабилизации медицинских кадров в системе здравоохранения посредством повышения эффективности трудоустройства выпускников образовательных учреждений, в том числе в рамках программ целевой подготовки, направленных на укрепление кадрового потенциала учреждений здравоохранения⁶.

В ГБПОУ Московской области «Московский областной медицинский колледж» (ГБПОУ МО

«МосОМК») также увеличиваются контрольные цифры бюджетного приема и выпуска специалистов (табл. 2).

Целевое обучение в системе подготовки среднего профессионального медицинского образования представляет собой стратегический механизм, направленный на обеспечение учреждений здравоохранения необходимыми кадрами путем заключения договорных отношений между будущими специалистами, образовательными организациями и работодателями. В Министерстве здравоохранения Московской области, являющемся заказчиком целевого обучения, с 2022 г. фиксируется устойчивый и значительный рост студентов ГБПОУ МО «МосОМК», обучающихся по договорам о целевом обучении. Если в 2022/23 учебном году таких студентов было 45, то в 2024/25 учебном году их численность уже превышала 1500 человек (рис. 4).

⁶ Постановление Правительства Московской области от 28.12.2018 № 1023/45 «О Стратегии социально-экономического развития Московской области на период до 2030 года» (с изм. и доп.). URL: <https://base.garant.ru/49062006/?ysclid=mieia7w2lj929634320> (дата обращения: 24.10.2025).

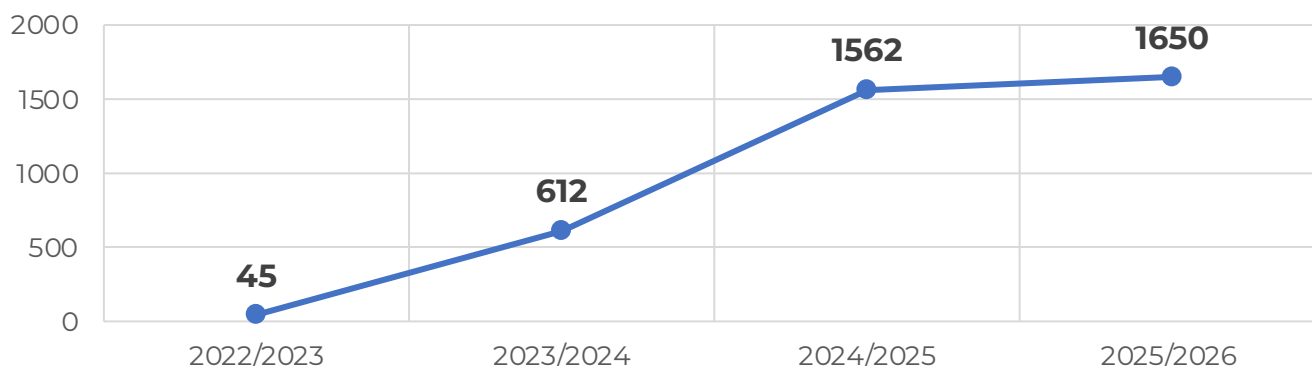


Рис. 4. Количество студентов, обучающихся по договорам о целевом обучении по программам среднего медицинского образования в Московской области
Fig. 4. The number of students receiving education within the contract on employer-sponsored basis in the Moscow Region

Составлено авторами.
 Compiled by the authors.

Третья группа факторов связана с миграцией молодых специалистов между субъектами Российской Федерации. Глубинный анализ оттока из регионов России изучается в том числе в рамках программы «Инцидент 13» Минздрава России. Рынок труда Московской области характеризуется интеграцией в единую систему столичного трудового рынка, что, однако, сопровождается значительной миграцией трудовых ресурсов в направлении Москвы, что оказывает негативное воздействие на кадровый потенциал регионального развития. Масштабы внутридневной трудовой мобильности населения региона (области) обусловлены значительной дифференциацией уровней оплаты труда и разницей в возможностях профессиональной реализации между столицей и прилегающими территориями. Московская область состоит из 42 городских и 14 муниципальных округов, различных как по степени отдаленности от Москвы, так и между собой. Поэтому те, у кого транспортная доступность и оптимальное время дороги до работы позволяют ездить в Москву, выбирают путь ежедневной трудовой миграции.

ГБПОУ МО «МосОМК» имеет 18 филиалов, расположенных в различных городских и муниципальных округах. В каждом округе расположено одноименное лечебно-профилактическое учреждение. Соответственно приток кадров в медицинские учреждения, расположенные в тех же городских округах, где находится действующий филиал, значительно выше, чем в медицинских организациях, где на территории округа нет образовательного учреждения с медицинскими специальностями. Однако это в большей мере характерно для городских округов, не расположенных в непосредственной близости от МКАД.

Четвертая группа факторов, влияющих на кадровый дефицит, связана с отсутствием или неадекватностью систем адаптации, наставничества

и долгосрочного профессионального развития молодых специалистов. В большинстве медицинских организаций отсутствуют структурированные программы поддержки выпускников в первые годы их профессиональной деятельности, что приводит к высокому уровню адаптационного стресса и преждевременному выходу из профессии. На решение данной проблематики направлен Федеральный закон от 17.11.2025 № 424-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации».

Обсуждение

Несмотря на значительный рост целевого обучения по программам среднего профессионального медицинского образования, экспертный анализ действующей практики подготовки и обучения выявляет следующие системные проблемы.

Низкая эффективность выполнения обязательств. Значительная часть выпускников целевого обучения не трудоустраивается в предусмотренные организации или покидает их в течение первых 1-2 лет работы, несмотря на договорные обязательства. Это также связано с тем, что в системе СПО обучение по целевым договорам не является квотированным, соответственно стороны не несут санкций в случае досрочного расторжения целевого договора.

Значительная географическая удаленность городских округов друг от друга и неудовлетворительное развитие транспортной инфраструктуры. Медицинские организации, находящиеся в непосредственной близости к филиалам колледжа, к 2025 г. были укомплектованы значительно лучше, чем медицинские организации, находящиеся в других городских округах.

Недостаточность финансовой и социальной поддержки: студенты целевого обучения часто

не получают необходимой поддержки как в части материальной поддержки на этапе обучения, так и в части жилищных условий для возможности работы в других городских округах.

Заключение

Регионы с наиболее значительным совокупным дефицитом среднего медицинского персонала (общая величина которого достигала 63,3 тыс. человек на 2023 г.) служат характерным примером системных кадровых вызовов в здравоохранении. Так, Московская область, обладая преимуществами близости к столице и относительно развитой инфраструктурой, тем не менее сталкивается с острыми проблемами: устойчивым оттоком кадров в Москву, значительной внутрирегиональной дифференциацией в обеспеченности медицинским персоналом, а также недостаточной результативностью программ по привлечению и закреплению молодых специалистов.

Для эффективного решения проблемы и преодоления кадрового дефицита медицинского персонала необходимы разработка и внедрение современной инновационной программы подготовки и обучения среднего медперсонала, комплексный подход, включающий:

1) совершенствование системы и технологии подготовки и обучения среднего медперсонала в рамках среднего профессионального образования с привлечением государственных медицин-

ских организаций в части планирования кадрового состава по профилям деятельности и организации практического обучения на своих базах;

2) разработку и внедрение эффективной системы и инновационной программы обучения, в том числе целевого, с реальными гарантиями трудоустройства среднего медперсонала;

3) введение действенных систем социальной поддержки, наставничества и адаптации в подготовке и обучении среднего медперсонала;

4) разработку долгосрочных программ закрепления молодых медицинских кадров в государственных медицинских организациях;

5) обеспечение конкурентоспособной оплаты труда и достойных условий работы среднего медперсонала в медицинских организациях системы здравоохранения РФ.

Решение проблемы подготовки, обучения и удержания молодых специалистов среднего звена требует политических, социально-экономических решений и комплексных мероприятий, адекватного финансирования в рамках национального проекта «Продолжительная и активная жизнь», активной роли и мотивации среднего медицинского персонала в системе здравоохранения как одного из важных звеньев, от которого зависит совместное достижение стратегической цели системы здравоохранения – улучшение доступности, безопасности и качества медицинской помощи населению, увеличение ожидаемой продолжительности жизни и повышение качества жизни граждан Российской Федерации в целом.

Список литературы

1. Евдаков В.А., Мельников Ю.Ю., Смышляев А.В. Показатели кадрового обеспечения населения средним медицинским персоналом амбулаторного звена здравоохранения в Российской Федерации в период 2010–2018 гг. *Кубанский научный медицинский вестник*. 2020;27(3):56–64. <https://doi.org/10.25207/1608-6228-2020-27-3-56-64>
2. Латышова А.А., Купеева И.А., Гажева А.В. Оценка ликвидации дефицита специалистов со средним медицинским образованием в Российской Федерации по итогам 2020 года. *Менеджер здравоохранения*. 2021;7:66–72. <https://doi.org/10.21045/1811-0185-2021-7-66-72>. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/otsenka-likvidatsii-defitsita-spetsialistov-so-srednim-meditsinskim-obrazovaniem-v-rossiyskoy-federatsii-po-itogam-2020-goda>
3. Здравоохранение в России. 2023: Статистический сборник. Москва: Росстат; 2023. 179 с.
4. Крылова Н.Ю., Кацова Г.Б. Факторы, влияющие на дефицит сестринских кадров в медицинских учреждениях. *Менеджер здравоохранения*. 2023;11:99–106. <https://doi.org/10.21045/1811-0185-2023-11-99-106>. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/factory-vliyayuschie-na-defitsit-sestrinskih-kadrov-v-meditsinskih-uchrezhdeniyah>
5. Афонина Л.А., Шкода А.С., Подрядова Н.Ф. и др. Организация труда среднего медицинского персонала как фактор повышения эффективности деятельности медицинских организаций. *Менеджер здравоохранения*. 2024;5:117–124. <https://doi.org/10.21045/1811-0185-2024-5-117-124>. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/organizatsiya-truda-srednego-meditsinskogo-personala-kak-faktor-povysheniya-effektivnosti-deyatelnosti-meditsinskih>

6. Островская И.В., Шеина Н.Г. Формирование готовности будущих врачей и медицинских сестер к работе в команде. *Здоровье мегаполиса*. 2024;5(3):33-46. <https://doi.org/10.47619/2713-2617.zm.2024.v.5i3;33-46>

References

1. Evdakov V.A., Melnikov Yu.Yu., Smyshlyaev A.V. Indicators of Nursing Personnel Supply in Outpatient Medical Care in the Russian Federation during 2010–2018. *Kuban Scientific Medical Bulletin*. 2020;27(3):56-64. <https://doi.org/10.25207/1608-6228-2020-27-3-56-64> (In Russ.)
2. Latyshova A.A., Kupeeveva I.A., Gazheva A.V. Assessment of the Elimination of the Shortage of Specialists with Secondary Medical Education in the Russian Federation by the End of 2020. *Manager Zdravoohranenia*. 2021;7:66-72. <https://doi.org/10.21045/1811-0185-2021-7-66-72>. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/otsenka-likvidatsii-defitsita-spetsialistov-so-srednim-meditsinskim-obrazovaniem-v-rossiyskoy-federatsii-po-itogam-2020-goda> (In Russ.)
3. Healthcare in Russia. 2023. Statistical Compendium. Moscow. Rosstat. 2023. 179 p. (In Russ.)
4. Krylova N.Yu., Katsova G.B. Factors Affecting the Shortage of Nursing Staff in Medical Institutions. *Manager Zdravoohranenia*. 2023;11:99-106. <https://doi.org/10.21045/1811-0185-2023-11-99-106>. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/factory-vliyayushchie-na-defitsit-sestrinskih-kadrov-v-meditsinskih-uchrezhdeniyah> (In Russ.)
5. Afonina L.A., Shkoda A.S., Podryadova N.F. et al. Organization of work of middle medical staff as a factor in increasing the efficiency of medical organizations. *Healthcare Manager*. 2024;5:117-124. <https://doi.org/10.21045/1811-0185-2024-5-117-124>. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/organizatsiya-truda-srednego-meditsinskogo-personala-kak-faktor-povysheniya-effektivnosti-deyatelnosti-meditsinskih> (In Russ.)
6. Ostrovskaya I.V., Sheina N.G. Fostering Readiness of Future Doctors and Nurses for Teamwork. *City Healthcare*. 2024;5(3):33-46. <https://doi.org/10.47619/2713-2617.zm.2024.v.5i3;33-46> (In Russ.)

Информация о статье

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование: исследование проводилось без спонсорской поддержки.

Сведения об авторах

Фержауи Анастасия Валерьевна – аспирант ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы».

Жирнова Галина Михайловна – канд. мед. наук, доцент кафедры организации здравоохранения и общественного здоровья ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы».

Article info

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

Funding: the authors received no financial support for the research.

About the authors

Anastasia V. Ferzhau – Postgraduate Student of the Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management of Moscow Healthcare Department.

Galina M. Zhirnova – Cand. Sci. in Medicine, Associate Professor of the Department of Healthcare Organization and Public Health of the Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management of Moscow Healthcare Department.

Вклад авторов

А.В. Фержауи – концепция и дизайн исследования, сбор и обработка материала, анализ данных, поиск литературы и анализ существующих практик, написание текста; Г.М. Жирнова – редактирование текста, утверждение окончательного варианта статьи. Авторы прочитали и одобрили окончательный вариант рукописи.

Для корреспонденции

Жирнова Галина Михайловна
gzhirnova@yandex.ru

Статья поступила 27.10.2025
Принята к печати 25.02.2026
Опубликована 30.03.2026

Authors' contributions

A.V. Ferzhau – concept and design of the study, collection and processing of the material, data analysis, literature collection and analysis of the existing practices, text writing; G.M. Zhirnova – text editing, approval of the final version of the manuscript. All authors read and approved the final version of the article.

Corresponding author

Galina M. Zhirnova
gzhirnova@yandex.ru

Received 27.10.2025
Accepted for publication 25.02.2026
Published 30.03.2026

УДК 159.923.2
<https://doi.org/10.47619/2713-2617.zm.2026.v.7i1;82-93>

Направления современных исследований профессионального стресса медицинских работников: систематический обзор статей Scopus 2025 г.

О.Б. Полякова

Центр психологии развития, 127473, Россия, г. Москва, ул. Достоевского, д. 1/21

Автор, ответственный за переписку, email: pob-70@mail.ru

Аннотация

Введение. Профессиональный стресс медицинских работников, приводящий к деформациям профессионального спектра, неудовлетворенности качеством жизни и профессиональной деятельности, снижению показателей выполняемых производственных работ и уходу из профессии, нуждается во всестороннем исследовании. **Цель** – определить направления современных исследований профессионального стресса медицинских работников. **Материалы и методы.** По ключевым словам «профессиональный стресс медицинских работников» (occupational stress of medical workers) из 136 научных статей за 2025 г., опубликованных в Scopus на платформе Science Direct, для систематического обзора отобрана 21 научная статья, ранее на русский язык не переводившаяся и систематизации не подвергавшаяся. **Результаты.** Систематический обзор статей Scopus 2025 г. позволил определить направления современных исследований профессионального стресса медицинских работников: 1) специфика коррекции профессионального стресса медицинских работников (38,1%); 2) особенности психологического профессионального стресса медицинских работников (28,57%); 3) специфика физического профессионального стресса медицинских работников (23,81%); 4) разработка современных процедур диагностики профессионального стресса медицинских работников (4,76%); 5) описание детерминации профессионального стресса медицинских работников (4,76%).

Ключевые слова: стресс; профессиональный стресс; современные исследования; работники; медицинские работники; систематический обзор

Для цитирования: Полякова О.Б. Направления современных исследований профессионального стресса медицинских работников: систематический обзор статей Scopus 2025 г. *Здоровье мегаполиса.* 2026;7(1):82-93. <https://doi.org/10.47619/2713-2617.zm.2026.v.7i1;82-93>

УДК 159.923.2
<https://doi.org/10.47619/2713-2617.zm.2026.v.7i1;82-93>

Current Research Trends in Occupational Stress of Healthcare Workers: a Systematic Scopus Review 2025

Olga B. Polyakova

Center for Developmental Psychology, 1/21 Dostoevskogo st., 127473, Moscow, Russian Federation

Corresponding author, email: pob-70@mail.ru

Abstract

Introduction. Occupational stress in healthcare workers, which leads to professional deformation, dissatisfaction with the quality of life and work, reduced productivity, and retirement from profession, requires comprehensive research. **Purpose.** The goal is to identify modern research trends in occupational stress of healthcare workers. **Methods and materials.** Using the keywords "occupational stress of medical workers", 21 out of 136 Scopus scientific articles published in 2025 on the Science Direct platform were selected for a systematic review. These articles have neither been translated into Russian nor systematized. **Results.** A systematic review of 2025 Scopus articles identified the following research trends in occupational stress among healthcare workers: 1) specifics of correcting occupational stress in healthcare workers (38.1%), 2) psychological characteristics of occupational stress (28.57%), 3) physical characteristics of occupational stress (23.81%), 4) development of modern procedures for diagnosing occupational stress in healthcare workers (4.76%), 5) definition of occupational stress in healthcare workers (4.76%).

Keywords: stress; occupational stress; modern research; workers; health workers; systematic review

For citation: Polyakova O.B. Current research trends in occupational stress of medical workers: a systematic Scopus review 2025. *City Healthcare*. 2026;7(1):82-93. <https://doi.org/10.47619/2713-2617.zm.2026.v.7i1;82-93>

Введение

Профессиональный стресс (ПС) медицинских работников (МР), понимаемый как состояние напряжения под воздействием негативно эмоциональных специфических факторов и экстремальных условий медицинской профессиональной деятельности [1] (динамичности производственных ситуаций и необходимости оперативного разрешения вопросов и проблем, дисбаланса между затраченными производственными усилиями и вознаграждением, длительности нахождения в поле эмоций негативного спектра, длительности пребывания в закрытых пространствах, истощения психоэмоциональной направленности, конфликтов в коллективе, неблагоприятных физических условий профессиональной деятельности, недостаточности поддержки со стороны руководства [2], необходимости взаимодействия с веществами психоактивного плана, неопределенности в распределении рабочих обязанностей, неравномерного режима профессиональной деятельности, ответственности за жизнь и здоровье пациентов, отстраненности личностного плана, предпосылок синдрома профессионального выгорания, риска заражения заболеваниями инфекционного характера, снижения профессиональной самооценки и др.) [3], приводит к деформациям профессионального спектра, неудовлетворенности качеством жизни и профессиональной деятельности, снижению показателей выполняемых производственных работ, уходу из профессии [4]. Цель – определить направления современных исследований ПС МР.

Материалы и методы

В соответствии с целью исследования по ключевым словам «профессиональный стресс медицинских работников» (occupational stress of medical workers) из 136 научных статей за 2025 г., опубликованных в системе международного научного цитирования Scopus на платформе Science Direct в 2025 г., для систематического обзора отобрана 21 научная статья, ранее на русский язык не переводившаяся и систематизации не подвергавшаяся.

Результаты

Систематический обзор статей Scopus 2025 г. дал возможность выделить направления современных исследований ПС МР.

1. Описание детерминации ПС МР:

– установление влияния невежливости на рабочем месте на ПС и психическое здоровье (ПЗ)

МР, обусловленное психологической устойчивостью (ПУ), выполненное S. Hassanie и соавт. [5], базируется на данных, собранных у 535 поставщиков медицинских услуг, работающих в частных ливанских больницах. Взаимосвязи проанализированы с помощью моделирования структурных уравнений. Грубость на рабочем месте оказала значительное влияние на ПС и ПЗ МР и незначительное влияние на ПУ. ПУ оказывает значительное влияние на ПЗ и незначительное влияние на ПС, частично опосредует связь между грубостью на рабочем месте и ПЗ, не играет посреднической роли между грубостью на рабочем месте и ПС.

2. Разработка современных процедур диагностики ПС МР:

– проверка валидности и надежности испанской версии шкалы общего ПС у мексиканских МР, осуществленная H.F. Cordero-Franco и соавт. [6], стала возможной благодаря опросу 772 МР государственного учреждения здравоохранения в Нуэво-Леоне (Мексика). Содержательная валидность (релевантность и полезность) оценивалась с помощью индекса Лоуше (ИЛ), в то время как конструктивная валидность оценивалась с помощью исследовательского (ИФА) и подтвержденного (КФА) факторного анализа. Индексами соответствия КФА были среднеквадратическая ошибка аппроксимации (СКОА), сравнительный индекс соответствия (СИС), индекс Такера-Льюиса (ИТЛ) и стандартизированный среднеквадратический остаток (ССКО). Коэффициент корреляции Спирмена между общей шкалой ПС (ОШПС) и Ольденбургским опросником эмоционального выгорания был необходим для оценки текущей валидности, а коэффициент α Кронбаха – для оценки надежности. ОШПС продемонстрировала содержательную валидность (ИЛ $0,96 \pm 0,08$ и $0,9 \pm 0,1$ для релевантности и полезности соответственно). ИФА показал однофакторную структуру (74,3% дисперсии). КФА продемонстрировал хорошее соответствие (СКОА = 0,122 (95% ДИ 0,105, 0,14), СИС = 0,958, ИТЛ = 0,942 и ССКО = 0,028). Получены коэффициент α Кронбаха 0,96 и корреляция 0,65 ($p < 0,0001$).

3. Специфика коррекции ПС МР:

– влияние индивидуально подобранных по времени и частоте подсказок на эффективность интернет-интервенции по снятию ПС МР, установленное A. Nomeikaite и соавт. [7], опирается на то, что подсказки предлагают многообещающую стратегию для повышения вовлеченности клиентов в интернет-когнитивно-поведенческую терапию (ИКПТ). Если подсказки не отвечают потребностям клиентов, они потенциально могут быть, скорее, навязчивыми, чем полезными. Важно проверить, могут ли подсказки, адаптированные на основе времени и частоты, согласо-

ванные с постановкой целей до вмешательства, увеличить использование и эффективность поддерживаемого терапевтом вмешательства по восстановлению от ПС с помощью ИКПТ для МР. В двухгрупповое исследование включены 87 МР (99% женщин в возрасте от 19 до 68 лет: среднее значение 39,61, SD 11,49): 43 в группе стандартного вмешательства и 44 в группе с адаптированными подсказками. Данные самоотчетов собирались до и после вмешательства и через 6 мес. наблюдения. Персонализированные подсказки, хотя и были оценены большинством участников (39 из 40, 98%), не улучшили показатели использования вмешательства, такие как количество входов в систему ($t_{85} = -0,91$; $p = 0,36$), открытых модулей ($t_{85} = -1,47$; $p = 0,15$), завершенных модулей ($t_{85} = -0,71$; $p = 0,48$), выполненных упражнений ($t_{85} = -1,05$; $p = 0,3$) или время, проведенное в программе ($\chi^2 = 1,1$; $p = 0,57$). Использование адаптированных подсказок не увеличило эффективности вмешательства с точки зрения навыков восстановления после ПС (коэффициент d Коэна варьировался от 0,31 до 0,85), восприятия стресса ($d = -0,08$; $-0,7$), депрессии ($d = -0,11$; $-0,38$), тревожности ($d = -0,32$; $-0,64$) или психологического благополучия ($d = 0,26$; $0,46$). В группе стандартного вмешательства наблюдался более выраженный долгосрочный эффект восстановления после ПС, чем в группе, использовавшей интернет-интервенцию, дополненную адаптированными подсказками ($\beta = -0,24$, $p = 0,03$);

- влияние цвета на ПС МР в академическом медицинском центре, рассмотренное R. Карлов и соавт. [8], сфокусировано на том, что вмешательства, основанные на осознанности, предлагаются в качестве эффективных стратегий для борьбы с ПС и выгоранием МР. МР-исследования с замерами данных до и после вмешательства, начинающие с более высоких показателей ПС и стресса цвета, имели большее снижение значений изменения до и после. МР старшего возраста (бэби-бумеры) показали самые низкие оценки ПС после раскрашивания. После занятий по раскрашиванию баллы ПС снизились с $4,2 \pm 2,1$ (до раскрашивания) до $2,4 \pm 2,1$ (после раскрашивания);

- оценка компонентов моделей психологического дебрифинга (ПД) и их эффективной реализации, а также их влияния на навыки управления ПС МР, психическое благополучие и клиническую эффективность, выполненная S. Ваун и соавт. [9], осуществлена путем обзора 16 статей, касающихся ПД в медицинском образовании (использования, внедрения и эффективности различных моделей ПД в условиях стационара среди МР). Оцениваемыми результатами были успешные модели ПД, связанные с ними преимущества и отношение участников к внедрению. Во всех моделях ПД МР улучшили на-

выки совладания после сложной клинической ситуации и поддержали будущее использование этих сессий. Отмечены некоторые препятствия для успеха этих сессий (неподготовленные фасилитаторы, недостаточное количество выделенного времени);

- разработка психологической первой помощи (ППП) для китайских МР первой линии для управления травмами и ПС за пределами экстренного реагирования в условиях повседневной медицинской помощи, представленная L. Wang и соавт. [10], стала возможной на базе 3-этапных мероприятий с экспертами по психическому здоровью, ключевыми информаторами, экспертами в области медицинского образования, учеными и МР (углубленные индивидуальные консультации экспертов, обсуждения в фокус-группах и экспертные семинары). Этическое одобрение получено в Великобритании и Китае. Исходная модель ППП адаптирована для внесения изменений в культуру, контекст, структуру, формат предоставления услуг и стратегию внедрения. Модель включает гибкий протокол обучения и стратегии внедрения, интегрированные в логическую структуру, что позволяет использовать ее в повседневной практике оказания медицинской помощи;

- снижение ПС МР первой линии с помощью оперативных мер вмешательства в течение смены, описанное С. Руб и соавт. [11], осуществлено путем внедрения портативной тележки для кризисного вмешательства, предлагающей инструменты для кратковременного снятия ПС, на выборке 443 МР. К основным факторам ПС относились взаимодействие с коллегами, руководством и пациентами; острота состояния пациентов; усталость. 392 МР продемонстрировали значительное снижение ПС. Наиболее эффективными оказались мяч для снятия ПС и боксерская груша. Подтверждена эффективность тележки. Подчеркнута важность доступных инструментов для снятия ПС в учреждениях здравоохранения. Из 443 МР 99,7% использовали тележку для интервенций, а 74,4% были штатными МР. Среди тех, кто воспользовался интервенцией, 51 МР (11,5%) не отметил никаких изменений или усугубил ПС, а 392 (88,5%) сообщили о снижении ПС. Большинство МР указали на проблемы с персоналом (49,4%), остроту состояния пациентов (46,1%) и общую усталость (44,2%) в качестве факторов ПС. Наиболее часто используемыми интервенциями были закуски (62,5%), кофе / вода / чай (43,1%) и мяч для снятия ПС (39,3%);

- сравнительная эффективность вмешательств, направленных на повышение устойчивости к ПС и стрессоустойчивости МР, представленная Janitra F.E. и соавт. [12], установлена с учетом первичных результатов устойчивость к ПС, получен-

ных после вмешательства, и при последующем наблюдении через 3 мес. Сразу после вмешательства позитивная психология (ПП) продемонстрировала наибольшее и значительно более выраженное улучшение устойчивости ($SMD = 0,57$, 95% ДИ: от 0,36 до 0,78), за ней следовали осознанность ($SMD = 0,5$, 95% ДИ: от 0,24 до 0,76) и когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) ($SMD = 0,47$, 95% ДИ: от 0,23 до 0,71) – все они указывали на умеренные или большие статистически значимые эффекты. Через 3 мес. наблюдения ПП оставалась наиболее эффективной ($SMD = 0,69$, 95% ДИ: от 0,02 до 1,36), за ней следовали осознанность и КПТ. В отношении результатов по ПС ПП показала значительно более высокий эффект ($SMD = -0,69$, 95% ДИ: от -1,08 до -0,29), как и КПТ ($SMD = -0,58$, 95% ДИ: от -0,86 до -0,3) и осознанность ($SMD = -0,58$, 95% ДИ: от -0,94 до -0,21);

– стратегии преодоления ПС МР во время землетрясений 2023 г. в Турции, охарактеризованные К. Aytakin Kanadli и соавт. [13], представлены в исследовании, проведенном в университетской больнице на юге Турции. Стратегии, используемые 434 МР для преодоления стресса землетрясения, включали положительную переоценку ($12,24 \pm 3,58$), поиск социальной поддержки ($11,96 \pm 2,71$) и религиозное преодоление стресса ($10,30 \pm 3,85$). Положительная переоценка была выше среди тех, кто жил в отдельных палатках / контейнерах ($p = 0,036$) и получал психологическую поддержку ($p = 0,026$). Религиозная переоценка была выше среди тех, кто жил в отдельных палатках / контейнерах или дома ($p = 0,001$), не имел родственной утраты первой степени ($p = 0,016$) и покинул район сразу после землетрясения ($p = 0,026$). Значимая разница между поиском социальной поддержки и описательными характеристиками, связанными с землетрясением, не наблюдалась ($p > 0,05$);

– эффективность веб-ориентированного самостоятельного вмешательства для снижения ПС и укрепления психического здоровья среди МР, подчеркнутая Y. López-del-Hoyo и соавт. [14], сфокусирована на том, что программа MINDxYOU – онлайн-программа самоконтроля, основанная на принципах 3-й волны психотерапии, – для снижения воспринимаемого ПС и укрепления психического здоровья МР. В исследовании участвовали 357 МР из медицинских центров Арагона и Малаги (Испания). МР разделены на 6 кластеров (по 3 на регион) и случайным образом распределены в 1 из 3 последовательностей, каждая из которых начиналась с контрольной фазы, а затем переходила к фазе вмешательства (программа MINDxYOU) через 8, 16 или 24 нед. ПС был основным результатом исследования, с дополнительными измерениями клинических факторов (тревожность, депрессия

и соматизация (ТДС)) и переменных процесса (устойчивость, осознанность, сострадание и принятие). Программа инициирована 229 МР, 112 (48,9 %) из которых завершили программу (минимум 3 из 4 модулей). ПС значительно снизился при рассмотрении всей выборки ($\beta = -1,08$, SE 0,51; $p = 0,03$) и выборки завершивших ($\beta = -1,84$, SE 0,62; $p = 0,003$). Процент МР, показавших низкий уровень ПС, увеличился после вмешательства ($n = 90$, 46,6% против $n = 100$, 28,8% на исходном уровне). Умеренные эффекты до и после вмешательства присутствовали в 2 кластерах (Cohen $d = 0,46$ и $0,62$), они сохранялись в последующих оценках. ТДС снизились ($p < 0,05$) при сравнении фаз вмешательства и контрольной фазы.

4. Особенности психологического ПС МР:

– влияние сострадания, выгорания и вторичного травматического ПС на текущее употребление наркотиков среди МР, выявленное S.A. Okon и соавт. [15], представлено на разнообразной выборке 200 МР при изучении перекрестных связей между связанными с работой переживаниями (удовлетворением от сострадания, выгоранием и вторичным травматическим ПС) и показателями текущего употребления наркотиков (немедицинским употреблением рецептурных препаратов (non-medical use of prescription drugs, NMUPD), каннабиса и незаконных наркотиков). Затем выявлялись различия в этих связях по профессиональному уровню (назначающий / администратор по сравнению с другими МР). В моделях основных эффектов более сильное выгорание и вторичный травматический ПС связаны с более высокими шансами NMUPD, употребления каннабиса и незаконных наркотиков ($p < 0,01$). Высокая степень сострадания связана с низкой вероятностью употребления запрещенных наркотиков ($p < 0,05$), но не с NMUPD или каннабиса ($p > 0,05$). Наблюдалась значимая взаимосвязь между вторичным травматическим ПС и NMUPD ($p < 0,05$), так что не было никакой связи между лицами, назначающими препараты / администраторами, но вероятность NMUPD увеличивалась с более высоким вторичным травматическим ПС среди других МР. Аналогичные взаимодействия на уровне тенденций наблюдались между вторичным травматическим ПС и употреблением каннабиса ($p < 0,1$) и между выгоранием и NMUPD;

– влияние субъективных уровней ПС по шкале воспринимаемого стресса (perceived stress scale, PSS) на эффективность обучения с использованием высокоточной симуляции (high-fidelity simulation, HFS) среди МР, установленное Y.-A. Suh и соавт. [16], опиралось на то, что сравнение показателей жизнедеятельности между группами (ординаторами по педиатрии и медсестрами, отвечающими за неонатальный уход)

после каждой тренировки выявило значительные изменения частоты сердечных сокращений (ЧСС), а оценка PSS значительно увеличилась после практической тренировки (2-я ЧСС: $78,4 \pm 9$ против $87,7 \pm 8,7$, $p = 0,05$; 3-я ЧСС $83,1 \pm 9$ против $76,7 \pm 8,1$, $p = 0,041$; 2-я PSS $15,1 \pm 3,3$ против $18,2 \pm 4,8$, $p = 0,04$), но не было никакой разницы между группами с точки зрения окончательного подтвержденного результата теста или оценки PSS (3-й результат $66,3 \pm 24,4$ против $72,7 \pm 12,7$, $p = 0,36$; 3-я PSS $17,2 \pm 4,9$ против $16,1 \pm 4,8$, $p = 0,51$). При сравнении показателей жизнедеятельности, результатов тестов и оценок по шкале PSS до и после HFS, независимо от последовательности тренировок, статистически значимых изменений ЧСС или частоты дыхания не наблюдалось. Однако температура тела ($36,5 \pm 0,3$ против $36,7 \pm 0,3$; $p < 0,001$), среднее артериальное давление ($81,9 \pm 11,8$ против $84,8 \pm 10,2$; $p = 0,03$), результаты тестов ($51 \pm 26,2$ против $56,6 \pm 23,2$; $p < 0,001$) и баллы по шкале PSS ($15,8 \pm 3,8$ против $17,7 \pm 4,8$; $p = 0,036$) значительно увеличились, тогда как SpO_2 значительно снизился ($99,3 \pm 0,8$ против $98,8 \pm 1,4$; $p = 0,017$). Для оценки связи между вариабельностью PSS и улучшением итоговых результатов тестов проведен множественный регрессионный анализ. Это выявило значимую взаимосвязь, описанную следующим уравнением: окончательная разница баллов = $34,997 + 1,637 \times$ изменчивость PSS ($p = 0,006$);

- описание депрессии, тревоги и ПС после пандемии и взгляд на психическое здоровье (ПЗ) 190 МР отделений первичной медико-санитарной помощи после пандемии Института социального обеспечения и услуг для государственных служащих в Пуэбле, представленные P.F.L. Iraís и соавт. [17], базируются на том, что ПЗ персонала больниц по всему миру пострадало во время пандемии COVID-19. Для определения распространенности симптомов и тяжести этих 3 проблем с ПЗ использовались инструмент сбора данных и шкала депрессии, тревоги и ПС. Распространенность симптомов депрессии составила 20,5% при умеренном преобладании индекса тяжести (38,5%), тревожности – 33,2% при крайне тяжелом преобладании индекса тяжести (36,5%), а ПС – 30% при умеренном преобладании индекса тяжести (36,8%). В подгруппе медсестер медицинского направления распространенность симптомов тревоги составила 44,7%, что статистически значимо ($p = 0,008$);

- поперечный анализ ПС и психического здоровья среди мигрантов, работающих в сфере здравоохранения в Ирландии, осуществленный S. Thankachen и соавт. [19], показал: 447 МР (из которых 93% медсестры; 72,7% в основном из Индии; 17,7% филиппинцы) сообщили об умеренном или высоком уровне ПС, с повышенными

баллами по количественным перегрузкам, умственным требованиям на работе и физическим требованиям на работе. Мигранты-МР с опытом работы <10 лет в Ирландии ощущали высокий уровень ПС ($t = 2,826$; $\beta = 0,154$; $p = 0,005$) и психологический ПС ($t = 5,666$; $\beta = 0,303$; $p = 0$). Работа в частном секторе здравоохранения связана с более низким восприятием ПС ($t = -3,077$; $\beta = 0,15$; $p = 0,002$) и психологического ПС ($t = -2,643$; $\beta = 0,126$; $p = 0,009$);

- рассмотрение ПС, устойчивости, черт характера и взглядов на свою рабочую силу и профессию у 356 МР по профилактике и контролю инфекций в Австралии и Новой Зеландии, проведенное B.G. Mitchell и P.L. Russo [20], сфокусировано на том, что пандемия COVID-19 оказала значительную нагрузку на специалистов по инфекционному контролю, которые находились на переднем крае реагирования на пандемию в своих организациях и за их пределами. Средний балл ПС составил 4,28 (SD 3,39) и 3,34 (SD 0,65) для устойчивости. МР более молодого возраста и те, у кого меньше опыта в инфекционном контроле, демонстрировали высокий уровень ПС и низкую устойчивость. Индивидуальные черты характера различаются в зависимости от возраста, уровня образования и наличия сертификата. 20% МР указали, что планируют покинуть службу в сфере инфекционного контроля в течение следующих трех лет;

- характеристика компонентов психологического здоровья как детерминант психологического ПС и благополучия на работе МР передовой линии домов престарелых и медицинских учреждений в департаменте Мозель на северо-востоке Франции во время пандемии, сформулированная C. Rotonda и соавт. [18], базируется на данных онлайн-анкеты 230 МР и теоретической модели, протестированной с помощью анализа путей. Высокие показатели устойчивости связаны с низкими показателями посттравматического ПС, тревожности и депрессии. Тревожность и депрессия отрицательно коррелировали с качеством жизни. Высокие показатели качества жизни связаны с высоким благополучием на работе. Устойчивость оказывает значительное влияние на психологическое состояние специалистов. Обнаружены различия между благополучием и дистрессом на работе.

5. Специфика физического ПС МР:

- оценка биомаркеров оксидативного ПС 45 МР (в возрасте 20–60 лет) из радиологических отделений трех больниц Мекки, подвергшихся воздействию низких доз ионизирующего излучения (средняя доза $4,55 \pm 1,12$ мЗв/год; диапазон 0,67–14,66 мЗв), и 35 соответствующих по возрасту контрольных лиц внебольничного происхождения в Саудовской Аравии, осуществленная

Y. Zabarmawi и соавт. [21], сфокусирована на том, что образцы крови анализировались с помощью ELISA (иммуноферментного анализа, аналитического биохимического анализа, используемого для обнаружения антигена с использованием антитела и фермента) для измерения 8-гидрокси-2'-дезоксигуанозина (8-OHdG), общего антиоксидантного статуса (total antioxidant status, TAS) и реактивных веществ тиобарбитуровой кислоты (thiobarbituric acid reactive substances, TBARS). Для оценки различий в окислительных биомаркерах использовались t-критерии Стьюдента, а для демографических сравнений использовался критерий хи-квадрат. Существенных различий между группами, подвергшимися воздействию, и контрольными группами по показателям TAS ($p = 0,38$), 8-OHdG ($p = 0,44$) или TBARS ($p = 0,34$) обнаружено не было. Уровни биомаркеров окислительного ПС достоверно не различались в зависимости от пола, статуса курения, стажа или возраста среди МР, подвергшихся воздействию;

- оценка нового портативного охлаждающего костюма на основе полупроводниковой жидкости (нового, энергоэффективного и портативного полупроводникового жидкостного охлаждающего костюма (semiconductor liquid cooling suit, SLCS)) для снижения теплового ПС МР в условиях жаркой и влажной среды, выполненная W. Song и соавт. [22], опирается на данные применения SLCS, включающего источник холода с питанием от полупроводника и охлаждающий жилет, изготовленный из полупрозрачной термопластичной полиуретановой пленки, обеспечивающей широкое покрытие тела. Его практическая охлаждающая эффективность оценена в ходе испытания на 10 МР, участвующих в 2 протоколах в жаркой влажной среде ($30 \pm 0,5$ °C, RH = $80 \pm 5\%$). Эти протоколы включали упражнения низкой и умеренной интенсивности, имитирующие физические нагрузки, с которыми сталкивается МР. SLCS значительно снизил среднюю температуру, температуру туловища и локальную температуру кожи ($p < 0,05$), а также заметно снизил частоту сердечных сокращений и потоотделение ($p < 0,05$). Оценка воспринимаемой нагрузки, а также температурные ощущения, ощущения влажности и комфорта во всем теле и локально (т.е. в голове и шее, туловище, руках и ногах) значительно улучшились при использовании SLCS ($p < 0,05$). Эти перцептивные ощущения при SLCS улучшились только во всем теле в фазе покоя и в области туловища ($p < 0,05$). МР не чувствовали значительного дополнительного веса и ограничений движения при использовании SLCS ни в одном из протоколов;

- разработка индекса теплового ПС для МР, использующих средства индивидуальной за-

щиты (СИЗ), представленная Y. Мао и соавт. [23], базируется на данных полевого эксперимента с 96 МР-добровольцами, выполнявшими моделируемые задачи в течение трех сезонов при использовании байесовской линейной модели смешанных эффектов (bayesian linear mixed effects model, LMM) для систематической калибровки физиологической эквивалентной температуры (physiological equivalent temperature, PET) и температуры влажного термометра. Результаты подтвердили значительные сезонные различия в температурных реакциях. МР испытывают наибольший физиологический и психологический ПС летом. Калибровка на основе LMM впоследствии количественно оценила это воздействие, выявив значительное снижение смещения тепловой нейтральности для пользователей СИЗ. Нейтральный диапазон PET определен как 16,4–20,6 °C (комплексный индекс, учитывающий радиационный и конвективный теплообмен и влажность воздуха (wet-bulb globe temperature (WBGT) $< 17,5$ °C), что соответствует нейтральной средней температуре кожи и слухового прохода 30,4–33,2 и 35,7–36,4 °C соответственно. Критические пороги для умеренного физиологического напряжения и сильного теплового ПС установлены при PET $> 29,1$ °C и WBGT $> 26,8$ °C;

- связь между метаболическим риском, оксидативным ПС и психологическими параметрами среди 212 МР, работающих в больнице 3-го уровня медицинской помощи Hamad Medical Corporation в Дохе (Катар), установленная K.S. Prabhu и соавт. [24], выявлена в ходе сравнения метаболических, окислительных и психологических профилей (МОПП) медсестер с применением описательной и выводной статистики (альфа=0,05). Не выявлена статистически значимая корреляция между измененными МОПП среди медсестер, работающих дневные смены, по сравнению со сменным режимом. Абдоминальное ожирение более распространено среди работников вахтового метода (68,7 против 63,3%), эта разница статистически не значима ($p = 0,457$);

- смягчающее влияние атипичных событий на связь между суточной частотой сердечных сокращений (СЧСС) и ПС МР отделения интенсивной терапии (ОИТ), обнаруженное R. Li и соавт. [25], стало возможным по данным 44 МР ОИТ, ежедневно предоставляющих самооценку ПС и носящих устройство Fitbit для отслеживания физиологических данных в течение 3-недельного периода. Для анализа взаимосвязи между СЧСС и ПС использовались линейные смешанные модели с учетом внутрисубъектной и межсубъектной дисперсии. Изучены эффекты взаимодействия между СЧСС и атипичными событиями. Анализ выявил значимую положительную связь между СЧСС и воспринимаемым

ПС ($\beta = 0,032$; $p = 0,04$) в стандартные дни. Эта связь ослаблялась наличием негативных атипичных событий ($\beta = -0,076$; $p = 0,02$). Проанализировано, оказывала ли тяжесть негативных атипичных событий дополнительное сдерживающее влияние, но статистически значимого эффекта обнаружено не было.

Обсуждение

Результаты определения направлений современных исследований ПС МР коррелируют с исследованиями жизнедеятельности и жизнестойкости МР с деформациями профессиональной направленности [27], малоадаптивных форм и видов вины МР [26], методов профилактики ПС и эмоционального выгорания МР [29], ПС и совладающего поведения МР [28], упреждения ПС МР [30].

Заключение

Систематический обзор статей Scopus 2025 г. дал возможность определить направления современных исследований ПС МР:

- 1) специфика коррекции ПС МР (38,1%);
- 2) особенности психологического ПС МР (28,57%);
- 3) специфика физического ПС МР (23,81%);
- 4) разработка современных процедур диагностики ПС МР (4,76%) и описание детерминации ПС МР (4,76%).

Особое внимание медиков и психологов стоит обратить на выявление влияния специализации и типа организации на ПС; изучение влияния ПС на личностные качества, психическое и физическое здоровье, результаты профессиональной деятельности; исследование негативных последствий ПС; разработку программ профилактики и коррекции ПС.

Список литературы

1. Никишина В.Б., Петраш Е.А., Стародумова А.Б. и др. Социально-психологические факторы профессионального стресса у медицинских работников. *Здравоохранение Российской Федерации*. 2025;69(2):131-137. <https://doi.org/10.47470/0044-197X-2025-69-2-131-137>
2. Мосолова Е.С., Сосин Д.Н. Стресс, тревога, депрессия и профессиональное выгорание у медицинских работников во время двух волн пандемии COVID-19 в России. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2022;122(6):128-133. <https://doi.org/10.17116/jnevro2022122061128>
3. Бонкало Т.И., Полякова О.Б. Специфика профессионального стресса медицинских работников в постковидный период. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2023;31(S2):1197-1201. <https://doi.org/10.32687/0869-866X-2023-31-s2-1197-1201>
4. Полякова О.Б., Бонкало Т.И. Особенности эмоциональных проявлений профессиональных деформаций (выгорания) работников здравоохранения в постковидный период. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2024;32(S2):1154-1159. <https://doi.org/10.32687/0869-866X-2024-32-s2-1154-1159>
5. Hassanie S., Uludag O., Trivedi D. et al. Who cares for the healthcare workers? The impact of workplace incivility on healthcare workers' traumatic stress and mental health mediated by psychological resilience. *Human Factors in Healthcare*. 2025;7:100105. <https://doi.org/10.1016/j.hfh.2025.100105>
6. Cordero-Franco H.F., Salinas-Martinez A.M., Guzmán-de la Garza F.J. Validity and reliability of the Spanish version of the general work stress scale in Mexican medical residents. *Archives of Medical Research*. 2025;56(3):103196. <https://doi.org/10.1016/j.arcmed.2025.103196>
7. Nomeikaite A., Gelezelyte O., Böttche M. et al. Role of tailored timing and frequency prompts on the efficacy of an internet-delivered stress recovery intervention for health care workers: randomized controlled trial. *JMIR Mental Health*. 2025;12:e62782. <https://doi.org/10.2196/62782>
8. Kaplow R., Willis P., Higgins M. et al. Effects of coloring on nurse stress in an academic medical center. *Journal of Radiology Nursing*. 2025;44(3):306-313. <https://doi.org/10.1016/j.jradnu.2025.02.004>
9. Baum S., Lee P., Awan M.U. et al. Assessment of psychological debriefing models' components & effective implementation, and its impact on healthcare professionals' stress management skills, mental wellbeing, and clinical performance. *The American Journal of Surgery*. 2025;240:116118. <https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2024.116118>
10. Wang L., Li X., Jian C. et al. Tailoring psychological first aid for frontline healthcare workers to manage trauma and stress beyond emergency response to routine healthcare settings – a qualitative multi-stakeholder consultation study in China. *SSM – Mental Health*. 2025;8:100461. <https://doi.org/10.1016/j.ssmmh.2025.100461>

11. Ruby C., Kirby J., Mian R.K. et al. Stress reduction in frontline health care workers with rapid on-shift interventions. *Nurse Leader*. 2025;23(3):353-362. <https://doi.org/10.1016/j.mnl.2024.12.010>
12. Janitra F.E., Chen R., Sung C.-M. et al. Comparative effectiveness of resilience-related interventions on resilience and stress for healthcare professionals: a network meta-analysis of randomized controlled trials. *International Journal of Nursing Studies*. 2025;170:105151. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2025.105151>
13. Aytekin Kanadli K., Aşkar S.E., Sazak Y. Health-care professionals' coping strategies with stress during the 2023 earthquakes in Türkiye: a cross-sectional study. *Journal of Radiology Nursing*. 2025;44(3):273-279. <https://doi.org/10.1016/j.jradnu.2025.04.003>
14. López-del-Hoyo Y., Fernández-Martínez S., Perez-Aranda A. et al. Effectiveness of a web-based self-guided intervention (MINDxYOU) for reducing stress and promoting mental health among health professionals: results from a stepped-wedge cluster randomized trial. *Journal of Medical Internet Research*. 2025;27:e59653. <https://doi.org/10.2196/59653>
15. Okon S.A., Khan T.N., Duffy N.J. et al. Effects of compassion satisfaction, burnout, and secondary traumatic stress on current drug use among healthcare workers: differences by occupational level. *Addictive Behaviors Reports*. 2025;21:100584. <https://doi.org/10.1016/j.abrep.2025.100584>
16. Suh Y.-A., Shim H., Lee H.J. et al. Effects of subjective stress levels on learning effectiveness in high-fidelity simulation among healthcare workers. *Acta Psychologica*. 2025;257:105075. <https://doi.org/10.1016/j.actpsy.2025.105075>
17. Irais P.-F.L., Edén P.-T.M., Erika R.-T. Post-pandemic depression, anxiety, and stress: a look at the mental health of medical and administrative staff. *Acta Psychologica*. 2025;253:104706. <https://doi.org/10.1016/j.actpsy.2025.104706>
18. Rotonda C., Omorou A.Y., Lalloué B. et al. Components of psychological health as determinants of psychological distress and well-being at work of frontline health professionals during pandemic. *L'Encéphale*. 2025;5:4004. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2025.04.004>
19. Thankachen S., Kabir Z., Sadath A. A cross-sectional analysis of occupational stress and mental health among migrant healthcare workers in Ireland. *Journal of Migration and Health*. 2025;11:100325. <https://doi.org/10.1016/j.jmh.2025.100325>
20. Mitchell B.G., Russo P.L. Infection prevention and control professionals: stress, resilience, personality traits and views about their workforce and profession. *Infection, Disease & Health*. 2025;30(2):97-104. <https://doi.org/10.1016/j.idh.2024.09.038>
21. Zabarmawi Y., Alqurashi S.F., Elzubier M.E. et al. Assessment of oxidative stress biomarkers in healthcare workers exposed to low dose of ionizing radiation in Saudi Arabia. *Journal of Radiation Research and Applied Sciences*. 2025;18(3):101781. <https://doi.org/10.1016/j.jrras.2025.101781>
22. Song W., Lu W., Yu S. et al. Evaluating a novel portable semiconductor liquid cooling garment for reducing heat stress of healthcare workers in a hot-humid environment. *Building and Environment*. 2025;267(B):112194. <https://doi.org/10.1016/j.buildenv.2024.112194>
23. Mao Y., Zhu Y., Feng X. et al. Development of heat stress index for healthcare workers with personal protective equipment. *Energy and Buildings*. 2025;346:116150. <https://doi.org/10.1016/j.enbuild.2025.116150>
24. Prabhu K.S., Habeeba U., Rahman M.U.A. et al. Association between metabolic risk, oxidative stress and psychological parameters amongst sample of nurses working in Doha, Qatar. *Clinical Epidemiology and Global Health*. 2025;34:102088. <https://doi.org/10.1016/j.cegh.2025.102088>
25. Li R., Pasupulety U., Chang W. et al. The moderating effect of atypical events on the relationship between heart rate and stress in medical residents working in an intensive care unit: longitudinal, observational daily diary study. *JMIR Formative Research*. 2025;9:e67822. <https://doi.org/10.2196/67822>
26. Полякова О.Б., Бонкало Т.И. Особенности малоадаптивных форм и видов вины медицинских работников в постковидный период. *Здравоохранение Российской Федерации*. 2023;67(5):430-435. <https://doi.org/10.47470/0044-197X-2023-67-5-430-435>
27. Полякова О.Б., Бонкало Т.И. Специфика жизнестойкости работников здравоохранения с профессиональными деформациями. *Здравоохранение Российской Федерации*. 2022;66(1):67-75. <https://doi.org/10.46563/0044-197X-2022-66-1-67-75>
28. Бабанов С.А., Острякова Н.А., Лысова М.В. Профессиональный стресс и совладающее поведение у медицинских работников. *Санитарный врач*. 2025;22(3-254):218-228. <https://doi.org/10.33920/med-08-2503-05>

29. Сибгатуллин И.Я., Фатхутдинова Л.М. Методы профилактики профессионального стресса и эмоционального выгорания медицинских работников (обзор литературы). *Медицина труда и экология человека*. 2022;4(32):20-33. <https://doi.org/10.24412/2411-3794-2022-10402>
30. Баймаков Е.А., Мишкич И.А., Еременко С.А. и др. Профессиональный стресс у педагогических и медицинских работников и его профилактика. *Медицина труда и промышленная экология*. 2023;63(2):122-128. <https://doi.org/10.31089/1026-9428-2023-63-2-122-128>

References

1. Nikishina V.B., Petrash E.A., Starodumova A.B. et al. Socio-psychological factors of occupational stress in healthcare workers. *Health Care of the Russian Federation*. 2025;69(2):131-137. <https://doi.org/10.47470/0044-197X-2025-69-2-131-137> (In Russ.)
2. Mosolova E.S., Sosin D.N. Stress, anxiety, depression and professional burnout in healthcare workers during the first two outbreaks COVID-19 in Russia. *Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 2022;122(6):128-133. <https://doi.org/10.17116/jnevro2022122061128> (In Russ.)
3. Bonkalo T.I., Polyakova O.B. Specifics of professional stress of medical workers in the post-COVID period. *Problems of Social Hygiene, Public Health and History of Medicine*. 2023;31(S2):1197-1201. <https://doi.org/10.32687/0869-866X-2023-31-s2-1197-1201> (In Russ.)
4. Polyakova O.B., Bonkalo T.I. Features of emotional manifestations of professional deformations (burnout) of healthcare workers in the post-COVID period. *Problems of Social Hygiene, Public Health and History of Medicine*. 2024;32(S2):1154-1159. <https://doi.org/10.32687/0869-866X-2024-32-s2-1154-1159> (In Russ.)
5. Hassanie S., Uludag O., Trivedi D. et al. Who cares for the healthcare workers? The impact of workplace incivility on healthcare workers' traumatic stress and mental health mediated by psychological resilience. *Human Factors in Healthcare*. 2025;7:100105. <https://doi.org/10.1016/j.hfh.2025.100105>
6. Cordero-Franco H.F., Salinas-Martínez A.M., Guzmán-de la Garza F.J. Validity and reliability of the Spanish version of the general work stress scale in Mexican medical residents. *Archives of Medical Research*. 2025;56(3):103196. <https://doi.org/10.1016/j.arcmed.2025.103196>
7. Nomeikaite A., Gelezelyte O., Böttche M. et al. Role of tailored timing and frequency prompts on the efficacy of an internet-delivered stress recovery intervention for health care workers: randomized controlled trial. *JMIR Mental Health*. 2025;12:e62782. <https://doi.org/10.2196/62782>
8. Kaplow R., Willis P., Higgins M. et al. Effects of coloring on nurse stress in an academic medical center. *Journal of Radiology Nursing*. 2025;44(3):306-313. <https://doi.org/10.1016/j.jradnu.2025.02.004>
9. Baum S., Lee P., Awan M.U. et al. Assessment of psychological debriefing models' components & effective implementation, and its impact on healthcare professionals stress management skills, mental wellbeing, and clinical performance. *The American Journal of Surgery*. 2025;240:116118. <https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2024.116118>
10. Wang L., Li X., Jian C. et al. Tailoring psychological first aid for frontline healthcare workers to manage trauma and stress beyond emergency response to routine healthcare settings – a qualitative multi-stakeholder consultation study in China. *SSM – Mental Health*. 2025;8:100461. <https://doi.org/10.1016/j.ssmmh.2025.100461>
11. Ruby C., Kirby J., Mian R.K. et al. Stress reduction in frontline health care workers with rapid on-shift interventions. *Nurse Leader*. 2025;23(3):353-362. <https://doi.org/10.1016/j.mnl.2024.12.010>
12. Janitra F.E., Chen R., Sung C.-M. et al. Comparative effectiveness of resilience-related interventions on resilience and stress for healthcare professionals: a network meta-analysis of randomized controlled trials. *International Journal of Nursing Studies*. 2025;170:105151. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2025.105151>
13. Aytakin Kanadli K., Aşkar S.E., Sazak Y. Health-care professionals' coping strategies with stress during the 2023 earthquakes in Türkiye: a cross-sectional study. *Journal of Radiology Nursing*. 2025;44(3):273-279. <https://doi.org/10.1016/j.jradnu.2025.04.003>
14. López-del-Hoyo Y., Fernández-Martínez S., Perez-Aranda A. et al. Effectiveness of a web-based self-guided intervention (MINDxYOU) for reducing stress and promoting mental health among health professionals: results from a stepped-wedge cluster randomized trial. *Journal of Medical Internet Research*. 2025;27:e59653. <https://doi.org/10.2196/59653>

15. Okon S.A., Khan T.N., Duffy N.J. et al. Effects of compassion satisfaction, burnout, and secondary traumatic stress on current drug use among healthcare workers: differences by occupational level. *Addictive Behaviors Reports*. 2025;21:100584. <https://doi.org/10.1016/j.abrep.2025.100584>
16. Suh Y.-A., Shim H., Lee H.J. et al. Effects of subjective stress levels on learning effectiveness in high-fidelity simulation among healthcare workers. *Acta Psychologica*. 2025;257:105075. <https://doi.org/10.1016/j.actpsy.2025.105075>
17. Iraís P.-F.L., Edén P.-T.M., Erika R.-T. Post-pandemic depression, anxiety, and stress: a look at the mental health of medical and administrative staff. *Acta Psychologica*. 2025;253:104706. <https://doi.org/10.1016/j.actpsy.2025.104706>
18. Rotonda C., Omorou A.Y., Lalloué B. et al. Components of psychological health as determinants of psychological distress and well-being at work of frontline health professionals during pandemic. *L'Encéphale*. 2025;5:4004. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2025.04.004>
19. Thankachen S., Kabir Z., Sadath A. A cross-sectional analysis of occupational stress and mental health among migrant healthcare workers in Ireland. *Journal of Migration and Health*. 2025;11:100325. <https://doi.org/10.1016/j.jmh.2025.100325>
20. Mitchell B.G., Russo P.L. Infection prevention and control professionals: stress, resilience, personality traits and views about their workforce and profession. *Infection, Disease & Health*. 2025;30(2):97-104. <https://doi.org/10.1016/j.idh.2024.09.038>
21. Zabarmawi Y., Alqurashi S.F., Elzubier M.E. et al. Assessment of oxidative stress biomarkers in healthcare workers exposed to low dose of ionizing radiation in Saudi Arabia. *Journal of Radiation Research and Applied Sciences*. 2025;18(3):101781. <https://doi.org/10.1016/j.jrras.2025.101781>
22. Song W., Lu W., Yu S. et al. Evaluating a novel portable semiconductor liquid cooling garment for reducing heat stress of healthcare workers in a hot-humid environment. *Building and Environment*. 2025;267(B):112194. <https://doi.org/10.1016/j.buildenv.2024.112194>
23. Mao Y., Zhu Y., Feng X. et al. Development of heat stress index for healthcare workers with personal protective equipment. *Energy and Buildings*. 2025;346:116150. <https://doi.org/10.1016/j.enbuild.2025.116150>
24. Prabhu K.S., Habeeba U., Rahman M.U.A. et al. Association between metabolic risk, oxidative stress and psychological parameters amongst sample of nurses working in Doha, Qatar. *Clinical Epidemiology and Global Health*. 2025;34:102088. <https://doi.org/10.1016/j.cegh.2025.102088>
25. Li R., Pasupulety U., Chang W. et al. The moderating effect of atypical events on the relationship between heart rate and stress in medical residents working in an intensive care unit: longitudinal, observational daily diary study. *JMIR Formative Research*. 2025;9:e67822. <https://doi.org/10.2196/67822>
26. Polyakova O.B., Bonkalo T.I. Features of maladaptive forms and guilt types in medical workers over the post-COVID period. *Health Care of the Russian Federation*. 2023;67(5):430-435. <https://doi.org/10.47470/0044-197X-2023-67-5-430-435> (In Russ.)
27. Polyakova O.B., Bonkalo T.I. The specificity of the vitality of health care workers with professional deformations. *Health Care of the Russian Federation*. 2022;66(1):67-75. <https://doi.org/10.47470/0044-197x-2022-66-1-67-75> (In Russ.)
28. Babanov S.A., Ostryakova N.A., Lysova M.V. Professional stress and coping behavior in healthcare workers. *Sanitary Doctor*. 2025;22(3-254):218-228. <https://doi.org/10.33920/med-08-2503-05> (In Russ.)
29. Sibgatullin I.Ya., Fatkhutdinova L.M. Methods of prevention of occupational stress and emotional burnout in medical workers (literature review). *Russian Journal of Occupational Health and Human Ecology*. 2022;4(32):20-33. <https://doi.org/10.24412/2411-3794-2022-10402> (In Russ.)
30. Baimakov E.A., Mishkich I.A., Eremenko S.A. et al. Occupational stress in teaching and medical workers and its prevention. *Russian Journal of Occupational Health and Industrial Ecology*. 2023;63(2):122-128. <https://doi.org/10.31089/1026-9428-2023-63-2-122-128> (In Russ.)

Информация о статье

Конфликт интересов: автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование: исследование проводилось без спонсорской поддержки.

Article info

Conflict of interest: the author declares that there is no conflict of interest.

Funding: the author received no financial support for the research.

Сведения об авторе

Полякова Ольга Борисовна – канд. психол. наук, доцент, практический психолог Центра психологии развития, <https://orcid.org/0000-0003-2581-5516>

Автор прочитал и одобрил окончательный вариант рукописи.

Для корреспонденции

Полякова Ольга Борисовна
pob-70@mail.ru

Статья поступила 16.11.2025
Принята к печати 16.02.2026
Опубликована 30.03.2026

About the author

Olga B. Polyakova – Cand. Sci. in Psychology, Associate Professor, Practicing Psychologist of the Center for Developmental Psychology, <https://orcid.org/0000-0003-2581-5516>

The author read and approved the final version of the manuscript.

Corresponding author

Olga B. Polyakova
pob-70@mail.ru

Received 16.11.2025
Accepted for publication 16.02.2026
Published 30.03.2026

УДК 614.2:004.5
<https://doi.org/10.47619/2713-2617.zm.2026.v.7i1;94-105>

Программы по борьбе с лишним весом у детей, основанные на цифровых технологиях

И.В. Грибкова

Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы, 115088, Россия, г. Москва, ул. Шарикоподшипниковская, д. 9

Автор, ответственный за переписку, email: igribkova@yandex.ru

Аннотация

Введение. Детское ожирение становится одной из главных глобальных угроз здоровью подрастающего поколения, увеличивая риски развития множества хронических заболеваний. Несмотря на существующие методы борьбы, многие из них остаются малодоступными для широких слоев населения из-за высоких затрат и недостатка инфраструктуры. **Цель.** Поиск и систематизация международных программ, использующих цифровые технологии для предотвращения и лечения детского ожирения. **Материалы и методы.** Анализировались научные публикации из базы данных PubMed/MEDLINE за 2019–2025 гг. с использованием ключевых слов obesity, overweight, children, digital technologies, media. **Результаты.** Были выявлены различные цифровые программы, направленные на борьбу с детским ожирением. Они включают мобильные приложения, текстовые сообщения, видеоконференции, активные видеоигры и комплексные программы, совмещающие цифровые технологии и личное общение со специалистами. Эти технологии помогают формировать здоровые привычки, отслеживают прогресс, поддерживают мотивацию и предоставляют информацию в удобном формате. Исследования также подтвердили популярность и привлекательность цифровых технологий среди подростков и их родителей.

Ключевые слова: ожирение; лишний вес; дети; цифровые технологии; медиа

Для цитирования: Грибкова И.В. Программы по борьбе с лишним весом у детей, основанные на цифровых технологиях. *Здоровье мегаполиса*. 2026;7(1):94-105. <https://doi.org/10.47619/2713-2617.zm.2026.v.7i1;94-105>

УДК 614.2:004.5
<https://doi.org/10.47619/2713-2617.zm.2026.v.7i1;94-105>

Digitally-based Programs to Combat Obesity in Children

Irina V. Gribkova

Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management of Moscow Healthcare Department, 9, Sharikopodshipnikovskaya ul., 115088, Moscow, Russian Federation

Corresponding author, email: igribkova@yandex.ru

Abstract

Introduction. Childhood obesity is becoming one of the main global threats to the health of the younger generation, increasing the risk of many chronic diseases. Despite existing strategies to manage obesity, many of them remain inaccessible to the general population due to high costs and lack of infrastructure. **The goal** of the study was to identify and organize data on international programs that use digital technologies to prevent and treat childhood obesity. **Materials and methods.** We analyzed scientific publications from the PubMed/MEDLINE database for 2019–2025 using the keywords "obesity", "overweight", "children", "digital technologies", and "media". **Results.** Various digital programs aimed at combating childhood obesity were identified. They include mobile applications, text messages, video conferences, active video games, and comprehensive programs that combine digital technologies and personal communication with specialists. These technologies help to form healthy habits, track progress, maintain motivation, and provide information in a convenient format. Research has also confirmed the widespread use and attractiveness of digital technologies among adolescents and their parents.

Keywords: obesity; overweight; children; digital technologies; media

For citation: Gribkova I.V. Digitally-based Programs to Combat Obesity in Children. *City Healthcare*. 2026;7(1):94-105. <https://doi.org/10.47619/2713-2617.zm.2026.v.7i1;94-105>

Введение

Проблема детского ожирения стала одной из ключевых угроз здоровью подрастающего поколения в современном мире. По последним данным, сотни миллионов детей и подростков страдают от лишнего веса, причем этот показатель продолжает расти с каждым годом [1, 2]. Ожирение оказывает негативное влияние на физическое состояние ребенка, увеличивает риск развития серьезных хронических болезней, таких как диабет, сердечно-сосудистые патологии и даже некоторые формы онкологии [2–5]. Оно может сказываться на психологическом благополучии детей, приводя к проблемам в социальной адаптации, депрессии и низкой самооценке [3, 6].

В настоящее время существуют разные возможности терапии ожирения у подростков [7, 8]. Однако большинство существующих методов могут быть труднодоступными для значительной части населения [3]. Высокие затраты на специализированные программы, недостаток инфраструктуры для физической активности и низкая мотивация самих детей создают серьезные препятствия на пути к здоровому образу жизни. Именно поэтому необходимы новые подходы, доступные каждому ребенку независимо от социального статуса или географического положения. Современные технологии открывают уникальные возможности для улучшения ситуации. Использование мобильных приложений, интерактивных платформ и игровых методик, реализованных с помощью цифровых решений, может вовлечь детей в процесс оздоровления, делая его интересным и доступным [9, 10].

Целью настоящего обзора был поиск и систематизация существующих в мировой практике программ, основанных на цифровых методах и нацеленных на борьбу с детским ожирением.

Материалы и методы

Поиск научной литературы для данного нарративного обзора осуществлялся в международной базе данных PubMed/MEDLINE. Рассматривались статьи, опубликованные на английском языке с 2019 по 2025 г. с открытым доступом к полному тексту. Для поиска были использованы в разных сочетаниях ключевые слова *obesity, overweight, children, digital technologies, media*. Отбирали статьи, в которых были описаны программы борьбы с лишним весом, использующие цифровые и медиасредства.

В данный обзор были включены исследования, в которых представлены наиболее интересные и эффективные методы. Описанные в работах

программы были систематизированы по преследуемым ими целям и выполняемым функциям.

Результаты

В мировой литературе описаны разнообразные цифровые технологии, предназначенные для профилактики и лечения детского ожирения. Эти программы обладают множеством функций: они помогают передавать важную информацию, отслеживать прогресс пользователей, вдохновлять на достижение целей и поддерживать мотивацию. Такие инструменты могут способствовать формированию здоровых привычек и предоставлению необходимой поддержки в режиме реального времени. С их помощью также можно разъяснить любые интересующие вопросы и стимулировать физическую активность. Важным преимуществом таких технологий является их доступность – она значительно превосходит традиционные методы борьбы с ожирением.

Ниже описаны наиболее интересные исследования и программы, касающиеся применения цифровых технологий для борьбы с детским ожирением. Краткие их описания представлены в таблице.

Цифровые технологии для получения информации о правильном питании, здоровом образе жизни и мотивационных сообщений

Текстовые сообщения остаются предпочтительным способом общения подростков, поэтому Hammad N.M. и соавт., а также Partridge S.R. с коллегами решили создать программы на их основе [11, 12]. Эти авторы в своих исследованиях выясняли, будут ли востребованы подобные программы, а также какую информацию хотели бы получать заинтересованные лица и в какой форме.

Hammad N.M. и соавт. предложили разработать программу обмена текстовыми сообщениями, направленную на улучшение здорового питания. Программа предполагает отправку сообщений с рецептами и советами по питанию с целью помочь людям изменить свое поведение в пользу здорового образа жизни и чаще покупать здоровые продукты [11]. Для создания программы, которая будет востребована людьми, авторы провели исследование, основанное на углубленных интервью с 13 родителями и лицами, осуществляющими уход за детьми. Результаты показали: большинство участников склонны использовать свой телефон для получения информации о питании и заинтересованы в получении текстовых сообщений от профессионалов. Значительная часть респондентов ($n = 11$) считают, что данная программа может быть очень востребована при ус-

Таблица. Краткое описание программ по борьбе с лишним весом у детей, основанных на цифровых технологиях
Table. Overview of digital technology-based programs for combating excess weight in children

Цель программы	Название программы	Описание программы	Источник
Получение информации о правильном питании, здоровом образе жизни и мотивационных сообщений	Текстовые сообщения	Отправка сообщений с рецептами и советами по питанию. Рекомендуемая частота отправки текстовых сообщений: один раз в неделю. Наполнения текстовых сообщений: рецепты здорового питания, полезные, недорогие и быстрые способы приготовления пищи или рецепты блюд по сезону, советы и рекомендации по питанию как для детей, так и для родителей, привычки здорового питания, контроль порций, мотивационные сообщения, результаты научных исследований на данную тему. Подчеркивается важность вовлечения самих подростков в создание и доработку текстов сообщений, чтобы получаемая информация была понятна и увлекательна. Текстовые сообщения должны быть практичными и забавными, подчеркивать преимущества правильного питания и физической активности, выходящие за рамки физического здоровья, быть краткими и понятными. Сообщения должны соответствовать возрасту, не содержать молодежного сленга, сокращений и ненужных эмодзи, а также каламбуров и шуток, предоставлять практические советы и ссылки	[11, 12]
	Видеоконференции	Программы, использующие видеоконференции для визитов на дом. Тип устройств, используемых во время видеосвязи: ноутбуки и смартфоны с доступом в интернет. Контент должен быть коротким (например, 10–15 мин.), увлекательным и простым в использовании (понятным, удобным, интерактивным)	[13]
	Полностью удаленная цифровая программа, основанная на мобильном приложении	Программа основана на частом самостоятельном взвешивании и ограничении калорийности питания. Участникам были предоставлены индивидуальные планы низкокалорийного питания, которые состояли из полезных рецептов, доступных в мобильном приложении. Дополнением были три ежедневные порции печенья (низкокалорийного, с низким гликемическим индексом). Во время программы поощрялась физическая активность, но никаких конкретных рекомендаций по упражнениям предоставлено не было. Приложение предлагало пользователям ежедневно взвешиваться, при этом участники имели доступ к записи о прогрессе в снижении веса	[14]
Повышение физической активности	Активные видеоигры в режиме иммерсивной виртуальной реальности (VR) на всенаправленной беговой дорожке	Физические упражнения во время активных видеоигр в режиме иммерсивной VR на всенаправленной беговой дорожке. Сравнивались 2 сюжетные линии активных видеоигр. В первой игре пользователь перемещается в ограниченном пространстве (на арене) и решает, стоит ли двигаться и в какой момент. Во второй игре нужно пройти заданный маршрут таким образом, чтобы выполнять локомоторные движения. В обеих версиях цель игры заключается в уничтожении движущихся и неподвижных целей (роботов) с помощью лазерного оружия, которое удерживается в обеих руках	[21]
Получение знаний о влиянии питания, физических упражнений и поведения на набор и потерю веса, поддержка пациентов на протяжении всей программы, контроль специалиста	Комплексные программы, совмещающие цифровые технологии и личное общение со специалистами	Передача знаний о влиянии питания, физических упражнений и поведения на набор и потерю веса происходит с помощью модулей электронного обучения, которые включают тексты, видео и/или регулярные вебинары. Для лучшего усвоения полученных знаний предлагаются вопросы для личного размышления или небольшие тесты. Иногда предусмотрены индивидуальные или групповые очные сессии со специалистами в онлайн-формате. Семьям доступен чат для общения и обратной связи. Помимо использования цифровых технологий, в программе запланированы контрольные осмотры и консультации на личном приеме у врача	[22, 23]

ловии, что она будет предоставлять неповторяющуюся информацию. Также были высказаны предпочтения по поводу частоты получения текстовых сообщений и содержащейся в них информации. Большинство ($n = 10$) предпочли получать рассылку один раз в неделю. Около половины ($n = 5$) сообщили, что хотели бы получать информацию по утрам, чтобы она могла послужить ориентиром при походе за продуктами и приготовлении ужина. Что касается наполнения текстовых сообщений, большинство ($n = 8$) хотели получать рецепты здорового питания, а некоторые отметили особый интерес к полезным, недорогим и быстрым способам приготовления пищи или рецептам блюд по сезону. Вторым по распространенности контентом были советы и рекомендации по питанию как для детей, так и для родителей ($n = 6$). Другие идеи включали привычки здорового питания, которым могут следовать родители, контроль порций, мотивационные сообщения, результаты научных исследований на данную тему.

Partridge S.R. и соавт. в своем исследовании также разрабатывали программу текстовых сообщений. Они подчеркнули важность вовлечения самих подростков в создание и доработку текстов сообщений, чтобы получаемая информация была понятна и увлекательна [12]. Сообщения, изначально составленные на основе мнений исследователей и медицинских работников, затем просматривались подростками и специалистами, имеющими опыт работы с детьми, на предмет содержания текстов, их полезности, понимания и соответствия возрасту. Текстовые сообщения, получившие высокую оценку, были практичными и забавными, подчеркивали преимущества правильного питания и физической активности, выходящие за рамки физического здоровья, были краткими и понятными. Некоторые текстовые сообщения были оценены подростками и специалистами как непонятные или бесполезные и были исключены. Наиболее распространенными причинами исключения были следующие: сообщения были слишком длинными и многословными или содержали советы, которые воспринимались как сложные для выполнения, требующие «слишком усердных действий».

В статье приводятся некоторые примеры удачных сообщений: «Нужна порция гормонов счастья? Растяжка может высвободить эндорфины, снизить уровень стресса и улучшить самочувствие. Самое приятное: вы можете делать это где угодно, даже во время просмотра телевизора или интернета. Попробуйте: ссылка на тренировку»; «Вам когда-нибудь приходилось засиживаться допоздна, чтобы подготовиться к экзамену? Если да, не волнуйтесь, вы не одиноки! Вы будете лучше учиться и запоминать больше, если будете хорошо спать и заниматься регулярно небольшими порциями. Составьте расписание подготовки к следующему важному

экзамену, воспользовавшись этим шаблоном: ссылка на сайт в интернете».

Таким образом, программы обмена текстовыми сообщениями можно использовать для улучшения рациона питания, увеличения физической активности и изменения поведения, поскольку они будут востребованы и хорошо восприниматься как родителями, так и подростками. Однако эффективность подобных программ еще требует доказать в соответствующих исследованиях.

Zeldman J. и соавт. изучали преимущества и недостатки другой цифровой технологии – «посещения на дому», проходящие в форме видеоконференций [13]. Хотя использование таких технологий не является чем-то новым, важно определить, какие методы предпочитают сотрудники и какая форма будет лучше всего воспринята и окажет значительное положительное влияние на семьи. Всего были опрошены 27 сотрудников программы, направленной на профилактику раннего детского ожирения. Большинство (85%) сотрудников указали, что в настоящее время они используют видеоконференции для общения с пациентами. Тип устройств, используемых во время видеосвязи, различался, сотрудники сообщили, что и у них самих, и у семей, с которыми они работают, есть ноутбуки (100 и 41% соответственно) и смартфоны (82 и 89% соответственно) с доступом в интернет. Среди преимуществ данной технологии были названы возможность воспользоваться большим количеством ресурсов, снижение зависимости от печатных материалов, гибкость в составлении расписания, экономия времени и повышение вовлеченности и удержания участников. Недостатки использования видеоконференций связывали с опасениями по поводу ненадежного интернета и доступа к устройствам, тарифными планами на интернет, предпочтением личных визитов. Что касается самой программы, сотрудники сообщили, что контент должен быть коротким (например, 10–15 мин.), увлекательным и простым в использовании (понятным, удобным, интерактивным). Участники также рекомендовали разработать учебные пособия для улучшения реализации программы.

Lei S. и соавт. изучали эффективность полностью удаленной цифровой программы, основанной на мобильном приложении, частом самостоятельном взвешивании и ограничении калорийности питания [14]. Участникам были предоставлены индивидуальные планы низкокалорийного питания, которые состояли из полезных рецептов, доступных в мобильном приложении. Дополнением были три ежедневные порции печени (низкокалорийного, с низким гликемическим индексом). Во время программы поощрялась физическая активность, но никаких конкретных рекомендаций по упражнениям предоставлено не было. Приложение пред-

лагало пользователям ежедневно взвешиваться, при этом участники имели доступ к записи о прогрессе в снижении веса. В этот наблюдательный анализ были включены подростки с избыточным весом или ожирением в возрасте 10–17 лет (2825 участников) с процентилем индекса массы тела (ИМТ) ≥ 85 . Средний ИМТ составил $29,20 \pm 4,44$ кг/м². На 120-й день использования программы среднее снижение массы тела составило $8,6 \pm 0,63$ кг, а ИМТ – $3,13 \pm 0,21$ кг/м²; 71,4% участников потеряли массу тела $\geq 5\%$: 69,4% мальчиков и 73,2% девочек соответственно. Более высокий процентиль ИМТ на исходном уровне и повышенная частота использования мобильного приложения были напрямую связаны с более значительной потерей веса. За период действия программы побочных реакций не наблюдалось. Авторы сделали вывод, что с развитием цифровых технологий подростки становятся более опытными пользователями мобильных устройств, что дает возможность разрабатывать эффективные программы по контролю веса с использованием дистанционных технологий.

Активные видеоигры

Снижение уровня физической активности современных детей и подростков, одной из причин которого является чрезмерное время, проводимое за экраном, играет решающую роль в проблеме ожирения. Полезной альтернативой обычным компьютерным играм являются активные видеоигры, иногда называемые экзергеймами, интерес к которым растет в настоящее время.

В последние несколько лет получила развитие иммерсивная виртуальная реальность (VR) – технология, которая стирает границы между физическим и цифровым миром, создавая у пользователя ощущение присутствия в виртуальной среде. Цель иммерсивной VR – полностью погрузить пользователя в созданный компьютером мир, создав у него впечатление, что он оказался в синтетическом мире. Этого можно добиться с помощью технологии наголовного дисплея. Виртуальная среда – это место, где человек может выполнять различные движения и практиковать различные виды физической активности. Поэтому иммерсивная VR вызывает все больший интерес у физиологов, тренеров и физиотерапевтов [15, 16]. Виртуальная реальность полезна для отвлечения детей с избыточным весом и ожирением во время занятий спортом, поскольку она уменьшает негативные ощущения, связанные с изометрическими упражнениями, тем самым повышая вероятность их выполнения в течение более длительного времени [17]. Кроме того, эта среда привлекательна и может мотивировать

пользователей активных видеоигр заниматься физическими упражнениями [18]. Сочетание виртуальной реальности с тренажерами предоставляет более широкие возможности для физической активности. На рынке начинают появляться следующие устройства: велотренажеры, беговые дорожки и даже тренажеры для гребли, полетов и дайвинга, которые сочетаются с оборудованием, поддерживающим приложения VR. Исследования, в которых изучается нагрузка при занятиях на различных тренажерах, показывают: интенсивность физических упражнений при игре в иммерсивной VR настолько высока, что можно ожидать положительного влияния на здоровье [19], а физическая активность в иммерсивной VR может быть даже выше, чем во время обычных тренировок [20].

В работе Polechoński J. и соавт. продемонстрирована эффективность подвижных иммерсивных игр в виртуальной реальности в борьбе с ожирением у детей [21]. Основная цель этого исследования – оценить привлекательность и интенсивность физических упражнений во время активных видеоигр в режиме иммерсивной VR на всенаправленной беговой дорожке для детей с ожирением. Также сравнивались две сюжетные линии активных видеоигр. В первой игре пользователь перемещается в ограниченном пространстве (на арене) и решает, стоит ли двигаться и в какой момент. Во второй игре игроку нужно пройти заданный маршрут таким образом, чтобы выполнять локомоторные движения. В обеих версиях цель игры заключается в уничтожении движущихся и неподвижных целей (роботов) с помощью лазерного оружия, которое удерживается в обеих руках. В исследовании приняли участие одиннадцать детей в возрасте от 8 до 12 лет с диагностированным ожирением. Привлекательность физической активности в данной форме определяли с помощью вопросника, а интенсивность упражнений оценивалась на основе частоты сердечных сокращений. Ответы показывают, что средние значения физических нагрузок привлекательны и доставляют респондентам больше удовольствия, чем обычные видеоигры. Все участники заявили о своей готовности практиковать эту форму физической активности. Интенсивность упражнений у детей во время обеих игр была высокой, но в сюжетной линии, где игрок должен был следовать заданному маршруту, она была выше ($83,3 \pm 9,2\%$), чем во время игры, где предполагалось перемещение в ограниченном пространстве ($77,4 \pm 9,8\%$). Благодаря высокой интенсивности физической активности во время игр использование их на регулярной основе может принести пользу детям с ожирением. Однако необходимы дальнейшие исследования, чтобы подтвердить этот тезис.

Комплексные программы, совмещающие цифровые технологии и личное общение со специалистами

В некоторых странах разрабатываются комплексные программы, основанные на действующих руководствах и рекомендациях по лечению, которые предполагается внедрить в государственную систему здравоохранения. Они совмещают цифровые технологии и личное общение пациентов со специалистами. Семьи получают первоначальный доступ к программе на основании направления врача. Передача знаний о влиянии питания, физических упражнений и поведения на набор и потерю веса происходит с помощью модулей электронного обучения. Для лучшего усвоения полученных знаний предлагаются вопросы для личного размышления или небольшие тесты. Иногда предусмотрены индивидуальные или групповые очные сессии со специалистами в онлайн-формате. Семьям доступен чат для общения и обратной связи. Помимо использования цифровых технологий, в программе запланированы контрольные осмотры и консультации на личном приеме у врача.

Проверка эффективности большинства таких медицинских приложений еще не завершена. Однако уже сейчас подобные программы пользуются большим спросом у населения.

Так, Forkmann K. и соавт. описали одну программу, разработанную в Германии, которую уже используют более чем 11 000 пациентов со всей страны [22]. Она направлена на оказание поддержки пациентам в изменении их образа жизни с целью эффективного снижения массы тела. Изменения в поведении включают сокращение потребления калорий и увеличение физической активности. Важно отметить, что приложение направлено на расширение возможностей пациентов в самоконтроле, связанном с ожирением. Программа учит самостоятельно использовать различные поведенческие техники для формирования и поддержания здорового образа жизни. С этой целью используются проверенные научные методы диетологии и лечебной физкультуры для достижения долгосрочных изменений в индивидуальном поведении в отношении здоровья. Кроме того, благодаря отслеживанию питания и физических упражнений, встроенному в приложение, пациенты могут изначально наблюдать за своим поведением и влиянием индивидуальных решений на успех в снижении веса. Это достигается благодаря удобному и понятному представлению индивидуальных результатов. Пациентам предлагается определить личные промежуточные и конечные цели для повышения приверженности к лечению, увеличения мотивации и предотвращения разочарований.

Программа включает различные элементы,

которые должны усилить мотивацию пациентов к переменам. Чат с квалифицированными специалистами индивидуально поддерживает пациентов на протяжении всей программы. Кроме того, они получают автоматизированную обратную связь, например еженедельные отчеты, напоминания или мотивационные сообщения. Помимо общения в чате, все участники получают разовый видеозвонок сертифицированного диетолога для оценки индивидуальных потребностей пациента в лечении и его профиля рисков. Программа может быть дополнена личными консультациями, которые, как предполагается, положительно влияют на эффективность. Однако эта услуга оплачивается пациентом.

Программу можно подключить к различным устройствам, таким как напольные весы и фитнес-трекеры разных производителей, для автоматической записи веса и физической активности. Это рекомендуется для максимально точной оценки изменений веса, потребления и расхода калорий в результате физической активности. Однако использование таких устройств необязательно, поскольку всю эту информацию можно ввести вручную. Минимальная рекомендуемая продолжительность курса составляет 6 мес. Однако лечение было разработано для применения в течение 12 мес. с целью изменения образа жизни для достижения устойчивой потери веса, улучшения качества жизни и самочувствия.

Программа разработана для взрослых пациентов, но планируется создание подобного проекта, ориентированного на детей и подростков.

Fowler L.A. и соавт. представили аналогичную программу борьбы с детским ожирением, разрабатываемую в США и основанную как на цифровой платформе, так и на взаимодействии с врачом [23]. Проект направлен на удовлетворение острой потребности в расширении доступа к лечению ожирения у детей из семей с низким доходом и создает платформу для будущего крупномасштабного (т.е. по всей стране) распространения научно обоснованных программ по снижению веса у детей. Программа также предназначена для увеличения числа сотрудников, подготовленных для оказания помощи детям с ожирением. Этот пакет будет внедрен в клиниках первичной медико-санитарной помощи в сельских и городских сообществах.

Пакет включает групповые и индивидуальные занятия с обученным специалистом (очные или дистанционные с помощью видеоконференций). Семьи имеют право на участие в программе на основании первоначального направления от лечащего врача. В течение первых 6 мес. каждая семья получит в общей сложности 4 ч индивидуальной семейной сессии с врачом-психиатром и 22 ч терапии в группе (2–10 семей).

В течение первых 6 мес. семьи также получают 1,75 ч индивидуальной терапии по медицинскому питанию под руководством дипломированного диетолога. По истечении первых 6 мес. лечащий врач повторно осмотрит семью и, если результаты соответствуют установленным критериям федеральной программы американского здравоохранения, которая помогает оплачивать медицинские расходы малоимущим (например, снижение ИМТ или стабилизация веса), может предоставить ей дополнительные 3 ч лечения в течение последующих 6 мес.

Цифровая платформа включает записанные на видео дидактические и интерактивные модули, вопросы для проверки знаний на протяжении всего обучения. Предоставляются сведения о местных продовольственных фондах, кулинарные видео, подборки рецептов и ролики о воспитании детей, а также клинические эпизоды пространственных сценариев. Для пользователей доступна постоянная поддержка: обратная связь от исследовательской группы в виде аудиозаписей, рабочие листы, раздаточные материалы и ответы на часто задаваемые вопросы.

Обсуждение и выводы

Детское ожирение представляет собой одну из важнейших проблем общественного здравоохранения XXI в., оказывающую разрушительное воздействие на здоровье и качество жизни молодого поколения. Традиционные подходы к борьбе с этим недугом зачастую оказываются неэффективными или труднодоступными для многих слоев населения. Современные цифровые технологии предоставляют уникальную возможность преодолеть эти барьеры, предлагая инновационные решения, которые делают профилактические меры и лечение ожирения более доступными и привлекательными для детей и подростков.

Анализ современных мировых практик показывает: использование мобильных приложений, текстовых сообщений, онлайн-курсов и видеоконференций открывает новые горизонты в борьбе с детским ожирением. Цифровые платформы позволяют персонализировано подходить к потребностям каждого ребенка, создавая условия для формирования здоровых привычек через игровые элементы, регулярный мониторинг прогресса и поддержку мотивации. Благодаря доступности цифровых инструментов, дети и их семьи получают необходимую информацию и помощь вне зависимости от своего местоположения и социальных условий. В настоящее время предлагаются как полностью удаленные программы без какого-либо личного взаимодействия со специалистами, так и комплексы, сочетающие в себе цифровые прило-

жения и визиты к врачу. Поэтому каждый пациент сможет подобрать себе методику снижения веса в соответствии со своими предпочтениями.

Однако, с другой стороны, цифровизация общества создает дополнительные проблемы для здоровья детей и подростков вследствие повышения гиподинамии и облегчения доступа к нездоровой пище. В подавляющем большинстве случаев избыток массы тела у детей формируется в результате нарушения пищевого поведения и снижения физической активности. Использование цифровых технологий, безусловно, усугубляет и без того сложную ситуацию, сложившуюся в этой области. Чрезмерное время, проведенное перед экраном электронных/цифровых носителей, в основном связано с малоподвижным образом жизни детей и подростков. При этом, как показали исследования, за последние несколько десятилетий экранное время значительно увеличилось. Само содержание просматриваемого материала может приводить к появлению нездоровых привычек и неупорядоченному пищевому поведению. Это вызвано в первую очередь тем, что в настоящее время в цифровом наполнении повсеместно распространен маркетинг нездоровых продуктов питания. Общение в социальных сетях, популярное среди подростков, может оказывать негативное влияние на образ жизни молодых людей. В частности, возможно появление более высокого уровня депрессии, тревоги и психологического стресса. К ограничениям цифровых вмешательств также можно отнести цифровое неравенство (доступ к устройствам/интернету), вопросы конфиденциальности и хранения персональных данных, потенциальные коммерческие интересы разработчиков, риск стигматизации и формирования дезадаптивного самоконтроля, необходимость обязательного участия семьи как условия эффективности и др.

Учитывая значительные перспективы и ограничения цифровых технологий, существует необходимость дальнейших исследований, направленных на оценку их эффективности и долгосрочного воздействия на здоровье детей. Важно учитывать культурные различия, индивидуальные особенности восприятия информации и возрастные потребности при разработке подобных программ. Только комплексный подход, объединяющий современные технологические достижения с проверенными медицинскими методами, позволит существенно уменьшить распространение детского ожирения и обеспечить здоровый и активный образ жизни будущему поколению.

Настоящий обзор подчеркивает значимость инновационных подходов в борьбе с детским ожирением и призывает к дальнейшему развитию и внедрению цифровых технологий в повседневную практику здравоохранения.

Список литературы

1. Всемирная федерация по борьбе с ожирением. URL: <https://www.worldobesity.org/about/about-obesity/prevalence-of-obesity> (дата обращения: 22.04.2025).
2. Мингазов Р.Н., Гуреев С.А., Зотов В.В. и др. Глобальные риски ожирения в подростковой и юношеской популяциях. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2022;30(S1):1067-1071. <https://doi.org/10.32687/0869-866X-2022-30-s1-1067-1071>
3. McMullan M., Millar R., Woodside J.V. A systematic review to assess the effectiveness of technology-based interventions to address obesity in children. *BMC Pediatrics*. 2020;20(1):242. <https://doi.org/10.1186/s12887-020-02081-1>
4. Яблонская А.А., Яблонский П.П., Хаверих А. Избыточная масса тела и ожирение у детей и подростков: состояние проблемы и возможные пути ее решения. *Человек. Спорт. Медицина*. 2024;24(1):15-24. Доступно по ссылке: <https://cyberleninka.ru/article/n/izbytochnaya-massa-tela-i-ozhirenie-u-detey-i-podrostkov-sostoyanie-problemy-i-vozmozhnye-puti-ee-resheniya/viewer>
5. Савина А.А., Фейгинова С.И., Землянова Е.В. Особенности возрастно-половой смертности взрослого населения от причин, ассоциированных с ожирением. *Здоровье мегаполиса*. 2024;5(4):329-345. <https://doi.org/10.47619/2713-2617.zm.2024.v.5i4p2:329-345>
6. Ромашова Т.В., Васильев В.В., Васильев Е.В. Медико-социальные проблемы ожирения у сельских детей и подростков (обзор литературы). *Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики*. 2024;2:162-179. <https://doi.org/10.24412/2312-2935-2024-2-162-179>
7. Османов И.М., Борзакова С.Н., Винокуров А.В. Ожирение у подростков: возможности терапии. *Практика педиатра*. 2021;(3):58-64. URL: <https://medi.ru/pp/2021/03/26827/>
8. Denova-Gutiérrez E., González-Rocha A., Méndez-Sánchez L. et al. Overview of Systematic Reviews of Health Interventions for the Prevention and Treatment of Overweight and Obesity in Children. *Nutrients*. 2023;15(3):773. <https://doi.org/10.3390/nu15030773>
9. Chai L.K., Farletti R., Fathi L., Littlewood R. A Rapid Review of the Impact of Family-Based Digital Interventions for Obesity Prevention and Treatment on Obesity-Related Outcomes in Primary School-Aged Children. *Nutrients*. 2022;14(22):4837. <https://doi.org/10.3390/nu14224837>
10. Jacob C.M., Hardy-Johnson P.L., Inskip H.M. et al. A systematic review and meta-analysis of school-based interventions with health education to reduce body mass index in adolescents aged 10 to 19 лет. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*. 2021;18(1):1. <https://doi.org/10.1186/s12966-020-01065-9>
11. Hammad N.M., Kay M.C. Perspectives on healthy eating practices and acceptance of WIC-approved foods among parents of young children enrolled in WIC. *PLoS ONE*. 2023;18(12):e0295902. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0295902>
12. Partridge S.R., Raeside R., Latham Z. et al. 'Not to Be Harsh but Try Less to Relate to 'the Teens' and You'll Relate to Them More': Co-Designing Obesity Prevention Text Messages with Adolescents. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2019;16(24):4887. <https://doi.org/10.3390/ijerph16244887>
13. Zeldman J., Varela E.G., Gorin A.A. et al. Home Visitation Program Staff Attitudes and Intentions Towards Using Digital Technology to Educate Families About Preventing Early Childhood Obesity: A Qualitative Study. *Maternal and Child Health Journal*. 2023;27(11):1905-1913. <https://doi.org/10.1007/s10995-023-03731-3>
14. Lei S., Inojosa J.R.M., Kumar S. et al. Effectiveness of a Weight Loss Program Using Digital Health in Adolescents and Preadolescents. *Childhood Obesity*. 2021;17(5):311-321. <https://doi.org/10.1089/chi.2020.0317>
15. Akbaş A., Marszałek W., Kamieniarz A. et al. Application of Virtual Reality in Competitive Athletes—A Review. *Journal of Human Kinetics*. 2019;69:5-16. <https://doi.org/10.2478/hukin-2019-0023>
16. Qian J., McDonough D.J., Gao Z. The Effectiveness of Virtual Reality Exercise on Individual's Physiological, Psychological and Rehabilitative Outcomes: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2020;17:4133. <https://doi.org/10.3390/ijerph17114133>

17. Matsangidou M., Ang C.S., Mauger A.R. et al. Is your virtual self as sensational as your real? Virtual Reality: The effect of body consciousness on the experience of exercise sensations. *Psychology of Sport and Exercise*. 2019;41:218-224. <https://doi.org/10.1016/j.psychsport.2018.07.004>
18. Alazba A., Al-Khalifa H., AlSobayel H. RabbitRun: An Immersive Virtual Reality Game for Promoting Physical Activities among People with Low Back Pain. *Technologies*. 2019;7:2. <https://doi.org/10.3390/technologies7010002>
19. Dębska M., Polechoński J., Mynarski A., Polechoński P. Enjoyment and Intensity of Physical Activity in Immersive Virtual Reality Performed on Innovative Training Devices in Compliance with Recommendations for Health. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2019;16:3673. <https://doi.org/10.3390/ijerph16193673>
20. McClure C., Schofield D. Running Virtual: The Effect of Virtual Reality on Exercise. *Journal of Human Sport and Exercise*. 2020;15(4):861-870. <https://doi.org/10.14198/jhse.2020.154.13>
21. Polechoński J., Nierwińska K., Kalita B., Wodarski P. Can Physical Activity in Immersive Virtual Reality Be Attractive and Have Sufficient Intensity to Meet Health Recommendations for Obese Children? A Pilot Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2020;17(21):8051. <https://doi.org/10.3390/ijerph17218051>
22. Forkmann K., Roth L., Mehl N. Introducing zanadio-A Digitalized, Multimodal Program to Treat Obesity. *Nutrients*. 2022;14(15):3172. <https://doi.org/10.3390/nu14153172>
23. Fowler L.A., Hampl S.E., Dreyer Gillette M.L. et al. Translating Family-Based Behavioral Treatment for Childhood Obesity into a User-Friendly Digital Package for Delivery to Low-Income Families through Primary Care Partnerships: The MO-CORD Study. *Childhood Obesity*. 2021;17(S1):S30-S38. <https://doi.org/10.1089/chi.2021.0174>

References

1. World Obesity Federation. URL: <https://www.worldobesity.org/about/about-obesity/prevalence-of-obesity> (cited April 22, 2025).
2. Mingazov R.N., Gureev S.A., Zotov V.V. et al. Global Risks of Obesity in Adolescent and Teenage Populations. *Problems of Social Hygiene, Health Care and History of Medicine*. 2022;30(S1):1067-1071. <https://doi.org/10.32687/0869-866X-2022-30-s1-1067-1071> (In Russ.)
3. McMullan M., Millar R., Woodside J.V. A Systematic Review to Assess the Effectiveness of Technology-Based Interventions to Address Obesity in Children. *BMC Pediatrics*. 2020;20(1):242. <https://doi.org/10.1186/s12887-020-02081-1>
4. Yablonskaya A.A., Yablonskiy P.P., Haverich A. Obesity and Overweight in Children and Adolescents: Problems and Possible Solutions. *Human. Sport. Medicine*. 2024;24(1):15-24. Available from: <https://cyberleninka.ru/article/n/izbytochnaya-massa-tela-i-ozhirenie-u-detey-i-podrostkov-sostoyanie-problemy-i-vozmozhnye-puti-ee-resheniya/viewer> (In Russ.)
5. Savina A.A., Feyginova S.I., Zemlyanova E.V. Age and Sex-Related Characteristics of Obesity-Associated Adult Mortality. *City Healthcare*. 2024;5(4):329-345. <https://doi.org/10.47619/2713-2617.zm.2024.v.5i4p2;329-345> (In Russ.)
6. Romashova T.V., Vasilyev V.V., Vasilyev E.V. Medical and Social Problems of Obesity in Rural Children and Adolescents (Literature Review). *Current Problems of Health Care and Medical Statistics*. 2024;2:162-179. <https://doi.org/10.24412/2312-2935-2024-2-162-179> (In Russ.)
7. Osmanov I.M., Borzakova S.N., Vinokurov A.V. Obesity in Adolescents: Possibilities of Therapy. *Pediatrician's Practice*. 2021;(3):58-64. URL: <https://medi.ru/pp/2021/03/26827/> (In Russ.)
8. Denova-Gutiérrez E., González-Rocha A., Méndez-Sánchez L. et al. Overview of Systematic Reviews of Health Interventions for the Prevention and Treatment of Overweight and Obesity in Children. *Nutrients*. 2023;15(3):773. <https://doi.org/10.3390/nu15030773>

9. Chai L.K., Farletti R., Fathi L., Littlewood R. A Rapid Review of the Impact of Family-Based Digital Interventions for Obesity Prevention and Treatment on Obesity-Related Outcomes in Primary School-Aged Children. *Nutrients*. 2022;14(22):4837. <https://doi.org/10.3390/nu14224837>
10. Jacob C.M., Hardy-Johnson P.L., Inskip H.M. et al. A Systematic Review and Meta-Analysis of School-Based Interventions with Health Education to Reduce Body Mass Index in Adolescents Aged 10 to 19 Years. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*. 2021;18(1):1. <https://doi.org/10.1186/s12966-020-01065-9>
11. Hammad N.M., Kay M.C. Perspectives on Healthy Eating Practices and Acceptance of WIC-Approved Foods Among Parents of Young Children Enrolled in WIC. *PLoS ONE*. 2023;18(12):e0295902. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0295902>
12. Partridge S.R., Raeside R., Latham Z. et al. 'Not to Be Harsh but Try Less to Relate to 'the Teens' and You'll Relate to Them More': Co-Designing Obesity Prevention Text Messages with Adolescents. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2019;16(24):4887. <https://doi.org/10.3390/ijerph16244887>
13. Zeldman J., Varela E.G., Gorin A.A. et al. Home Visitation Program Staff Attitudes and Intentions Towards Using Digital Technology to Educate Families About Preventing Early Childhood Obesity: A Qualitative Study. *Maternal and Child Health Journal*. 2023;27(11):1905-1913. <https://doi.org/10.1007/s10995-023-03731-3>
14. Lei S., Inojosa J.R.M., Kumar S. et al. Effectiveness of a Weight Loss Program Using Digital Health in Adolescents and Preadolescents. *Childhood Obesity*. 2021;17(5):311-321. <https://doi.org/10.1089/chi.2020.0317>
15. Akbaş A., Marszałek W., Kamieniarz A. et al. Application of Virtual Reality in Competitive Athletes—A Review. *Journal of Human Kinetics*. 2019;69:5-16. <https://doi.org/10.2478/hukin-2019-0023>
16. Qian J., McDonough D.J., Gao Z. The Effectiveness of Virtual Reality Exercise on Individual's Physiological, Psychological and Rehabilitative Outcomes: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2020;17(11):4133. <https://doi.org/10.3390/ijerph17114133>
17. Matsangidou M., Ang C.S., Mauger A.R. et al. Is Your Virtual Self As Sensational As Your Real? Virtual Reality: The Effect of Body Consciousness on the Experience of Exercise Sensations. *Psychology of Sport and Exercise*. 2019;41:218-224. <https://doi.org/10.1016/j.psychsport.2018.07.004>
18. Alazba A., Al-Khalifa H., AlSobayel H. RabbitRun: An Immersive Virtual Reality Game for Promoting Physical Activities among People with Low Back Pain. *Technologies*. 2019;7(1):2. <https://doi.org/10.3390/technologies7010002>
19. Dębska M., Polechoński J., Mynarski A., Polechoński P. Enjoyment and Intensity of Physical Activity in Immersive Virtual Reality Performed on Innovative Training Devices in Compliance with Recommendations for Health. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2019;16(19):3673. <https://doi.org/10.3390/ijerph16193673>
20. McClure C., Schofield D. Running Virtual: The Effect of Virtual Reality on Exercise. *Journal of Human Sport and Exercise*. 2020;15(4):861-870. <https://doi.org/10.14198/jhse.2020.154.13>
21. Polechoński J., Nierwińska K., Kalita B., Wodarski P. Can Physical Activity in Immersive Virtual Reality Be Attractive and Have Sufficient Intensity to Meet Health Recommendations for Obese Children? A Pilot Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2020;17(21):8051. <https://doi.org/10.3390/ijerph17218051>
22. Forkmann K., Roth L., Mehl N. Introducing Zanadio—A Digitalized, Multimodal Program to Treat Obesity. *Nutrients*. 2022;14(15):3172. <https://doi.org/10.3390/nu14153172>
23. Fowler L.A., Hampl S.E., Dreyer Gillette M.L. et al. Translating Family-Based Behavioral Treatment for Childhood Obesity into a User-Friendly Digital Package for Delivery to Low-Income Families through Primary Care Partnerships: The MO-CORD Study. *Childhood Obesity*. 2021;17(S1):S30-S38. <https://doi.org/10.1089/chi.2021.0174>

Информация о статье

Конфликт интересов: автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование: исследование проводилось без спонсорской поддержки.

Сведения об авторе

Грибкова Ирина Владимировна – канд. биол. наук, ведущий научный сотрудник отдела исследований общественного здоровья ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы»

Автор прочитал и одобрил окончательный вариант рукописи.

Для корреспонденции

Грибкова Ирина Владимировна
igribkova@yandex.ru

Статья поступила 29.10.2025

Принята к печати 17.02.2026

Опубликована 30.03.2026

Article info

Conflict of interest: the author declares that there is no conflict of interest.

Funding: the author received no financial support for the research.

About the author

Irina V. Gribkova – Cand. Sci. in Biology, Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management of Moscow Healthcare Department

The author read and approved the final version of the manuscript.

Corresponding author

Irina V. Gribkova
igribkova@yandex.ru

Received 29.10.2025

Accepted for publication 17.02.2026

Published 30.03.2026

УДК 614.2
<https://doi.org/10.47619/2713-2617.zm.2026.v.7i1;106-113>

Буддийский пациент: к формированию культурной компетенции медицинских работников

Г.Д. Петрова^{1*}, Е.Е. Алтынкович²

¹ Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента
Департамента здравоохранения города Москвы, 115088, Россия, г. Москва, ул. Шарикоподшипниковская, д. 9

² Независимый исследователь

*Автор, ответственный за переписку, email: petrovagd@zdrav.mos.ru

Аннотация

Введение. Исследование посвящено формированию культурной компетенции медицинских работников, работающих с пациентами буддийской культуры, так как в условиях глобализации и роста мобильности населения современные мегаполисы становятся точкой пересечения различных культур и конфессий, что ставит перед системой здравоохранения новые вызовы, связанные с необходимостью оказания культурно-сенситивной медицинской помощи. **Цель.** Определение ключевых социально-культурных особенностей пациентов, исповедующих буддизм, и на этой основе выявление направлений для формирования культурной компетенции медицинских работников. **Материалы и методы.** В статье проводится комплексный анализ буддийского мировоззрения через призму его влияния на восприятие здоровья, болезни, медицинского вмешательства и биоэтических дилемм. Рассматриваются базовые философские концепции (четыре благородные истины, учение о причинно-зависимом происхождении, карма), структура буддийских ценностей, особенности религиозной практики, отношение к телу, смерти и страданию. Особое внимание уделено принципам буддийской биоэтики и их возможным коллизиям со стандартами западной доказательной медицины. Материал систематизирует практические рекомендации для медработников, касающиеся коммуникации, организации питания, обеспечения психологической безопасности и уважения ритуальных практик пациентов-буддистов. **Результаты исследования.** Делается вывод о том, что интеграция знаний о буддийской культуре в клиническую практику является необходимым условием для построения доверительных отношений с пациентом, повышения приверженности лечению и в итоге достижения оптимальных терапевтических результатов. Результаты исследования могут быть использованы в программах повышения квалификации врачей и среднего медицинского персонала, а также при разработке внутренних стандартов медицинских организаций, ориентированных на мультикультурную аудиторию.

Ключевые слова: культурная компетенция; буддизм; пациентоориентированность; межкультурная коммуникация; биоэтика; религиозные особенности; медицинская антропология

Для цитирования: Петрова Г.Д., Алтынкович Е.Е. Буддийский пациент: к формированию культурной компетенции. *Здоровье мегаполиса*. 2026;7(1):106-113. <https://doi.org/10.47619/2713-2617.zm.2026.v.7i1;106-113>

УДК 614.2
<https://doi.org/10.47619/2713-2617.zm.2026.v.7i1;106-113>

Buddhist Patient: Developing Cultural Competence in Health Professionals

Galina D. Petrova^{1*}, Elena E. Altynkovich²

¹ Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management of Moscow Healthcare Department, 9 Sharikopodshipnikovskaya ul., 115088, Moscow, Russian Federation

² Independent Researcher

*Corresponding author, email: petrovagd@zdrav.mos.ru

Abstract

Introduction. Today, various cultures and confessions are crossing in megacities in the context of globalization and growing population mobility. New challenges to the healthcare system emerge due to the need to provide culturally sensitive care. The study explores how health professionals caring for Buddhist patients develop relevant cultural competence. **Purpose.** To identify the key social and cultural characteristics of Buddhist patients as well as areas for developing cultural competence among health professionals. **Materials and methods.** The authors conducted a comprehensive analysis of the impact of Buddhist worldview on the perception of health, disease, medical intervention, and bioethical dilemmas. The study examined the basic philosophical concepts (the Four Noble Truths, the doctrine of dependent origination, and karma), the structure of Buddhist values, and religious practices, as well as attitudes towards body, death, and suffering. Special attention is given to the principles of the Buddhist bioethics and their potential conflicts with the standards of Western evidence-based medicine. The authors systematized practical guidelines for health professionals regarding communication, nutrition, psychological safety, and respect for the ritual practices of Buddhist patients. **Results.** Knowledge about Buddhist culture should be integrated into clinical practice, as it is necessary for building a trusting relationship with patients, increasing compliance, and ultimately achieving optimal treatment outcomes. The research results can be used in advanced training programs for doctors and nurses, as well as in the development of internal standards for healthcare organizations providing care for multicultural patients.

Keywords: cultural competence; Buddhism; patient-centered care; intercultural communication; bioethics; religious characteristics; medical anthropology

For citation: Petrova G.D., Altynkovich E.E. Buddhist Patient: Developing Cultural Competence in Health Professionals. *City Healthcare*. 2026;7(1):106-113. <https://doi.org/10.47619/2713-2617.zm.2026.v.7i1;106-113>

Введение

Современный мегаполис представляет собой сложный мультикультурный организм, где пересекаются традиции, мировоззрения и системы ценностей различных этноконфессиональных групп. В связи с этим принципы пациентоориентированности и индивидуального подхода в здравоохранении требуют от медицинских работников не только клинических знаний, но и развитой культурологической компетенции [1]. Непонимание культурного и религиозного контекста пациента может привести к коммуникативным барьерам, снижению уровня доверия, отказу от лечения и, как следствие, ухудшению качества медицинской помощи [2, 3].

Буддизм, будучи одной из мировых религий с более чем 500 млн последователей, формирует специфическое отношение к вопросам здоровья, болезни, жизни и смерти. Его философско-этическая система оказывает непосредственное влияние на поведение пациентов в клинической ситуации. Однако в отечественной медицинской литературе данная проблематика освещена фрагментарно, что актуализирует необходимость ее системного изучения.

Цель исследования

Определить ключевые социально-культурные и религиозно-этические особенности пациентов-буддистов и разработать на их основе рекомендации для формирования культурной компетенции медицинских работников.

Материалы и методы

В основу работы положен метод системного анализа и синтеза информации. Проведен обзор классических буддийских текстов (на основе переводов канонической литературы), современных исследований по медицинской антропологии, биоэтике и кросс-культурной психологии. Также использован метод сравнительного анализа для выявления потенциальных точек напряжения между буддийскими установками и стандартными протоколами западной медицины.

Результаты исследования и их обсуждение

1. Буддийское мировоззрение: основы, релевантные для медицинской практики. Центральными для понимания пациента-буддиста являются концепции четырех благородных истин (о страдании, его причине, прекращении и пути)

и кармы (закона причинно-следственной связи). Болезнь может восприниматься не как случайность, а как следствие прошлых действий (телесных, речевых, умственных), что формирует особое отношение к страданию, не столько как к злу, которое необходимо немедленно устранить, сколько как к возможности для развития терпения, сострадания к другим и осмысления своей жизни [4]. Это не означает фатализма или отказа от лечения, но требует от врача особой деликатности в обсуждении прогнозов.

2. Отношение к телу, жизни и смерти. Тело в буддизме рассматривается как временная оболочка, не являющаяся истинным Я. Однако это не умаляет ценности заботы о нем, так как здоровое тело считается благоприятным условием для духовной практики. Отношение к смерти как к естественному переходу в следующее состояние существования часто делает буддистов более спокойными в паллиативных ситуациях. Ключевое значение приобретает процесс умирания: важна ясность сознания, позитивный настрой. Медицинские вмешательства, приводящие к помутнению сознания (например, избыточная седация в терминальной стадии), могут противоречить религиозным потребностям [5].

3. Коммуникация и ритуальные практики. Для буддиста важны символы: изображения Будды, ступы, мантры (например, «Ом мани падме хум»). Небрежное обращение с подобными предметами (амулетами, нитками) оскорбительно. В палате может быть удобное место для короткой медитации. Жесты уважения (сложенные ладони у груди – анджали) будут позитивно восприняты. Врачу важно проявлять спокойствие, внимательность и эмпатию, что созвучно буддийским добродетелям.

4. Взаимодействие с традиционными медицинскими системами. Пациент может параллельно обращаться к тибетской медицине, иглорефлексотерапии. Критиковать эти методы не эффективно. Гораздо продуктивнее выяснить, какие именно травы или процедуры использует пациент, чтобы исключить риски лекарственного взаимодействия и построить мост между разными подходами к лечению.

5. Буддийская биоэтика и дилеммы в клинической практике. Базовый этический принцип – не-насилие (ахимса) и сострадание ко всем живым существам. Это порождает ряд особенностей.

Особенности организации питания для пациентов, исповедующих буддизм, в условиях медицинского стационара [6–10]

Корректная организация питания для пациентов-буддистов в российской клинической практике является важным аспектом оказания культурно-сенситивной медицинской помощи.

Данная задача требует от персонала понимания основных религиозно-этических принципов и проявления гибкости, учитывая значительное разнообразие течений и уровней религиозности внутри буддийской традиции.

Основные диетические принципы и ограничения

Ключевым диетическим ориентиром для многих буддистов выступает вегетарианство, или веганство, вытекающее из фундаментального принципа ахимсы (ненасилия) и сострадания ко всем живым существам. Следовательно, мясо, птица, рыба и морепродукты должны быть исключены из рациона. Растительная диета базируется на крупах (особенно рисе), бобовых, овощах, фруктах, орехах и натуральных специях.

Особое внимание следует уделять скрытым компонентам животного происхождения в готовых продуктах и лекарственных формах (например, желатин в капсулах, некоторые ферменты), что требует тщательной проверки состава.

Еще одной характерной особенностью является отказ от употребления лука, чеснока, а иногда и других луковичных растений (порей, зеленый лук). Этот запрет, актуальный в ряде школ (особенно в рамках практикования винаи – монашеского устава), связан с представлениями об их стимулирующих свойствах, способных «возмущать» ум и повышать страсти, что препятствует медитативной практике.

Важное значение придается умеренности и осознанности в приеме пищи. Питание рассматривается не как источник чувственного удовольствия, а как необходимое средство для поддержания здоровья и сил, что созвучно общему отношению к телу как к инструменту для духовного развития.

Факторы вариативности и индивидуальный подход

Степень соблюдения диетических предписаний значительно варьируется в зависимости:

- от школы/традиции буддизма (например, тибетская, тхеравада, дзэн);
- страны происхождения и связанных с ней кулинарных привычек;
- статуса пациента (мирянин или монах);
- индивидуального уровня религиозной практики.

Кроме того, последователи могут соблюдать регулярные постные дни (упосатха), которые приходятся на фазы луны (новолуние, полнолуние), когда твердая пища принимается только в первой половине дня, до полудня. Строго запрещены алкоголь и любые опьяняющие вещества, что соотносится с пятой буддийской заповедью.

Рекомендации для медицинских учреждений

Разработка специализированного меню: целе-

сообразно включить в цикличное меню вегетарианские/веганские опции, полностью исключая мясо, рыбу, птицу, морепродукты, а также лук и чеснок в качестве ингредиентов.

Применение универсального подхода: наиболее безопасной и уважительной базой является лакто-вегетарианская диета (допускающая молочные продукты, но исключая яйца, мясо и рыбу). Вопрос допустимости яиц (часто только неоплодотворенных) требует индивидуального уточнения.

Обеспечение полноценности рациона: необходимо следить за сбалансированностью питания, обеспечивая достаточное количество белка за счет бобовых, тофу, орехов и круп.

Индивидуализация и коммуникация: ключевое правило – прямой диалог с пациентом или его родственниками для выяснения всех диетических предпочтений, ограничений и возможных постных дней. Это позволяет избежать предположений и ошибок.

Создание соответствующей атмосферы: по возможности следует способствовать спокойной обстановке во время приема пищи, что соответствует буддийскому ценностному контексту.

Следовательно, организация питания для пациентов-буддистов строится на триединой основе: понимании общих религиозных принципов, готовности к вариативности и обязательном индивидуальном запросе. Такой подход не только удовлетворяет физиологические потребности пациента, но и демонстрирует уважение к его культурной и мировоззренческой идентичности, способствуя установлению терапевтического альянса.

Разрешенные и исключаемые продукты и блюда в питании пациентов-буддистов приведены в таблице.

Алгоритм организации диетологического сопровождения пациентов-буддистов в стационаре

Для обеспечения корректного и уважительно-го диетологического сопровождения пациентов, исповедующих буддизм, рекомендуется следовать следующему протоколу действий.

Этап 1. Первичный сбор информации

При поступлении пациента в составе базового сбора анамнеза в обязательном порядке следует задать вопрос о наличии пищевых ограничений, обусловленных религиозными или мировоззренческими убеждениями. Полученные данные необходимо документально зафиксировать в медицинской карте.

Этап 2. Детализация диетических предпочтений

Для формирования точного плана питания целесообразно задать уточняющие вопросы:

- об исключении из рациона мяса, птицы, рыбы и морепродуктов;

Таблица. Разрешенные и исключаемые продукты и блюда в питании пациентов-буддистов
Table. Foods and dishes included in or excluded from the diet of Buddhist patients

№ п/п	Разрешенные	
1	Каша и злаки	Рисовая, гречневая, овсяная, пшеничная на воде или молоке. Разные виды хлеба
2	Овощи	Картофель, морковь, свёкла, кабачки, тыква, брокколи, цветная капуста (тушеные, вареные, на пару). Важно: заранее спросить про лук и чеснок в составе блюд (так как некоторые буддисты употребляют лук и чеснок)
3	Фрукты	Яблоки, груши, бананы, апельсины и др.
4	Молочные продукты	Молоко, творог, кефир, йогурт, сыр
5	Напитки	Вода, чай, компоты, морсы, соки
6	Супы	Овощные и крупяные на воде или овощном бульоне
Исключаемые продукты и блюда		
1	Мясо	Любое (говядина, свинина, баранина и т.д.)
2	Птица	Курица, индейка, утка
3	Рыба и морепродукты	Все виды
4	Яйца	Лучше исключить, пока пациент не подтвердит, что можно
5	Алкоголь	В любом виде, включая лекарственные настойки
6	Продукты, содержащие желатин	Желе, йогурты, зефир, мармелад, если желатин животного, так как он производится из костей и хрящей животных
7	Бульоны	Мясные, рыбные, куриные
8	Лук и чеснок	В качестве ингредиентов блюд
Общие рекомендации		
1	Способ приготовления	Отдавайте предпочтение варке, приготовлению на пару, запеканию и протиранию
2	Текстура	Пища должна быть легкоусвояемой, легко пережевываться и не вызывать метеоризма
3	Режим питания	Важно соблюдать регулярные приемы пищи, избегая переизбытка

Составлено авторами.
 Compiled by the authors.

– допустимости употребления яиц и молочных продуктов;

– наличии запрета на использование лука, чеснока и других специфических ингредиентов.

Этап 3. Междисциплинарное взаимодействие

Четко транслировать сформированные диетические требования сотруднику диетологической службы для разработки и обеспечения индивидуального меню на весь период госпитализации.

Этап 4. Соблюдение технологических норм приготовления

Крайне важно обеспечить технологическую чистоту процесса: вегетарианские блюда долж-

ны готовиться и подаваться с использованием отдельного инвентаря и посуды, исключающей контакт с продуктами животного происхождения. Данная мера соответствует не только религиозному принципу чистоты, но и общим стандартам профилактики перекрестной контаминации.

Этап 5. Культура взаимодействия и психологический комфорт

Требования пациента к питанию следует рассматривать как интегральную часть терапевтического процесса. Уважительное отношение к ним способствует формированию атмос-

феры психологической безопасности и доверия, что является важным фактором успешного лечения.

Особые клинические ситуации

В критических состояниях (например, в отделении реанимации или в раннем послеоперационном периоде), когда нутритивная поддержка является жизненно необходимой, лечащему врачу следует в деликатной форме обсудить с пациентом или его законными представителями возможные временные отступления от строгих диетических правил в пользу медицинской целесообразности. Как правило, пациенты демонстрируют понимание в таких исключительных обстоятельствах.

Универсальной и наиболее корректной базой для питания пациента-буддиста в условиях российского стационара является лакто-вегетарианский рацион, исключая лук и чеснок. Однако ключевым элементом успеха остается открытый диалог и готовность медицинского коллектива к индивидуализации подхода.

Внедрение данного алгоритма в клиническую практику способствует не только соблюдению прав пациента и повышению качества медицинской помощи, но и созданию культуры взаимного уважения. Соблюдение пищевых традиций пациента выступает важнейшим компонентом персонализированного подхода, укрепляет терапевтический альянс, улучшает психоэмоциональный статус пациента и, как следствие, позитивно влияет на общие результаты лечения.

– Вопросы начала и конца жизни. Позиция в отношении абортов и эвтаназии неоднозначна и варьируется в зависимости от школы и личных убеждений. Однако в целом и то, и другое оценивается негативно как действия, нарушающие естественный кармический процесс. Аборт может быть допустим лишь в исключительных случаях, угрожающих жизни матери [11].

– Трансплантология [12–14]. Донорство органов после смерти часто поощряется как акт великого сострадания (даяния). Однако вопросы о критериях смерти мозга могут вызывать серьезные сомнения у традиционно мыслящих последователей.

Заключение

Проведенное исследование показывает, что эффективное взаимодействие с пациентами, исповедующими буддизм, требует от медицинских работников выхода за пределы сугубо биомедицинской парадигмы. Формирование соответствующей культурной компетенции должно включать:

1) базовые знания: основы буддийской философии и этики, отношение к ключевым биоэтическим проблемам, особенности питания;

2) коммуникативные навыки: умение задавать деликатные вопросы о религиозных потребностях, уважительно обсуждать альтернативные методы лечения, говорить о прогнозах с учетом буддийского восприятия страдания;

3) организационные меры: возможность предоставления вегетарианского питания, создание условий для кратковременной уединенной практики (медитации), обучение персонала правилам взаимодействия с религиозными атрибутами.

Систематическая интеграция этих элементов в клиническую практику и образовательные программы для медработников позволит не только избежать культурных конфликтов, но и превратить культурное разнообразие из проблемы в ресурс для построения более доверительных, а значит, и более эффективных терапевтических отношений в условиях современного мегаполиса. Дальнейшие исследования могут быть направлены на эмпирическую оценку эффективности программ обучения культурной компетенции, ориентированных на работу с конкретными профессиональными группами.

Список литературы

1. Betancourt J.R., Green A.R., Carrillo J.E. Cultural competence in health care: Emerging frameworks and practical approaches. *The Commonwealth Fund*. 2002;(576):1-65.
2. Петрова Г.Д., Алтынкович Е.Е. Социально-культурные особенности пациентов, исповедующих буддизм. М., 2025. 162 с.
3. Носова М.Е. Обучение межкультурной коммуникации специалистов в области здравоохранения. *Экономист лечебного учреждения*. 2019;(6)/ URL: <https://panor.ru/articles/obuchenie-mezhkulturnoy-kommunikatsii-sptzialistov-v-oblasti-zdravookhraneniya/8622.html>
4. Ринчендуб Б. История буддизма. 3-е изд., испр. и доп. Санкт-Петербург: Евразия; 2017. 501 с.
5. Keown D. *Buddhism and Bioethics*. London: Palgrave Macmillan; 2001.

6. Петрова Г.Д. Организация лечебного питания для пациентов с учетом религиозных и мировоззренческих особенностей: методическое пособие. М.: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»; 2025. 51 с. URL: <https://niioz.ru/upload/iblock/350/g5ij3ylbgh722fao4nm7kwspwer422ls/Система%20питания%20пациентов%20разной%20культуральной%20среды.pdf>
7. Его Святейшество Далай-лама XIV (Тензин Гьяцо). Буддизм Тибета. Москва – Рига: Нартанг.Угунс; 1991.
8. Барановский А.Ю. Диетология. 5-е изд. СПб.: Питер; 2022.
9. Тхить Нят Хань. Мир в каждом шаге. Путь осознанности в повседневной жизни. Москва: Ганга; 2021. ISBN: 978-5-00100-078-5.
10. Раевская Н.Ю. Нравственные основания врачевания в буддийской традиции. Медицина и организация здравоохранения. 2017;2(3):33-39.
11. Дхаммапада; пер. с пали В.Н. Топорова. М.: Издательство Медков С.Б.; 2016. 192 с.
12. Торчинов Е.А. Введение в буддологию: курс лекций. Санкт-Петербург: Санкт-Петербургское философское общество; 2000. 304 с.
13. Далай Лама XIV. Этика в новом тысячелетии. Его Святейшество Далай-Лама; [пер. с англ. и редактур И.С. Мальского и Е.В. Кисленковой]. М.: София; 2006. 333 с. ISBN 5-9550-0442-414.
14. Спиридонов Е.А., Жданов Р.И. Об эффективности управления процессами оздоровления и здоровьесбережения. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2016;24(5):287-292.

References

1. Betancourt J.R., Green A.R., Carrillo J.E. Cultural competence in health care: Emerging frameworks and practical approaches. *The Commonwealth Fund*. 2002;(576):1-65.
2. Petrova G.D., Altynkovich E.E. Social and cultural features of Buddhist patients. Moscow; 2025. 162 p. (In Russ.)
3. Nosova M.E. Training of Intercultural Communication for Health Professionals. *Economist of a Medical Institution*. 2019;(6). (In Russ.) Available from: <https://panor.ru/articles/obuchenie-mezhkulturnoy-kommunikatsii-spetsialistov-v-oblasti-zdravookhraneniya/8622.html>
4. Rinchen Dub B. History of Buddhism. 3rd ed., revised and expanded. St. Petersburg: Eurasia; 2017. 501 p. (In Russ.)
5. Keown D. Buddhism and Bioethics. London: Palgrave Macmillan; 2001.
6. Petrova G.D. Organization of Therapeutic Nutrition for Patients Taking Into Account Religious and Ideological Characteristics: a Methodological Manual. Moscow. Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management of Moscow Healthcare Department. 2025. 51 p. (In Russ.) Available from: <https://niioz.ru/upload/iblock/350/g5ij3ylbgh722fao4nm7kwspwer422ls/Система%20питания%20пациентов%20разной%20культуральной%20среды.pdf>
7. His Holiness the 14th Dalai Lama Tenzin Gyatso. Buddhism of Tibet. Moscow-Riga: Nartang. Uguns. 1991. (In Russ.)
8. Baranovsky A.Yu. Dietology. 5th ed. Saint Petersburg: Piter; 2022. (In Russ.)
9. Thich Nhat Hanh. Peace in Every Step. The Path of Mindfulness in Everyday Life. Moscow: Ganga; 2021. ISBN: 978-5-00100-078-5. (In Russ.)
10. Raevskaya N.Yu. Moral Basis of Healing in Buddhism. *Medicine and Health Care Organization*. 2017;2(3):33-39. (In Russ.)
11. Dhammapada. Toporov V.N., translator. Moscow: Medkov S.B. Publishing House; 2016. 192 p. (In Russ.)
12. Torchinov E.A. Introduction to Buddhology: Course of Lectures. Saint Petersburg: St. Petersburg Philosophical Society; 2000. 304 p. (In Russ.)
13. The Dalai Lama XIV. Ethics for the New Millennium / His Holiness the Dalai Lama. Malsky I.S. and Kislenskova E.V., translators and editors. Kiev: Sofia, 2004. 333 p. ISBN 5-9550-0442-414. (In Russ.)

14. Spiridonov E.A., Zhdanov R.I. On Effectiveness of Management of Processes of Health Promotion and Health Preservation. *Problems of Social Hygiene, Public Health and History of Medicine*. 2016;24(5):287-292. (In Russ.)

Информация о статье

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование: исследование проводилось без спонсорской поддержки.

Сведения об авторах

Петрова Галина Дмитриевна – д-р филос. наук, ведущий научный сотрудник ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы»; <https://orcid.org/0000-0001-9919-2548>

Алтынкович Елена Евгеньевна – канд. филос. наук, научный консультант, независимый исследователь

Вклад авторов

Петрова Г.Д. – исследование темы особенностей питания, написание текста, разработка дизайна и структуры статьи; Алтынкович Е.Е. – исследование темы культурных особенностей, написание текста, составление списка литературы.

Для корреспонденции

Петрова Галина Дмитриевна
petrovagd@zdrav.mos.ru

Статья поступила 16.10.2025
Принята к печати 17.02.2026
Опубликована 30.03.2026

Article info

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

Funding: the authors received no financial support for the research.

About the authors

Galina D. Petrova – Dr. Sci. in Philosophy, Leading Researcher, Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management of Moscow Healthcare Department, <https://orcid.org/0000-0001-9919-2548>

Elena E. Altynkovich – Cand. Sci. in Philology, Scientific Consultant, Independent Researcher

Authors' contributions

Petrova G.D. – research on the topic of dietary features, writing the text, developing the design and structure of the article; Altynkovich E.E. – research on the topic of cultural features, writing the text, compiling the list of references.

Corresponding author

Galina D. Petrova
petrovagd@zdrav.mos.ru

Received 16.10.2025
Accepted for publication 17.02.2026
Published 30.03.2026

УДК 614.2
<https://doi.org/10.47619/2713-2617.zm.2026.v.7i1;114-123>

Типы оказания медицинской помощи в современной клинической практике московского стационара

А.А. Аллау

Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья им. Н.А. Семашко, 105064, Россия, г. Москва, ул. Воронцово Поле, д. 12

Автор, ответственный за переписку, email: Adel.allau@yandex.ru

Аннотация

В работе представлен анализ оказания медицинской помощи в стационарных медицинских учреждениях Москвы на примере хирургического отделения Научно-клинического центра № 3 Российского научного центра хирургии им. акад. Б.В. Петровского, на его основе предложена идентификация способов улучшения и развития организационных подходов к клинической практике в условиях стационара. Выделены типы оказания медицинской помощи в работе хирургических отделений, описаны отличительные особенности организации оказания хирургической помощи в Москве. Проанализированы итоги деятельности хирургического отделения НКЦ № 3 РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского за 2021–2023 гг. Применительно к типам оказания медицинской помощи констатируются фундаментальные тенденции, такие как эволюция от преимущественно экстренной хирургии к сбалансированному портфелю плановых и неотложных вмешательств, дальнейшая технологическая модернизация с опережающим трендом перехода к малоинвазивным технологиям, формирование высокотехнологического онкологического направления в работе хирургического отделения. Определены направления совершенствования оказания медицинской помощи в хирургическом отделении, включая внедрение расширенной системы индикаторов качества, развитие технологий формирования отдельных потоков для различных категорий пациентов, внедрение протоколов ускоренного восстановления и развитие хирургии одного дня. Исследуемый опыт может служить моделью для развития аналогичных подразделений, подтверждая возможность одновременного достижения высоких количественных показателей и поддержания приемлемого уровня качества медицинской помощи при условии системного подхода к организации хирургической службы.

Ключевые слова: медицинская помощь; клиническая практика; хирургические отделения; стационары Москвы; типы хирургической помощи; цифровизация хирургии; высокотехнологичная хирургия; маршрутизация пациентов

Для цитирования: Аллау А.А. Типы оказания медицинской помощи в стационаре в современной клинической практике в Москве (на примере хирургического отделения НКЦ № 3 РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского). *Здоровье мегаполиса*. 2026;7(1):114-123. <https://doi.org/10.47619/2713-2617.zm.2026.v.7i1;114-123>

УДК 614.2
<https://doi.org/10.47619/2713-2617.zm.2026.v.7i1;114-123>

Types of Medical Care in Modern Clinical Practice at a Moscow Hospital

Adel A. Allau

N.A. Semashko National Research Institute of Public Health, 12, Vorontsovo Pole, 105064, Moscow, Russian Federation

Corresponding author, email: Adel.allau@yandex.ru

Abstract

The paper presents an analysis of the types of medical care in inpatient medical institutions of Moscow using the example of the Department of Surgery of the Scientific and Clinical Center No. 3 of the Russian Scientific Center of Surgery named after Academician B.V. Petrovsky. Identification of the ways to improve and develop organizational approaches to clinical practice in Moscow hospitals has been elaborated on its basis. The types of medical care in the departments of surgery have been identified, and the distinctive features of the surgical care organization in Moscow have been described. The performance results of the Department of Surgery of the Scientific and Clinical Center No 3 of the Russian Scientific Center of Surgery named after Academician B.V. Petrovsky for 2021-2023 have been analyzed. Regarding the types of medical care, fundamental trends have been presented, including the transition from predominantly emergency surgery to balanced elective and emergency interventions; further technological modernization with an advanced trend of transition to minimally invasive technologies; and a focus on high-tech oncology in the department of surgery. The directions for improving the provision of various types of medical care in the clinical practice of the Department of Surgery have been identified, including the introduction of an expanded system of quality indicators, the development of technologies for patient flow split, the introduction of enhanced recovery protocols, and the development of same-day surgery. The experience of Scientific and Clinical Center No. 3 can serve as an example for similar departments, as it confirms the possibility of simultaneously achieving high quantitative indicators and maintaining the quality of medical care by implementing a systematic approach to surgical care.

Keywords: medical care; clinical practice; department of surgery; Moscow hospitals; surgery types; surgery digitalization; high-tech surgery; patient routing

For citation: Allau A.A. Types of Medical Care in Modern Clinical Practice at a Moscow Hospital. *City Healthcare*. 2026;7(1):114-123. <https://doi.org/10.47619/2713-2617.zm.2026.v.7i1;114-123>

Введение

Современная система здравоохранения находится в состоянии непрерывной трансформации, детерминированной развитием медицинских технологий, изменением демографической ситуации и социально-экономических условий, разворачиванием или, напротив, ограничением международного сотрудничества. В данном контексте особый интерес представляют вопросы совершенствования организации оказания медицинской помощи в стационарах, где концентрируются наиболее сложные клинические случаи и применяются высокотехнологичные методы лечения.

Практическая деятельность хирургических отделений представляет особый сегмент стационарной медицинской помощи, характеризующийся высокой интенсивностью лечебно-диагностического процесса, необходимостью круглосуточного мониторинга состояния пациентов и мультидисциплинарного подхода к лечению. В условиях Москвы (крупнейшего мегаполиса Российской Федерации) комплексная и результативная организация хирургической помощи имеет ярко выраженную дополнительную специфику, обусловленную высокой плотностью населения, многопрофильностью медицинских учреждений и необходимостью обеспечения преемственности оказания помощи.

Для выявления основных тенденций в развитии типов оказания медицинской помощи и идентификации ключевых направлений их дальнейшего совершенствования важно обратиться к клиническому опыту ведущих медицинских учреждений столицы, в связи с чем в настоящей публикации предлагается анализ практического опыта работы хирургического отделения НКЦ № 3 РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского за период 2021–2023 гг.

Целью исследования выступает комплексный и всесторонний анализ типов оказания медицинской помощи в стационаре в клинической практике в Москве на примере хирургического отделения НКЦ № 3 РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского и на его основе идентификация путей улучшения и развития организационных подходов в современных условиях.

Материалы и методы

Исследование проведено на основе статистических материалов, характеризующих результаты деятельности хирургического отделения Научно-клинического центра № 3 ФГБНУ «Российский научный центр хирургии имени академика Б.В. Петровского» в 2021–2023 гг. Методы ис-

следования включают классификацию, а также статистический, концептуальный, системный, сравнительный анализ, социально-медицинское прогнозирование.

Результаты и обсуждение

В ряде актуальных академических исследований, включая [1–4], аргументированы научная важность и практическая значимость применения дифференцированного подхода к классификации типов медицинской помощи в современных стационарах в зависимости от сложности клинических случаев, длительности госпитализации, инновационного характера и ресурсоемкости лечения.

В последние годы более активное исследовательское внимание уделяется организационным моделям хирургических отделений. В работах [5–9] доказана эффективность внедрения таких организационных методов и инструментов оптимизации использования ресурсов, как специализированные потоки пациентов и создание многопрофильных хирургических центров.

Особый интерес представляет влияние цифровизации на организацию медицинской помощи. В ряде исследований подтверждаются положительные влияния на качество и доступность медицинской помощи от внедрения электронных медицинских карт [10, 11], систем поддержки принятия решений [12, 13] и телемедицинских технологий [14, 15], наблюдаемые как в международной, так и в российской практике.

В научных работах, посвященных адаптации, рационализации и проактивному реформированию системы здравоохранения в условиях пандемии, аргументируется необходимость создания гибких организационных структур оказания медицинской помощи в современной клинической практике, способных быстро перестраиваться при изменении эпидемиологической обстановки [16–18].

В исследованиях [19–21] выявлена прямая корреляция между применяемыми организационными подходами в оказании медицинской помощи в хирургических отделениях стационаров и клиническими исходами, что подчеркивает исключительную важность стандартизации процессов оказания помощи.

В современной клинической практике работы хирургических отделений выделяются нижеследующие типы оказания медицинской помощи:

- экстренная хирургическая помощь (немедленное оказание помощи пациентам с жизнеугрожающими состояниями, которые требуют хирургического вмешательства в течение первых часов с момента обращения);

– неотложная хирургическая помощь (предполагает оказание помощи пациентам с состояниями, требующими оперативного вмешательства в течение, как правило, первых суток с момента постановки диагноза);

– плановая хирургическая помощь (проведение хирургических вмешательств пациентам с хроническими заболеваниями в условиях предварительной подготовки и планирования);

– высокотехнологичная медицинская помощь (наиболее сложные виды хирургических вмешательств с использованием уникального медицинского оборудования и инновационных методик, прежде всего малоинвазивного характера);

– консервативное лечение в рамках хирургического отделения без оперативного вмешательства;

– реабилитационная помощь в условиях стационара (восстановление функций пациентов после хирургических вмешательств).

Система оказания хирургической помощи в Москве характеризуется высокой степенью специализации и концентрации ресурсов в крупных многопрофильных центрах. Могут быть выделены следующие отличительные особенности организации медицинской помощи по рассматриваемым направлениям:

– многоуровневая система оказания хирургической помощи в стационарах, включающая городские клинические больницы, научно-исследовательские центры и федеральные медицинские учреждения;

– развитие комплекса специализированных центров по отдельным нозологиям, обеспечивающих концентрацию опыта и ключевых ресурсов для оказания качественной и результативной медицинской помощи в сложных клинических случаях;

– поступательное внедрение интегрированной системы маршрутизации пациентов, позволяющей направлять больных в наиболее подходящие для их состояния медицинские учреждения, в том числе на основе платформенных решений, включая интеллектуальный анализ больших данных о нозологиях, результативности деятельности стационаров, а также удовлетворенности пациентов;

– неуклонное совершенствование продвинутой системы экстренной медицинской помощи в Москве, обеспечивающей быстрое реагирование на неотложные состояния и координацию между догоспитальным и госпитальным этапами.

В соответствующий мейнстрим организации и оказания медицинской помощи в городе Москве вписывается работа хирургического отделения НКЦ № 3 РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского, особенно проводимая в последние годы. Сам Научно-клинический центр № 3 ФГБНУ «Россий-

ский научный центр хирургии имени академика Б.В. Петровского» был образован в апреле 2022 г. в результате реорганизации путем присоединения Больницы РАН (г. Троицк) к ФГБНУ «РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского». Стационар предназначен для оказания плановой и экстренной помощи жителям ТИНАО г. Москвы.

Хирургическое отделение было развернуто в больнице РАН в г. Троицке на базе 30 коек 2-го блока 6-го этажа с 1 октября 1997 г. Отделение рассчитано на плановую и экстренную госпитализацию общехирургических пациентов (20 коек), торакальных пациентов (5 коек), пациентов с лор-патологией (5 коек). Имеется процедурный кабинет, две перевязочных. Утверждено по штатному расписанию среди врачей 8 ставок, основных сотрудников – 8. С 2022 г. в штате отделения имеются ставки онколога, гнойного и сосудистого хирурга, что позволяет выполнять еще более широкий спектр хирургических вмешательств. Медицинская помощь в хирургическом отделении оказывается жителям Москвы, жителям Новой Москвы (г. Троицка и близлежащих населенных пунктов), пациентам, направляемым страховыми компаниями.

Итоги деятельности хирургического отделения НКЦ № 3 РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского за 2021–2023 гг. позволяют констатировать динамичное развитие подразделения с положительными качественными и количественными изменениями в структуре оказания медицинской помощи, соответствующие общей положительной динамике и неуклонному повышению результативности оказания медицинской помощи в стационарах в современной клинической практике в Москве.

Нозологический профиль деятельности подразделения за анализируемый период приведен в таблице 1.

Выявлены структурные изменения в нозологическом профиле оказываемой медицинской помощи в хирургическом отделении НКЦ № 3 РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского за 2021–2023 гг. Показательным является рост объемов лечения острого холецистита с 21 случая в 2021 г. до 134 в 2023 г., который указывает на формирование в рамках отделения специализированного центра абдоминальной хирургии.

Динамика числа хирургических вмешательств и численности прооперированных пациентов приведена на рисунке 1.

Наиболее впечатляющим результатом деятельности хирургического отделения НКЦ № 3 РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского за 2021–2023 гг. является шестикратное увеличение хирургической активности: со 138 операций в 2021 г. до 907 в 2023 г. Наблюдаемая статистика свидетель-

Таблица 1. Сравнительный анализ законченных случаев по некоторым ключевым диагнозам за 2021–2023 гг.
Table 1. Comparative analysis of completed cases by some key diagnoses for 2021–2023

Нозология	Значения по годам			Изменения за три года	
	2021	2022	2023	Абс.	Прирост, %
Острый холецистит	21	9	134	113	538,10
Хронический калькулезный холецистит	17	72	38	21	123,53
Паховая грыжа	28	57	121	93	332,14
Грыжа передней брюшной стенки	8	48	101	93	1162,50
Доброкачественное новообразование кишки	6	41	49	43	716,67
Злокачественные новообразования кишки	0	26	36	36	–
Злокачественное образование поджелудочной железы	0	0	14	14	–
Острый панкреатит	46	19	110	64	139,13
Остеомиелит	0	18	74	74	—
Флебит и тромбофлебит	1	17	18	17	1700,00
Доброкачественное новообразование жировой ткани и подкожной клетчатки	1	15	35	34	3400,00
Доброкачественное новообразование желудка	0	14	7	7	–

Источник: составлено автором по данным отчетности хирургического отделения НКЦ № 3 РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского.
 Source: compiled by the author upon the reporting data of the Department of Surgery of the Scientific and Clinical Center No 3 of the Petrovsky National Research Center of Surgery.

ствует о кардинальной трансформации отделения из локального подразделения в крупный хирургический центр регионального уровня.

В таблице 2 приведены результаты сравнительного анализа некоторых видов хирургических вмешательств за 2021–2023 гг.

Можно констатировать: в работе хирургического отделения отчетливо прослеживаются следующие фундаментальные тенденции, отражающие сдвиги в типах оказания медицинской помощи:

- отчетливо прослеживается эволюция от преимущественно экстренной хирургии к сбалансированному портфелю плановых и неотложных вмешательств;

- наблюдается дальнейшая технологическая модернизация; определяющим трендом развития хирургического отделения становится переход к малоинвазивным технологиям. Увеличение числа лапароскопических холецистэктомий с 27 до 125 отражает не только рост объемов, но и качественную модернизацию применяемых хирургических подходов;

- происходит расширение онкологического профиля хирургического отделения, включая

развитие онкологической хирургии с 26 случаев хирургии злокачественных новообразований кишки в 2022 г. до 36 случаев онкохирургических вмешательств в 2023 г., включая панкреатодуоденальные резекции и расширенные комбинированные операции, что свидетельствует о формировании высокотехнологичного онкохирургического направления в работе хирургического отделения.

Могут быть выделены также направления улучшения оказания медицинской помощи различного типа в практике клинической деятельности хирургического отделения, в частности, наблюдаемый рост послеоперационной летальности с 0,76% в 2021 г. до 2,4% в 2023 г. требует детального анализа и внедрения мероприятий по улучшению результатов лечения. Помимо прочего, представляется целесообразным рекомендовать внедрение расширенной системы индикаторов качества, включающей оценку функциональных результатов, качества жизни пациентов и долгосрочных исходов лечения.

В практику хирургического отделения целесообразно внедрить передовые технологии фор-

мирования отдельных потоков для различных категорий пациентов: колопроктологического, гепатобилиарного, онкологического и экстренного, что позволит оптимизировать использование ресурсов и улучшить качество специализированной помощи.

Наблюдаемый в 2021–2023 гг. в деятельности хирургического отделения НКЦ № 3 РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского стабильный показатель продолжительности среднего предоперационного койко-дня в 1,5 дня свидетельствует о достаточно результативной предоперационной подготовке, однако дополнительно сократить сроки госпитализации позволит внедрение протоколов ускоренного восстановления.

В свою очередь, значительный рост объемов малых операций (иссечение новообразований, эндоскопические вмешательства), проводимых в хирургическом отделении, создает предпосылки для развития хирургии одного дня, что позволит высвободить стационарные койки для более сложных случаев.

Заключение

Анализ современного состояния организации медицинской помощи в хирургических отделениях стационаров города Москвы показывает: исследуемая система находится в состоянии активной трансформации под влиянием технологических инноваций и изменяющихся эпидемиологических условий, что влияет на типы и результативность оказания медицинской помощи в стационаре. Повышению качества диагностики, оптимизации лечебных алгоритмов и улучшению координации между различными специалистами способствуют рационализация и цифровизация медицинских процессов. Именно цифровизация, а также сложнейшие условия протекания клинической практики в период пандемии в совокупности обусловили urgentный характер внедрения новых организационных подходов, направленных на обеспечение безопасности пациентов и медицинского персонала, при сохранении доступности и качества хирургической помощи. Столичная



Рис. 1. Динамика числа хирургических вмешательств (ед.) и численности прооперированных пациентов (чел.) в хирургическом отделении НКЦ № 3 РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского за 2021–2023 гг.

Fig. 1. Number of surgical interventions and patients in the Department of Surgery of the Scientific and Clinical Center No 3 of the Russian Scientific Center of Surgery named after Academician B.V. Petrovsky for 2021–2023

Источник: рассчитано автором по данным отчетности хирургического отделения НКЦ № 3 РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского.

Source: compiled by the author upon the reporting data of the Department of Surgery of the Scientific and Clinical Center No 3 of the Petrovsky National Research Center of Surgery.

Таблица 2. Сравнительный анализ некоторых видов хирургических вмешательств за 2021–2023 гг.
Table 2. Comparative analysis of some surgical interventions for 2021–2023

Наименование операции	Значения по годам			Изменения за три года	
	2021	2022	2023	Абс.	Прирост, %
Лапароскопическая холецистэктомия	27	83	125	98	362,96
Аллогерниопластика	24	56	101	77	320,83
Лапароскопическая трансабдоминальная предбрюшинная паховая аллогерниопластика слева	26	55	121	95	365,38
Эндоскопическая полипэктомия	6	42	45	39	650,00
Иссечение новообразования с пластикой местными тканями	6	29	55	49	816,67
Комбинированная флебэктомия	1	13	16	15	1500,00
Некрсеквестрэктомия. Пластика передней грудной стенки лоскутами больших грудных мышц	0	12	49	49	–
Лапароскопическая аппендэктомия	8	8	42	34	425,00
Геморроидэктомия	1	6	6	5	500,00
Передняя резекция прямой кишки	0	6	1	1	–
Восстановление непрерывности толстой кишки	0	5	1	1	–
Гемиколэктомия слева, параортальная лимфодиссекция	0	5	5	5	–
Панкреатодуоденальная резекция	0	0	4	4	–
Расширенная комбинированная операция на органах верхнего этажа брюшной полости	0	0	4	4	–
Нефрэктомия слева расширенная, параортальная лимфаденэктомия	0	0	1	1	–

Источник: составлено автором по данным отчетности хирургического отделения НКЦ № 3 РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского.
 Source: compiled by the author upon the reporting data of the Department of Surgery of the Scientific and Clinical Center No 3 of the Petrovsky National Research Center of Surgery.

система здравоохранения продемонстрировала в целом достаточно успешную адаптацию к новым условиям прежде всего через создание специализированных центров, совершенствование маршрутизации пациентов и внедрение инновационных технологий.

Опыт хирургического отделения НКЦ № 3 РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского демонстрирует возможность кардинального увеличения объемов хирургической помощи при условии системного подхода к развитию различных типов медицинской помощи в московских стационарах. Ключевыми факторами успеха являются последовательное внедрение малоинвазивных технологий, расширение спектра оказываемых услуг и оптимизация организационных процессов. Опыт работы хирургического отделения НКЦ № 3 РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского свидетельствует о результативности поэтапного развития типов оказания медицинской помощи: от базовой абдоминальной хирургии к специализированным высокотехнологичным вмешательствам.

Применяемый в клинической практике подход позволяет избежать резких скачков в нагрузке и обеспечить качественную подготовку персонала. Поддержание стабильного соотношения экстренных и плановых операций (40–45% экстренных случаев) обеспечивает оптимальную загрузку ресурсов и возможность развития обоих направлений без ущерба для качества оказания медицинской помощи в хирургическом отделении, в то время как регулярный анализ показателей деятельности позволяет своевременно выявлять проблемные зоны и корректировать стратегию развития.

Дальнейшее развитие организации хирургической помощи должно основываться на интеграции лучших практик традиционной медицины с возможностями современных технологий, что окажет системное влияние на развитие типов оказания медицинской помощи в московских стационарах и уже сейчас требует корректировки философии, материально-технического и кадрового обеспечения.

Список литературы

1. Cartwright A. Human relations and hospital care. London: Routledge; 1964. <https://doi.org/10.4324/9781003425151>
2. Ippoliti R., Falavigna G., Zanelli C. et al. Neural networks and hospital length of stay: an application to support healthcare management with national benchmarks and thresholds. *Cost Effectiveness and Resource Allocation*. 2021;19(1):67. <https://doi.org/10.1186/s12962-021-00322-3>
3. Qian M., Zhang X., Chen Y. et al. The pilot of a new patient classification-based payment system in China: the impact on costs, length of stay and quality. *Social Science & Medicine*. 2021;289:114415. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114415>
4. Xu Y., Zheng X., Li Y. et al. Exploring patient medication adherence and data mining methods in clinical big data: A contemporary review. *Journal of Evidence-Based Medicine*. 2023;16(3):342-375. <https://doi.org/10.1111/jebm.12548>
5. Гаджиева С.М. Создание центров компетенций (на примере организации центров амбулаторной онкологической помощи) в государственной системе здравоохранения: опыт Москвы. *Национальное здравоохранение*. 2024;5(3):30-40. <https://doi.org/10.47093/2713-069X.2024.5.3.30-40>
6. Громов П.В. Трансформация бизнес-модели медицинского учреждения с целью повышения клиентоцентричности в сфере производственной медицины. *Вестник Юридического института МИИТ*. 2024;1(45):57-72.
7. Al Harbi S., Aljohani B., Elmasry L. et al. Streamlining patient flow and enhancing operational efficiency through case management implementation. *BMJ Open Quality*. 2024;13(1):e002484. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-002484>
8. Mihalj M., Corona A., Andereggen L. et al. Managing bottlenecks in the perioperative setting: optimizing patient care and reducing costs. *Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology*. 2022;36(2):299-310. <https://doi.org/10.1016/j.bpa.2022.05.005>
9. Naderi B., Roshanaei V., Begen M.A. et al. Increased surgical capacity without additional resources: Generalized operating room planning and scheduling. *Production and Operations Management*. 2021;30(8):2608-2635. <https://doi.org/10.1111/poms.13397>
10. Вошев Д.В., Вошева Н.А., Сон И.М., Драпкина О.М. Факторы, оказывающие влияние на цифровую трансформацию в первичной медико-санитарной помощи (обзорная статья). *Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики*. 2023;(4):751-774. <https://doi.org/10.24412/2312-2935-2023-4-751-774>
11. Есина Е.А., Калицкая В.В., Борзунов И.В. и др. Цифровые технологии как драйвер трансформации экономического развития здравоохранения. *Естественно-гуманитарные исследования*. 2024;(4):122-125.
12. Коробейникова А.Н. Система поддержки принятия врачебных решений: от общего к частному. *Инновационное развитие врача*. 2023;(3):51-58. <https://doi.org/10.24412/cl-37091-2023-3-51-58>
13. Gracia Martínez J.L., Pfang B., Morales Coca M.Á. et al. Implementing a closed loop clinical decision support system for sustainable preoperative care. *npj Digital Medicine*. 2025;8(1):6. <https://doi.org/10.1038/s41746-024-01371-7>
14. Федоткина С.А., Ахминеева А.Х., Карайланов М.Г. Лучшие практики применения телемедицинских технологий в Российской Федерации и за рубежом. *Siberian Journal of Life Sciences and Agriculture*. 2023;15(3):295-312. <https://doi.org/10.12731/2658-6649-2023-15-3-295-312>
15. Von Schudnat C., Schoeneberg K.P., Albors-Garrigos J. et al. The economic impact of standardization and digitalization in the operating room: A systematic literature review. *Journal of Medical Systems*. 2023;47(1):55. <https://doi.org/10.1007/s10916-023-01945-0>
16. Munshi C., Garai R., Mondal S. et al. Fundamentals of the global healthcare system and its reforms during the COVID-19 pandemic. *Global Health Economics and Sustainability*. 2025;3(3):74-91. <https://doi.org/10.36922/ghes.8492>
17. Saulnier D.D., Duchenko A., Otilie-Kovelman S. et al. Re-evaluating our knowledge of health system resilience during COVID-19: lessons from the first two years of the pandemic. *International Journal of Health Policy and Management*. 2022;12:6659. <https://doi.org/10.34172/ijhpm.2022.6659>

18. Troisi R., De Simone S., Vargas M., Franco M. The other side of the crisis: organizational flexibility in balancing Covid-19 and non-Covid-19 health-care services. *BMC Health Services Research*. 2022;22(1):1096. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08486-1>
19. Полушин Ю.С. Сепсис и менеджмент: как улучшить исходы лечения больных сепсисом. *Вестник хирургии имени И.И. Грекова*. 2022;181(5):38-46. <https://doi.org/10.24884/0042-4625-2022-181-5-38-46>
20. Bhati D., Deogade M.S., Kanyal D. Improving patient outcomes through effective hospital administration: a comprehensive review. *Cureus*. 2023;15(10):e47731. <https://doi.org/10.7759/cureus.47731>
21. Connor L., Dean J., McNett M. et al. Evidence-based practice improves patient outcomes and healthcare system return on investment: Findings from a scoping review. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*. 2023;20(1):6-15. <https://doi.org/10.1111/wvn.12621>

References

1. Cartwright A. Human Relations and Hospital Care. *London. Routledge*. 1964. <https://doi.org/10.4324/9781003425151>
2. Ippoliti R., Falavigna G., Zanelli C. et al. Neural Networks and Hospital Length of Stay: An Application to Support Healthcare Management with National Benchmarks and Thresholds. *Cost Effectiveness and Resource Allocation*. 2021;19:67. <https://doi.org/10.1186/s12962-021-00322-3>
3. Qian M., Zhang X., Chen Y. et al. The Pilot of a New Patient Classification-Based Payment System in China: the Impact on Costs, Length of Stay and quality. *Social Science & Medicine*. 2021;289:114415. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114415>
4. Xu Y., Zheng X., Li Y. et al. Exploring Patient Medication Adherence and Data Mining Methods in Clinical Big Data: A Contemporary Review. *Journal of Evidence-Based Medicine*. 2023;16(3):342-375. <https://doi.org/10.1111/jebm.12548>
5. Gadzhieva S.M. The Creation of Competence Centers (Using the Example of the Organization of Outpatient Cancer Care Centers) in the Public Health System: the Experience of Moscow. *National Health Care (Russia)*. 2024;5(3):30-40. <https://doi.org/10.47093/2713-069X.2024.5.3.30-40> (In Russ.)
6. Gromov P.V. Transformation of the Business Model of a Medical Institution to Increase Customer-Centered Orientation in the field of Industrial Medicine. *Bulletin of the Law Institute of MIIT*. 2024;1(45):57-72. (In Russ.)
7. Al Harbi S., Aljohani B., Elmasry L. et al. Streamlining Patient Flow and Enhancing Operational Efficiency through Case Management Implementation. *BMJ Open Quality*. 2024;13:e002484. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-002484>
8. Mihalj M., Corona A., Andereggen L. et al. Managing Bottlenecks in the Perioperative Setting: Optimizing Patient Care and Reducing Costs. *Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology*. 2022;36(2):299-310. <https://doi.org/10.1016/j.bpa.2022.05.005>
9. Naderi B., Roshanaei V., Begen M.A. et al. Increased Surgical Capacity without Additional Resources: Generalized Operating Room Planning and Scheduling. *Production and Operations Management*. 2021;30(8):2608-2635. <https://doi.org/10.1111/poms.13397>
10. Voshev D.V., Vosheva N.A., Son I.M., Drapkina O.M. Factors Influencing the Digital Transformation in Primary Health Care (Review Article). *Current Problems of Health Care and Medical Statistics*. 2023;4:751-774. <https://doi.org/10.24412/2312-2935-2023-4-751-774> (In Russ.)
11. Esina E.A., Kalitskaya V.V., Borzunov I.V. et al. Digital Technologies as a Driver for Transformation of Economic Development of Healthcare. *Natural Sciences and Humanities Research*. 2024;4(54):122-125. (In Russ.)
12. Korobeynikova A.N. Medical Decision Support System: from General to Specific. *Innovative doctor's development*. 2023;3:51-58. <https://doi.org/10.24412/cl-37091-2023-3-51-58>
13. Gracia Martínez J.L., Pfang B., Morales Coca M.Á. et al. Implementing a Closed Loop Clinical Decision Support System for Sustainable Preoperative Care. *npj Digital Medicine*. 2025;8(1):6. <https://doi.org/10.1038/s41746-024-01371-7>

14. Fedotkina S.A., Akhmineyeva A.Kh., Karaylanov M.G. Best Practices for the Application of Telemedical Technologies in the Russian Federation and Abroad. *Siberian Journal of Life Sciences and Agriculture*. 2023;15(3):295-312. <https://doi.org/10.12731/2658-6649-2023-15-3-295-312> (In Russ.)
15. Von Schudnat C., Schoeneberg K.P., Albors-Garrigos J. et al. The Economic Impact of Standardization and Digitalization in the Operating Room: A Systematic Literature Review. *Journal of Medical Systems*. 2023;47(1):55. <https://doi.org/10.1007/s10916-023-01945-0>
16. Munshi C., Garai R., Mondal S. et al. Fundamentals of the Global Healthcare System and Its Reforms During the COVID-19 Pandemic. *Global Health Economics and Sustainability*. 2025;3(3):74-91. <https://doi.org/10.36922/ghes.8492>
17. Saulnier D.D., Duchenko A., Otilie-Kovelman S. et al. Re-Evaluating Our Knowledge of Health System Resilience During COVID-19: Lessons from the First Two Years of the Pandemic. *International Journal of Health Policy and Management*. 2023;12(1):1-18. <https://doi.org/10.34172/ijhpm.2022.6659>
18. Troisi R., De Simone S., Vargas M., Franco M. The Other Side of the Crisis: Organizational Flexibility in Balancing Covid-19 and non-Covid-19 Health-Care Services. *BMC Health Services Research*. 2022;22(1):1096. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08486-1>
19. Polushin Yu.S. Sepsis and Management: How to Improve Treatment Outcomes for Patients with Sepsis. *Grekov's Bulletin of Surgery*. 2022;181(5):38-46. <https://doi.org/10.24884/0042-4625-2022-181-5-38-46> (In Russ.)
20. Bhati D., Deogade M.S., Kanyal D. Improving Patient Outcomes Through Effective Hospital Administration: A Comprehensive Review. *Cureus*. 2023;15(10):e47731. <https://doi.org/10.7759/cureus.47731>
21. Connor L., Dean J., McNett M. et al. Evidence-Based Practice Improves Patient Outcomes and Healthcare System Return on Investment: Findings from a Scoping Review. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*. 2023;20(1):6-15. <https://doi.org/10.1111/wvn.12621>

Информация о статье

Конфликт интересов: автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование: исследование проводилось без спонсорской поддержки.

Article info

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

Funding: the authors received no financial support for the research.

Сведения об авторе

Аллау Адель Али – аспирант ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко», <https://orcid.org/0009-0008-8092-9202>

Автор прочитал и одобрил окончательный вариант рукописи.

About the author

Adel A. Allau – Graduate Student of N.A. Semashko National Research Institute of Public Health, <https://orcid.org/0009-0008-8092-9202>

The author read and approved the final version of the manuscript.

Для корреспонденции

Аллау Адель Али
Adel.allau@yandex.ru

Статья поступила 18.11.2025
Принята к печати 25.02.2026
Опубликована 30.03.2026

Corresponding author

Adel A. Allau
Adel.allau@yandex.ru

Received 18.11.2025
Accepted for publication 25.02.2026
Published 30.03.2026

УДК 614.2:004.8
<https://doi.org/10.47619/2713-2617.zm.2026.v.7i1;124-131>

Доверие и принятие технологий искусственного интеллекта в эпоху цифровой медицины

Е.В. Малинович^{1*}, Я.П. Довгялло²

¹ Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья им. Н.А. Семашко, 105064, Россия, г. Москва, ул. Воронцово Поле, д. 12

² Институт экономики и демографии Национальной академии наук Таджикистана, 734024, Республика Таджикистан, г. Душанбе, ул. С. Айни, д. 44

*Автор, ответственный за переписку, email: malinovich1985@mail.ru

Аннотация

Введение. Искусственный интеллект (ИИ) активно внедряется в современную медицину, повышая точность диагностики, эффективность управления данными и качество клинических решений, однако его применение сопровождается не только ожиданиями прогресса, но и социальными опасениями. Ключевым условием принятия ИИ является доверие, основанное на прозрачности, объяснимости и этической ответственности, тогда как цифровые страхи связаны с рисками утечки данных, алгоритмической предвзятости и усиления социального неравенства. Адаптация к ИИ требует комплексного участия профессионального сообщества, регуляторов и общества в целом. **Цель работы** – концептуализация социальных ожиданий и страхов, связанных с внедрением ИИ в сферу здравоохранения. **Материалы и методы.** Работа выполнена в формате теоретико-аналитического исследования с элементами концептуального моделирования. Исследование направлено на систематизацию и интерпретацию научных данных о социальных ожиданиях, страхах и механизмах доверия, связанных с внедрением ИИ в здравоохранении. Работа носит междисциплинарный характер и находится на пересечении медицинской социологии, цифровой медицины, социальной психологии и исследований науки и технологий. **Результаты.** Доверие технологиям ИИ и принятие их в эпоху цифровой медицины зависит не только от технологических преимуществ ИИ, но и от того, насколько эти системы соответствуют ожиданиям общества в области безопасности, справедливости, защищенности данных и социальной ответственности. Обеспечение поддержки, обучения и включения этических стандартов в процесс разработки и внедрения ИИ – ключевые условия для успешной адаптации технологий в здравоохранении.

Ключевые слова: искусственный интеллект; здравоохранение; социальное благополучие; доверие к технологиям; цифровые страхи; объяснимость алгоритмов; этические риски; принятие

Для цитирования: Малинович Е.В., Довгялло Я.П. Доверие и принятие технологий искусственного интеллекта в эпоху цифровой медицины. *Здоровье мегаполиса*. 2026;7(1):124-131. <https://doi.org/10.47619/2713-2617.zm.2026.v.7i1;124-131>

УДК 614.2:004.8
<https://doi.org/10.47619/2713-2617.zm.2026.v.7i1;124-131>

Trust in and Acceptance of Artificial Intelligence in the Age of Digital Medicine

Evgeniya V. Malinovich^{1*}, Yana P. Dovgyallo²

¹ N.A. Semashko National Research Institute of Public Health, 12, Vorontsovo Pole ul., Moscow, 105064, Russian Federation

² Institute of Economics and Demography of the National Academy of Sciences of Tajikistan, 44, Sadridin Ayni ul., Dushanbe, 734024, Republic of Tajikistan

*Corresponding author, email: malinovich1985@mail.ru

Abstract

Introduction. Artificial intelligence (AI) is actively introduced into modern medicine, increasing diagnostic accuracy, data management efficiency, and quality of clinical decisions. However, the use of AI is accompanied by expectations of progress, as well as by social concerns. A key condition for adopting AI is trust based on transparency, explainability, and ethical responsibility, while digital phobias are associated with risks of data leakage, algorithmic bias, and increased social inequality. Adaptation to AI requires the comprehensive involvement of the professional community, policymakers, and society as a whole. Purpose. To conceptualize social expectations and phobias related to the implementation of AI in the healthcare sector. **Materials and methods.** Theoretical and analytical research was carried out using conceptual modeling. The research was aimed at systematizing and interpreting scientific data on social expectations, phobias, and trust mechanisms related to the introduction of AI into healthcare. This interdisciplinary work is at the intersection of medical sociology, digital medicine, social psychology, and science and technology studies. **Results.** Trust in and acceptance of AI in the age of digital medicine depends not only on the technological advantages of AI but also on how well AI systems meet society's expectations in the areas of security, fairness, confidentiality, and social responsibility. Providing support and training, and introducing ethical standards into the process of AI development and implementation, are key conditions for successful technology adaptation in healthcare.

Keywords: artificial intelligence; healthcare; social well-being; trust in technology; digital phobias; explainability of algorithms; ethical risks; acceptance

For citation: Malinovich E.V., Dovgyallo Y.P. Trust in and Acceptance of Artificial Intelligence in the Age of Digital Medicine. *City Healthcare*. 2026;7(1):124-131. <https://doi.org/10.47619/2713-2617.zm.2026.v.7i1;124-131>

Введение

Искусственный интеллект (ИИ) все активнее интегрируется в современную медицинскую практику, применяется для диагностики, прогнозирования заболеваний, поддержки клинических решений и обработки больших массивов медицинских данных с целью персонализации лечения. Вместе с тем его внедрение сопровождается не только ожиданиями повышения качества помощи и эффективности системы здравоохранения, но и опасениями, влияющими на общественное восприятие технологий, уровень доверия к ним и субъективное ощущение благополучия пациентов и медицинских работников.

Одним из центральных вопросов в исследованиях медицинского ИИ является доверие, рассматриваемое как ключевое условие успешной интеграции алгоритмических решений в клиническую практику. Несмотря на потенциал повышения точности и скорости принятия решений, использование ИИ требует прозрачности, объяснимости и соблюдения этических норм, поскольку именно эти характеристики определяют готовность пациентов и специалистов принимать технологические новации.

Одновременно сохраняются цифровые страхи, связанные с рисками утечки персональных данных, алгоритмической предвзятости, правовой неопределенности и возможного усиления социального неравенства в доступе к медицинской помощи. Кроме того, внедрение ИИ актуализирует необходимость адаптационных процессов, включающих подготовку медицинских работников, развитие цифровой грамотности населения и формирование эффективных механизмов правового и этического регулирования [1]. Успешная интеграция ИИ возможна лишь при координации усилий технических специалистов, управленцев, исследователей, этиков и представителей гражданского общества.

Цель настоящей статьи – концептуализация социальных ожиданий и страхов, связанных с внедрением ИИ в сферу здравоохранения.

Материалы и методы

Настоящая работа выполнена в формате теоретико-аналитического исследования с элементами концептуального моделирования. Исследование направлено на систематизацию и интерпретацию научных данных о социальных ожиданиях, страхах и механизмах доверия, связанных с внедрением ИИ в здравоохранении. Работа носит междисциплинарный характер и находится на пересечении медицинской социоло-

логии, цифровой медицины, социальной психологии и исследований науки и технологий.

Исследование основано на анализе вторичных источников и не включает собственные эмпирические данные (опросы, интервью или экспериментальные исследования). В связи с этим выводы носят концептуальный характер и требуют дальнейшей эмпирической проверки. Кроме того, восприятие ИИ может существенно различаться в зависимости от национального правового контекста, уровня цифровой зрелости системы здравоохранения и культурных особенностей, что ограничивает универсальность обобщений.

Результаты и обсуждение

ИИ рассматривается в научной и профессиональной литературе как ключевая технологическая инновация, способная существенно трансформировать ключевые процессы здравоохранения, включая диагностику заболеваний, профилактику, управление клиническими и административными ресурсами, а также поддержку принятия клинических решений. Такие системы используют алгоритмы машинного обучения, анализ больших данных и автоматизированные механизмы для выявления сложных паттернов в медицинской информации, что потенциально может повысить точность диагностики и эффективность лечения по сравнению с традиционными методами анализа медицинских данных [2].

При этом внедрение ИИ в клиническую практику сопровождается важным социотехническим вопросом: как пользователи – врачи, медицинский персонал и пациенты – воспринимают такие технологии и готовы ли они их принимать. В одном из последних исследований авторы провели экспресс-обзор литературы и опрос ключевых стейкхолдеров для выявления факторов, определяющих доверие к системам ИИ в медицине. Анализ показал: подавляющее большинство факторов (16 из 19; 84%), включая объяснимость алгоритмов, прозрачность использования данных, а также этические и правовые аспекты, были признаны критически значимыми для принятия ИИ всеми группами респондентов – от исследователей и разработчиков до клиницистов и политиков [3].

Термины «доверие» (trust) и «принятие» (acceptance) в контексте медицинского ИИ часто используются взаимосвязанно: доверие рассматривается как социально-психологическое состояние, при котором пользователь считает ИИ достаточно надежным, безопасным и предсказуемым для использования в задачах, влияющих на здоровье и благополучие, а принятие – как реальное поведенческое отражение

готовности включить ИИ-технологии в работу или в процессы ухода за пациентами [4].

Объяснимость и прозрачность алгоритмов ИИ рассматриваются как ключевые элементы формирования доверия. Современные исследования в области объяснимости ИИ подчеркивают, что снижение «черного ящика» алгоритма (когда пользователи не понимают, как система пришла к тем или иным выводам) повышает уровень доверия со стороны как медицинских специалистов, так и пациентов. Объяснимый ИИ позволяет не только предоставить результаты, но и показать, на каких признаках основывались те или иные рекомендации, что особенно важно при критических клинических решениях [5].

Проблема доверия усложняется тем, что ИИ-системы склонны к эксплуатации больших данных, где качество этих данных становится ключевым ограничителем. Низкокачественные или предвзятые данные могут привести к недостоверным выводам, что снижает готовность медицинских работников доверять результатам алгоритмов и включать их в клинические протоколы [6]. Это совпадает с выводами исследований, которые показывают, что факторы доверия нельзя свести только к техническим характеристикам алгоритмов; они также включают социальные и институциональные аспекты, такие как надежность источника технологии, ее совместимость с клиническими рабочими процессами

и согласованность с этическими нормами здравоохранения [3, 7, 8].

Помимо технических особенностей ИИ, важным барьером к его принятию является недостаток обучения и подготовки специалистов, а также отсутствие инфраструктуры, поддерживающей интеграцию ИИ-систем в повседневную клиническую практику. Отсутствие адекватных программ обучения, неразвитые навыки интерпретации и критической оценки результатов ИИ создают у пользователей впечатление неопределенности и сниженного контроля, что негативно сказывается на восприятии безопасности и эффективности таких систем [3].

Таким образом, восприятие ИИ в здравоохранении зависит не только от объективных характеристик технологии, таких как точность или скорость обработки данных, но и от социально-организационных факторов, включающих объяснимость решений, прозрачность процесса, этическую ответственность разработчиков и регуляторов, а также уровень подготовки и цифровой грамотности конечных пользователей. Успешное внедрение ИИ-систем требует обеспечения не только технической надежности, но и формирования широкой социальной поддержки, основанной на доверии и понимании этих инструментов.

В таблице 1 представлена систематизация ключевых факторов доверия и препятствий к принятию ИИ в здравоохранении.

Таблица 1. Ключевые факторы доверия и препятствия к принятию ИИ в здравоохранении
Table 1. Key factors of trust and barriers to accept AI in healthcare

Группа факторов	Фактор	Содержание фактора	Влияние на восприятие
Технологические факторы доверия	Объяснимость (Explainability)	Возможность понять, как ИИ пришел к конкретному выводу	Повышает доверие и готовность к использованию
	Прозрачность алгоритма	Понимание источников данных и логики работы системы	Снижает ощущение «черного ящика»
	Надежность и точность	Стабильность и воспроизводимость результатов	Усиливает клиническую уверенность
	Валидация и клинические испытания	Подтверждение эффективности в реальных условиях	Повышает институциональное доверие
Этические факторы	Защита персональных данных	Безопасность обработки медицинской информации	Снижает цифровые страхи
	Справедливость (Fairness)	Отсутствие алгоритмической дискриминации	Повышает социальную легитимность
	Ответственность (Accountability)	Четкое распределение юридической ответственности	Уменьшает правовую неопределенность

Группа факторов	Фактор	Содержание фактора	Влияние на восприятие
Организационные факторы доверия	Интеграция в клинические процессы	Совместимость с существующими рабочими протоколами	Повышает практическую применимость
	Поддержка руководства	Институциональное одобрение и регламентирование	Усиливает легитимность технологии
	Обучение персонала	Наличие подготовки по использованию ИИ	Снижает тревожность и неопределенность
Социально-психологические факторы	Доверие к разработчику	Репутация компании или учреждения	Формирует исходный уровень доверия
	Опыт взаимодействия	Положительный пользовательский опыт	Укрепляет устойчивое принятие
	Восприятие угрозы профессии	Страх замещения врача алгоритмом	Снижает готовность к принятию
Ключевые препятствия	Низкое качество данных	Ошибки, неполнота, предвзятость выборки	Подрывает клиническую уверенность
	Инфраструктурные ограничения	Недостаток технических ресурсов	Ограничивает практическое внедрение
	Финансовые барьеры	Высокая стоимость внедрения	Замедляет институциональное принятие
	Отсутствие нормативной базы	Правовая неопределенность	Усиливает институциональные риски

Составлено авторами.
Compiled by the authors.

Доверие к ИИ в здравоохранении формируется на пересечении технологических, организационных и этических факторов. При этом препятствия носят преимущественно институционально-социальный характер, а не исключительно технический. Таким образом, высокая точность алгоритма сама по себе не гарантирует доверия, объяснимость и прозрачность выступают центральными медиаторами принятия, а социальное благополучие напрямую связано с ощущением справедливости, безопасности и контроля над технологией.

Восприятие ИИ среди пациентов и медицинских работников формируется под влиянием нескольких групп ожиданий и страхов (рис. 1).

Блок ожиданий формируется вокруг представлений о технологическом прогрессе и улучшении качества медицинской помощи: повышении точности диагностики и персонализации лечения, более рациональном распределении ресурсов, улучшении организационной эффективности и расширении доступа к медицинской помощи.

В свою очередь, блок страхов отражает социально-этические и психологические риски: опа-

сения утечки и неправомерного использования медицинских данных, недоверие к непрозрачным алгоритмическим решениям и риск усиления социальной несправедливости и алгоритмической дискриминации.

Можно сделать вывод, что ожидания и страхи формируют двойственную модель социального восприятия ИИ, где положительные ожидания повышают готовность к принятию технологии, страхи снижают доверие и могут препятствовать ее институциональной интеграции.

Заключение

Внедрение ИИ в систему здравоохранения представляет собой один из наиболее значимых этапов цифровой трансформации медицины. Алгоритмические решения и технологии машинного обучения создают предпосылки для повышения точности диагностики, ускорения клинических процессов, оптимизации распределения ресурсов и расширения доступа к медицинской помощи. Вместе с тем их инте-



Рис. 1. Социальное восприятие ИИ в медицине: ожидания и страхи
Fig. 1. Public perceptions of AI in medicine: expectations and phobias

Составлено авторами.
Compiled by the authors.

грация в практику не ограничивается техническими и организационными аспектами, а сопровождается сложным комплексом социальных, этических и психологических факторов, влияющих на восприятие ИИ обществом.

Анализ научных источников показывает, что ключевым условием успешного внедрения ИИ является формирование устойчивого доверия со стороны пациентов, медицинских работников и управленческих структур. Доверие определяется не только объективной эффективностью алгоритмов, но и степенью их объяснимости, прозрачности функционирования, надежности обработки данных и наличием четких механизмов правового регулирования. Отсутствие ясности в вопросах ответственности, защиты персональной информации и алгоритмической справедливости способно существенно снижать уровень принятия технологий и усиливать цифровые страхи.

Социальное благополучие в эпоху цифровой медицины формируется в пространстве баланса между технологическими ожиданиями и рисками. Общество ожидает от ИИ повышения ка-

чества и доступности помощи, персонализации лечения и более рационального управления системой здравоохранения. Однако эти ожидания могут быть реализованы лишь при условии соответствия ИИ-систем общественным представлениям о безопасности, справедливости, недискриминационности и социальной ответственности. Если технологическое развитие опережает институциональные и этические механизмы регулирования, это способно привести к росту недоверия и сопротивления инновациям.

В связи с этим особое значение приобретают меры по обеспечению комплексной поддержки внедрения ИИ: развитие программ профессионального обучения медицинских работников, повышение цифровой грамотности пациентов, внедрение стандартов объяснимого ИИ, формирование прозрачных процедур оценки качества и безопасности алгоритмов, а также совершенствование нормативно-правовой базы. Институционализация этических принципов на этапе проектирования и внедрения технологий позволяет минимизировать социальные риски и укрепить общественное доверие.

Список литературы

1. Tarick M., Ananchenkova P. New skills for new social reality. *Labour and Social Relations Journal*. 2019;30(1):130-137.
2. Вошев Д.В., Шепель Р.Н., Вошева Н.А., Драпкина О.М. Искусственный интеллект в здравоохранении: исторический путь, вызовы и перспективы (1960–2025). *Первичная медико-санитарная помощь*. 2025;2(3):35-47. <https://doi.org/10.15829/3034-4123-2025-72>
3. Shevtsova D., Ahmed A., Boot I.W.A. et al. Trust in and Acceptance of Artificial Intelligence Applications in Medicine: Mixed Methods Study. *JMIR Human Factors*. 2024;11:e47031. <https://doi.org/10.2196/47031>
4. Нуриева А.А., Бородина А.В. О доверии и стратегировании доверия к системам искусственного интеллекта в профилактической медицине. *Уфимский гуманитарный научный форум*. 2025;4(24):339-353. <https://doi.org/10.47309/2713-2358-2025-4-339-353>
5. Daram S. Explainable AI in Healthcare: Enhancing Trust, Transparency, and Ethical Compliance in Medical AI Systems. *International Journal of AI, BigData, Computational and Management Studies*. 2025;6(2):11-20. <https://doi.org/10.63282/3050-9416.IJAIBDCMS-V6I2P102>
6. Goisau M., Cano Abadía M., Akyüz K. et al. Trust, Trustworthiness, and the Future of Medical AI: Outcomes of an Interdisciplinary Expert Workshop. *Journal of Medical Internet Research*. 2025;27:e71236. <https://doi.org/10.2196/71236>
7. Аликперова Н.В. Искусственный интеллект в здравоохранении: риски и возможности. *Здоровье мегаполиса*. 2023;4(3):41-49. <https://doi.org/10.47619/2713-2617.zm.2023.v.4i3;41-49>
8. Андрусов В.Э. Вопросы внедрения интеллектуальных сервисов оценки здоровья населения. *Здоровье мегаполиса*. 2025;6(3):100-108. <https://doi.org/10.47619/2713-2617.zm.2025.v.6i3;100-108>

References

1. Tarick M., Ananchenkova P. New skills for new social reality. *Labour and Social Relations Journal*. 2019;30(1):130-137.
2. Voshev D.V., Shepel R.N., Vosheva N.A. et al. Artificial intelligence in healthcare: historical trajectory, challenges and prospects (1960–2025). *Primary Health Care (Russian Federation)*. 2025;2(3):35-47. <https://doi.org/10.15829/3034-4123-2025-72> (In Russ.)
3. Shevtsova D., Ahmed A., Boot I.W.A. et al. Trust in and Acceptance of Artificial Intelligence Applications in Medicine: Mixed Methods Study. *JMIR Human Factors*. 2024;11:e47031. <https://doi.org/10.2196/47031>
4. Nurieva A.A., Borodina A.V. About trust and strategizing trust in artificial intelligence systems in preventive medicine. *Ufa Humanitarian Scientific Forum*. 2025;4(24):339-353. <https://doi.org/10.47309/2713-2358-2025-4-339-353> (In Russ.)
5. Daram S. Explainable AI in Healthcare: Enhancing Trust, Transparency, and Ethical Compliance in Medical AI Systems. *International Journal of AI, BigData, Computational and Management Studies*. 2025;6(2):11-20. <https://doi.org/10.63282/3050-9416.IJAIBDCMS-V6I2P102>
6. Goisau M., Cano Abadía M., Akyüz K. et al. Trust, Trustworthiness, and the Future of Medical AI: Outcomes of an Interdisciplinary Expert Workshop. *Journal of Medical Internet Research*. 2025;27:e71236. <https://doi.org/10.2196/71236>
7. Alikperova N.V. Artificial Intelligence in Healthcare: Risks and Opportunities. *City Healthcare*. 2023;4(3):41-49. <https://doi.org/10.47619/2713-2617.zm.2023.v.4i3;41-49> (In Russ.)
8. Andrusov V.E. Issues of Smart Services for Assessing Health of the Population. *City Healthcare*. 2025;6(3):100-108. <https://doi.org/10.47619/2713-2617.zm.2025.v.6i3;100-108> (In Russ.)

Информация о статье

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование: исследование проводилось без спонсорской поддержки.

Сведения об авторах

Малинович Евгения Викторовна – соискатель кафедры экономики и социологии здравоохранения ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко», <http://orcid.org/0009-0008-4279-8440>

Яна Павловна Довгялло – канд. экон. наук, ведущий научный сотрудник Института экономики и демографии Национальной академии наук Таджикистана, <https://orcid.org/0000-0003-3085-3445>

Вклад автора

Е.В. Малинович – концепция и дизайн исследования, редактирование текста; Я.П. Довгялло – анализ материала, написание текста, сбор и обработка материала, поиск литературы и анализ существующих практик.

Для корреспонденции

Малинович Евгения Викторовна
malinovich1985@mail.ru

Статья поступила 29.10.2025
Принята к печати 19.02.2026
Опубликована 30.03.2026

Article info

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

Funding: the authors received no financial support for the research.

About the authors

Evgeniya V. Malinovich – Applicant, Department of Economics and Sociology of Healthcare, N.A. Semashko National Research Institute of Public Health, <http://orcid.org/0009-0008-4279-8440>

Yana P. Dovgyallo – Cand. Sci. in Economics, Leading Researcher, Institute of Economics and Demography, National Academy of Sciences of Tajikistan, <https://orcid.org/0000-0003-3085-3445>

Author's contribution

E.V. Malinovich – study concept and design development, text editing; Y.P. Dovgyallo – material analysis, text writing, material collection and processing, literature search and analysis of existing practices.

Corresponding author

Evgeniya V. Malinovich
malinovich1985@mail.ru

Received 29.10.2025
Accepted for publication 19.02.2026
Published 30.03.2026

УДК 614.2:364.4
<https://doi.org/10.47619/2713-2617.zm.2026.v.7i1;132-139>

Проблемы кадрового обеспечения медицинской деятельности в лагерях беженцев

В.В. Тонконог^{1*}, С. Хмейди², Д.Т. Ананченков³

¹ Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья им. Н.А. Семашко, 105064, Россия, Москва, ул. Воронцово Поле, д. 12

² Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы, 115088, Россия, Москва, ул. Шарикоподшипниковская, д. 9

³ Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова, 119991, Россия, Москва, Ленинские горы, д. 1

*Автор, ответственный за переписку, email: vikatonkonog79@mail.ru

Аннотация

Введение. В статье рассматриваются проблемы кадрового обеспечения медицинской деятельности в лагерях беженцев в условиях гуманитарных кризисов. Актуальность исследования обусловлена ростом масштабов вынужденной миграции и повышенной нагрузкой на системы здравоохранения принимающих стран. **Цель работы.** Комплексный анализ международных стандартов, нормативных документов и научных публикаций, регламентирующих вопросы управления человеческими ресурсами в лагерях временного размещения беженцев. **Результаты.** Обоснована необходимость интеграции лагерных медицинских служб в национальные системы здравоохранения и перехода от реактивной модели кадрового реагирования к стратегическому управлению человеческими ресурсами. Полученные выводы могут быть использованы при разработке программ подготовки медицинского персонала и совершенствовании кадровой политики в гуманитарных миссиях.

Ключевые слова: кадровое обеспечение; медицинская помощь; лагеря беженцев; управление человеческими ресурсами; межкультурная коммуникация; международные стандарты здравоохранения; профессиональная подготовка медицинского персонала

Для цитирования: Тонконог В.В., Хмейди С., Ананченков Д.Т. Проблемы кадрового обеспечения медицинской деятельности в лагерях беженцев. *Здоровье мегаполиса*. 2026;7(1):132-139. <https://doi.org/10.47619/2713-2617.zm.2026.v.7i1;132-139>



УДК 614.2:364.4
<https://doi.org/10.47619/2713-2617.zm.2026.v.7i1;132-139>

Problems of Medical Staff Management in Refugee Camps

Victoriya V. Tonkonog^{1*}, Suhail Khmeidy², Daniil T. Ananchenkov³

¹ Semashko National Research Institute of Public Health, 12, bldg. 1, Vorontsovo Pole ul., 105064, Moscow, Russian Federation

² Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management of Moscow Healthcare Department, 9, Sharikopodshipnikovskaya ul., 115088, Moscow, Russian Federation

³ Lomonosov Moscow State University, 1, Leninskiye Gory, 119991, Moscow, Russian Federation

*Corresponding author, email: vikatonkonog79@mail.ru

Abstract

Introduction. The article discusses the problems of medical staff management in refugee camps in the context of humanitarian crises. The relevance of the study is defined by growing forced migration and the increased burden on healthcare systems of the host countries. **The purpose** of the work was to carry out a comprehensive analysis of international standards, regulatory documents and scientific publications establishing human resource management in refugee camps. **Results.** Reasons for the integration of camp medical services into national health systems and the transition from a reactive model of personnel response to strategic human resource management have been presented. The findings can be used to develop training programs for medical personnel and improve humanitarian personnel policy.

Keywords: human resources; medical care; refugee camps; human resource management; intercultural communication; international health regulations; professional training of medical personnel

For citation: Tonkonog V.V., Khmeidy S., Ananchenkov D.T. Problems of Medical Staff Management in Refugee Camps. City Healthcare. 2026;7(1):132-139. <https://doi.org/10.47619/2713-2617.zm.2026.v.7i1;132-139>

Введение

Массовые перемещения населения, вызванные политическими конфликтами, климатическими катастрофами и экономическими кризисами, привели к устойчивому росту числа беженцев и вынужденных переселенцев в XXI в. По данным Управления Верховного комиссара ООН по делам беженцев, к концу 2024 г. международная миграция достигла рекордных уровней, при этом более 35 млн человек находились в статусе беженцев или лиц, ищущих убежища¹. В ситуациях интенсивного миграционного давления лагеря временного размещения остаются основными формами проживания и оказания гуманитарной помощи для миллионов людей, утративших доступ к устойчивым системам здравоохранения и социальной поддержки.

В таких условиях особое значение приобретает система медицинского обеспечения в лагерях беженцев, поскольку здоровье становится как непосредственной потребностью, так и ключевым фактором выживания и адаптации перемещенных лиц. Заболевания, связанные с инфекционными агентами, недоеданием, нарушением санитарных норм, психосоциальные расстройства и травмы характерны для условий плотной концентрации населения и ограниченного доступа к услугам здравоохранения². При этом специфика лагерной среды – высокая плотность населения, плохие санитарные условия, ограниченность инфраструктуры и ресурсное скопление – создает уникальные вызовы для систем здравоохранения, которые требуют не только материальных ресурсов, но и квалифицированного медицинского персонала.

Кадровое обеспечение медицинской деятельности в лагерях беженцев – это не просто количественное присутствие врачей и медсестер, но и комплекс организационно-управленческих, образовательных и социально-психологических условий, при которых медицинские работники способны эффективно функционировать в экстремальных условиях. Работа с беженцами требует от специалистов не только стандартных клинических навыков, но и способности работать в мультикультурной среде, владеть навыками межкультурной коммуникации, психосоциальной поддержки и управления ограниченными ресурсами [1]. Возникает необходимость переосмысления подходов к подготовке кадров, формированию профес-

сиональных стандартов, системе мотивации и сохранению трудоспособности медицинских работников в местах временного проживания перемещенных лиц.

Международные организации и гуманитарные агентства, такие как ВОЗ, UNHCR, Международная организация по миграции (ИОМ) и Международный комитет Красного Креста, выделяют кадровое обеспечение как ключевой компонент устойчивой системы здравоохранения в лагерях беженцев. Согласно существующим руководствам, количество и квалификация медицинских работников должны соотноситься с демографическими характеристиками лагеря, эпидемиологической ситуацией и культурной спецификой населения. При этом особое внимание уделяется развитию компетенций медицинского персонала в области превентивной медицины, управления инфекциями, психосоциальной поддержки, а также взаимодействия с местными системами здравоохранения³.

Несмотря на значительный объем практических рекомендаций и руководств, в академической литературе остаются недостаточно исследованными вопросы, связанные с реальными кадровыми практиками и их влиянием на качество оказания медицинской помощи в лагерях беженцев. В частности, отсутствует систематизированное понимание того, как квалификация, подготовка и организационные условия труда медицинских работников соотносятся с эпидемиологическими, социальными и культурными особенностями контингентов беженцев. Это создает пробелы в разработке стратегий управления человеческими ресурсами в гуманитарных кризисах и ограничивает возможности для внедрения эффективных программ подготовки, удержания и мотивации медицинского персонала в лагерной среде.

Таким образом, анализ кадрового обеспечения медицинской деятельности в лагерях беженцев представляет собой важную научно-практическую задачу, требующую комплексного подхода, объединяющего данные международной практики, концептуальные рамки здравоохранения и исследования в области управления человеческими ресурсами.

Цель настоящего исследования – комплексный анализ состояния и особенностей кадрового обеспечения медицинской деятельности в лагерях беженцев на основе международных нормативных документов, научных публика-

¹ ООН: масштабы вынужденного переселения достигли рекордных показателей. URL: <https://www.unic.ru/events/oon-masshtaby-vynuzhdenного-pereseleniya-dostigli-rekordnykh-pokazateley/?ysclid=mlnee9a6gn324585641> (дата обращения: 12.01.2026).

² Waagensen E. Public health implications of refugee and migrant movements in the WHO European Region. URL: <https://www.feam.eu/wp-content/uploads/E-Waagensen-WHO-public-health-refugees-and-migrants-movements.pdf> (дата обращения: 12.01.2026).

³ A UNHCR guide to agile, effective and community based humanitarian emergency responses. URL: <https://emergency.unhcr.org/> (дата обращения: 12.01.2026).

ций и практических руководств, а также выявление ключевых проблем и направлений совершенствования системы управления человеческими ресурсами здравоохранения в условиях гуманитарных кризисов.

Методы исследования

Исследование выполнено в формате аналитического обзора с элементами системного и сравнительного анализа. Работа носит теоретико-прикладной характер и направлена на обобщение существующих международных стандартов, научных данных и практических рекомендаций по вопросам кадрового обеспечения медицинской деятельности в лагерях беженцев.

Эмпирическую базу исследования составили нормативные и методические документы международных организаций в сфере здравоохранения и гуманитарного реагирования (руководства и стандарты Всемирной организации здравоохранения, Управления Верховного комиссара ООН по делам беженцев, Международной организации по миграции и др.). Используются научные публикации в рецензируемых международных журналах, посвященные вопросам организации медицинской помощи мигрантам и беженцам, управлению человеческими ресурсами в здравоохранении и специфике работы медицинского персонала в гуманитарных условиях, а также отчеты международных гуманитарных миссий и аналитические обзоры, отражающие практический опыт кадрового обеспечения в лагерях временного размещения.

В работе использованы следующие методы: литературно-аналитический, сравнительный анализ, системный подход, контент-анализ, метод обобщения и структурирования данных.

Ограничения исследования. Исследование основано преимущественно на анализе вторичных данных (нормативные документы и научные публикации), что ограничивает возможность эмпирической верификации выводов на уровне конкретных лагерей. Кроме того, различия в национальных, правовых и организационных условиях могут влиять на применимость международных стандартов в отдельных странах.

Результаты

Функционирование медицинской службы в лагерях беженцев принципиально отличается от деятельности учреждений здравоохранения в условиях устойчивой национальной системы. Лагерь формируются в ситуациях чрезвычай-

ного или затяжного гуманитарного кризиса, что предопределяет нестабильность инфраструктуры, дефицит оборудования и медикаментов, а также ограниченные возможности для диагностики и специализированного лечения. Медицинский персонал вынужден работать в условиях высокой плотности населения, повышенных санитарно-эпидемиологических рисков и ограниченного времени на оказание помощи, что существенно увеличивает интенсивность труда и профессиональную нагрузку.

Структура заболеваемости в лагерях часто включает инфекционные заболевания, травмы, последствия недоедания, а также расстройства психического здоровья, связанные с пережитыми травматическими событиями. Это требует от медицинских работников широкого спектра компетенций – от клинической диагностики до навыков межкультурной коммуникации и кризисного консультирования [2, 3].

Дополнительные сложности связаны с языковыми и культурными барьерами. Медицинский персонал нередко взаимодействует с пациентами, принадлежащими к различным этнокультурным и религиозным группам, что усложняет процесс сбора анамнеза, разъяснения схем лечения и соблюдения медицинских рекомендаций. В отсутствие квалифицированных переводчиков возрастает риск диагностических ошибок и снижения приверженности лечению. Следовательно, к профессиональным требованиям добавляется необходимость владения принципами культурно чувствительного подхода и понимания социокультурных особенностей беженцев [4].

Существенным фактором является и кадровый дефицит. В ряде лагерей наблюдается несоответствие между численностью проживающего населения и количеством медицинских работников, что приводит к перераспределению обязанностей, увеличению рабочего времени и росту профессионального выгорания. Помимо врачей и медицинских сестер, необходимы специалисты в области общественного здравоохранения, эпидемиологии, акушерства, психологии и социальной работы, однако их привлечение затрудняется ограниченностью финансовых и организационных ресурсов.

Кадровое обеспечение в лагерях беженцев включает не только количественный аспект (число специалистов на определенное количество населения), но и качественный: уровень профессиональной подготовки, наличие дополнительного обучения по вопросам работы в гуманитарных условиях, а также систему организационной поддержки [5]. Международная нормативная и операционная практика подчеркивает необходимость комплексного подхода

к управлению человеческими ресурсами, включая предварительную подготовку персонала к работе в условиях чрезвычайных ситуаций, регулярное повышение квалификации и создание механизмов профессиональной поддержки и супервизии.

Особое значение имеет координация действий между международными гуманитарными организациями, неправительственными структурами и национальными системами здравоохранения принимающих государств. Вовлечение профильных организаций в процесс планирования кадровой политики позволяет обеспечить стандартизацию медицинских услуг, соблюдение минимальных кадровых нормативов и интеграцию лагерной медицины в более широкую систему общественного здравоохранения страны пребывания. Такая координация способствует повышению устойчивости медицинской помощи, снижению дублирования функций и более рациональному использованию ресурсов.

В целом состояние кадрового обеспечения медицинской деятельности в лагерях беженцев характеризуется сочетанием количественного дефицита, повышенных профессиональных требований и необходимости межсекторальной координации. Эффективность оказания медицинской помощи в значительной степени зависит от системности подхода к управлению человеческими ресурсами, включающего подготовку, распределение, сопровождение и поддержку медицинского персонала в условиях гуманитарного кризиса.

Международные организации здравоохранения признают критическую важность кадрового обеспечения как компонента устойчивого оказания медицинской помощи мигрантам и беженцам. Отчеты Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) подчеркивают необходимость подготовки специалистов здравоохранения к оказанию культурно чувствительной и доступной помощи, а также обучения дополнительным компетенциям, связанным с работой в мультикультурной среде

Одновременно с этим глобальные стандарты гуманитарной помощи, включая документы Управления Верховного комиссара ООН по делам беженцев, также подчеркивают, что количество и квалификация медицинских работников должны быть соотнесены с численностью населения лагеря и характером его потребностей.

Обеспечение медицинской помощи в лагерях требует специализированной подготовки кадров. Важно обучать специалистов не только клиническим навыкам, но и компонентам, связанным с психосоциальной поддержкой, этическими аспектами работы, культурной

компетентностью, управлением стрессом и профилактикой инфекционных заболеваний. Например, международный обзор моделей первичной медицинской помощи для беженцев подчеркивает важность вовлечения медсестер в процессы адаптации и обучения в условиях недостатка ресурсов [6].

Также существует опыт обучения самих беженцев или мигрантов для участия в осуществлении базовой медицинской помощи, что может помочь частично компенсировать нехватку профессиональных кадров и повысить устойчивость системы медицинского обслуживания в лагерях за счет задействования внутренних ресурсов сообщества [7].

Основные вызовы кадрового обеспечения оказания медицинской помощи в лагерях беженцев носят триангуляционный характер (рис. 1).

В лагерях беженцев часто наблюдается дефицит специалистов, что ограничивает спектр доступных медицинских услуг. Кроме того, инфраструктура лагерей, включая клиники и медицинское оборудование, зачастую недостаточна для выполнения сложных медицинских процедур, что повышает нагрузку на доступный персонал [2]. Работа с многонациональным и мультиязычным населением требует от медицинского персонала владения навыками межкультурной коммуникации. Неспособность преодолеть языковые барьеры приводит к ухудшению качества оказания помощи и повышенному риску медицинских ошибок. Медицинские работники сталкиваются с ситуациями этического давления, связанными с распределением ограниченных ресурсов и принятием решений о приоритетах оказания помощи. Эти факторы усиливают риск профессионального выгорания кадров и снижают эффективность медицинского обслуживания.

Заключение

Кадровое обеспечение медицинской деятельности в лагерях беженцев представляет собой системную и многокомпонентную проблему, находящуюся на пересечении здравоохранения, гуманитарной политики, управления человеческими ресурсами и международного права. Специфика лагерной среды – высокая концентрация уязвимого населения, нестабильность инфраструктуры, ограниченность ресурсов и многообразие культурных контекстов – формирует повышенные требования к количественным и качественным характеристикам медицинского персонала. В этих условиях именно кадровый потенциал становится определяющим фактором доступности, непре-

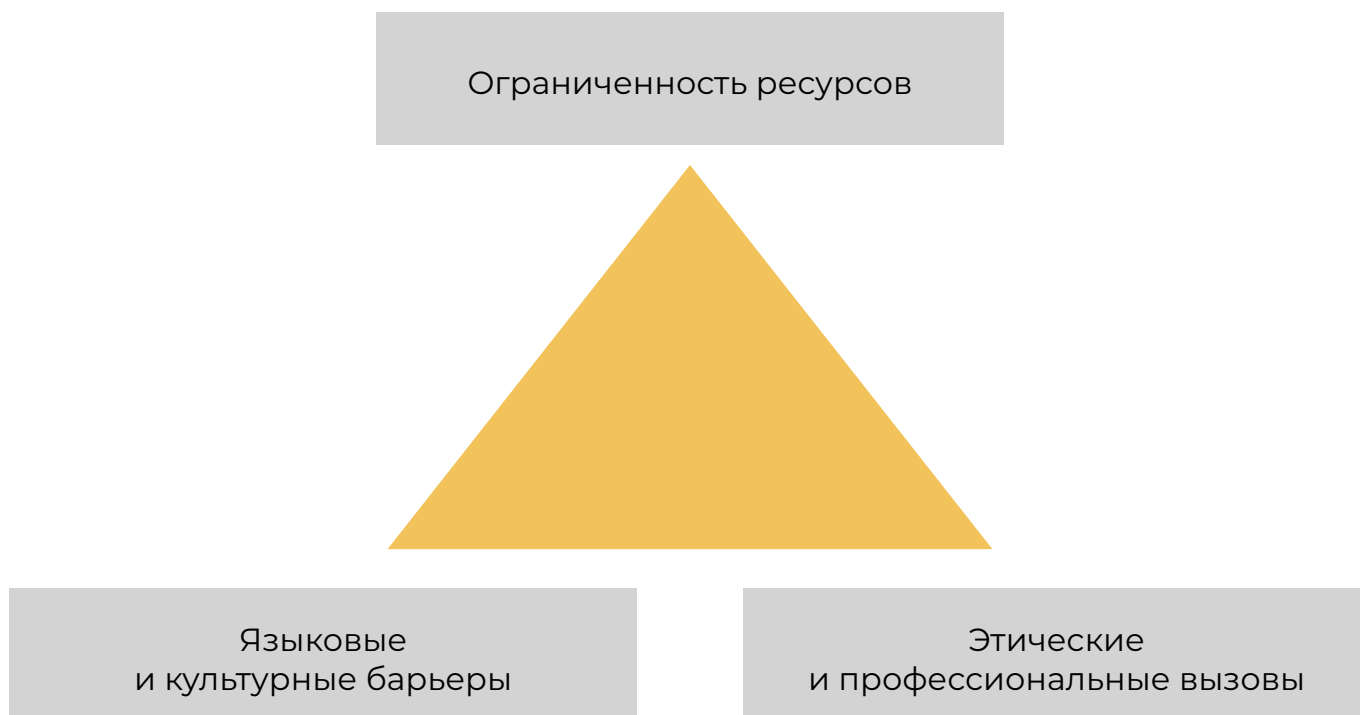


Рис. 1. Проблемы кадрового обеспечения оказания медицинской помощи в лагерях беженцев
Fig. 1. Problems of medical staffing in terms of care provision in refugee camps

*Составлено авторами.
 Compiled by the authors.*

рывности и качества медицинской помощи.

Проведенный анализ международных подходов и практик позволяет сделать вывод о том, что эффективное кадровое обеспечение не сводится исключительно к обеспечению необходимой численности врачей и среднего медицинского персонала. Оно предполагает системную реализацию комплекса мер, включающего:

- соблюдение международных стандартов и руководящих принципов, регламентирующих минимальные кадровые нормативы и требования к квалификации специалистов;
- формирование специализированных программ подготовки и переподготовки медицинских работников, ориентированных на работу в условиях гуманитарных кризисов;
- развитие дополнительных компетенций, включая навыки межкультурной коммуникации, психосоциальной поддержки, управления инфекционными рисками и работы в условиях ресурсных ограничений;
- создание механизмов профессиональной поддержки персонала (супервизия, профилактика выгорания, ротация кадров);
- интеграцию беженцев и представителей принимающего сообщества в процессы оказания помощи через обучение вспомогательно-

го персонала и волонтеров, что способствует укреплению доверия и устойчивости системы здравоохранения.

Особое значение имеет координация действий международных гуманитарных организаций, национальных органов здравоохранения и неправительственных структур. Согласованность кадровой политики, унификация стандартов оказания медицинской помощи и интеграция лагерных медицинских служб в национальные системы здравоохранения позволяют избежать фрагментации услуг, повысить эффективность использования ресурсов и обеспечить преемственность медицинского наблюдения.

В перспективе совершенствование кадрового обеспечения в лагерях беженцев должно быть направлено на развитие устойчивых моделей управления человеческими ресурсами в условиях чрезвычайных ситуаций. Это предполагает переход от реактивного подхода (мобилизация персонала в ответ на кризис) к стратегическому планированию, включающему подготовку кадровых резервов, разработку программ специализированного обучения и формирование международных механизмов обмена опытом.

Укрепление кадровой системы в лагерях беженцев является необходимым условием повышения качества и доступности медицинской помощи для уязвимых групп населения. Комплексное развитие человеческих ресурсов здра-

воохранения в гуманитарных условиях способствует не только улучшению непосредственных показателей здоровья беженцев, но и повышению устойчивости национальных и международных систем реагирования на гуманитарные кризисы.

Список литературы / References

1. Tarick M., Ananchenkova P. New skills for new social reality. *Labour and Social Relations Journal*. 2019;30(1):130-137. <https://doi.org/10.20410/2073-7815-2018-30-2-130-137>
2. Riza E., Kalkman S., Coritsidis A. et al. Community-Based Healthcare for Migrants and Refugees: A Scoping Literature Review of Best Practices. *Healthcare*. 2020;8(2):115. <https://doi.org/10.3390/healthcare8020115>
3. Tyrer R.A., Fazel M. School and community-based interventions for refugee and asylum seeking children: A systematic review. *PLoS ONE*. 2014;9(5):e97977. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0089359>
4. Fondacaro K.M., Harder V.S. Connecting cultures: A training model promoting evidence-based psychological services for refugees. *Training and Education in Professional Psychology*. 2014;8(4):320-327. <https://doi.org/10.1037/tep0000071>
5. Gold A.W., Perplies C., Biddle L. et al. Primary healthcare models for refugees involving nurses: a systematic review and narrative synthesis. *BMJ Global Health*. 2025;10:e018105. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2024-018105>
6. Blank T.H., Wilner S. Can training programmes change behaviour? Age, creative behaviour, and active learning. *International Journal of Inclusive Education*. 2025;29(10):1726-1748. <https://doi.org/10.1080/13603116.2023.2291530>
7. Sarabu S., Bognini M., Kebede M. et al. Strengthening health systems for displaced populations: A systematic review of access to surgical care in low- and middle-income countries. *Social Science & Medicine*. 2026;388:118705. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2025.118705>

Информация о статье

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование: исследование проводилось без спонсорской поддержки.

Сведения об авторах

Тонконог Виктория Владимировна – канд. экон. наук, доцент, доцент кафедры экономики и социологии здравоохранения ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко», <http://orcid.org/0000-0001-6526-3678>

Хмейди Сухайль – аспирант Научно-исследовательского института организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы, <http://orcid.org/0009-0007-6600-7175>

Article info

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

Funding: the authors received no financial support for the research.

About the authors

Victoriya V. Tonkonog – Cand. Sci. in Economics, Associate Professor, Assistant Professor of the Department of Economics and Sociology of Healthcare, N.A. Semashko National Research Institute of Public Health, <http://orcid.org/0000-0001-6526-3678>

Suhail Khmeidy – Postgraduate Student, Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management of Moscow Healthcare Department, <http://orcid.org/0009-0007-6600-7175>

Ананченков Даниил Тарасович – студент Института стран Азии и Африки Московского государственного университета имени М.В. Ломоносова

Вклад авторов

В.В. Тонконог – концепция и дизайн исследования, редактирование текста; С. Хмейди – анализ материала, написание текста, сбор и обработка материала, статистическая обработка данных; Д.Т. Ананченков – поиск литературы и анализ существующих практик. Все соавторы – утверждение окончательного варианта статьи, ответственность за целостность всех частей статьи.

Для корреспонденции

Виктория Владимировна Тонконог
vikatonkonog79@mail.ru

Статья поступила 14.01.2026
Принята к печати 02.03.2025
Опубликована 30.03.2026

Daniil T. Ananchenkov – Student at the Institute of Asian and African Studies, Lomonosov Moscow State University

Authors' contributions

V.V. Tonkonog – research concept and design, text editing; S. Khmeidy – material analysis, text writing, material collection and processing, statistical data processing; D.T. Ananchenkov – literature search and analysis of existing practices. All co-authors – approval of the final version of the article, responsibility for the integrity of all parts of the article.

Corresponding author

Victoriya V. Tonkonog
vikatonkonog79@mail.ru

Received 14.01.2026
Accepted for publication 02.03.2025
Published 30.03.2026

УДК 314.5
<https://doi.org/10.47619/2713-2617.zm.2026.v.7i1;140-148>

Методологические особенности изучения семейно-брачного поведения старших возрастных групп

Т.Ю. Добровольская^{1,2}

¹ Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья им. Н.А. Семашко, 105064, Россия, Москва, ул. Воронцово Поле, д. 12

² Университет «Синергия», 129090, Россия, Москва, ул. Мещанская, д. 9/14, стр. 1

Автор, ответственный за переписку, email: dobrovolskayatu@gmail.com

Аннотация

Введение. Статья посвящена анализу методологических подходов к изучению семейно-брачного поведения лиц старших возрастных групп в условиях демографического старения населения. Рассматриваются особенности операционализации понятий, источники эмпирических данных, ограничения статистического учета, а также проблемы интерпретации брачности, разводимости, повторных союзов и вдовства в позднем возрасте. Особое внимание уделяется лонгитюдным исследованиям и сравнительным международным базам данных. **Цель работы** – разработка и теоретико-методологическое обоснование комплексной рамки изучения семейно-брачного поведения старших возрастных групп в условиях демографического старения, включающей интеграцию концепции жизненного пути, гендерного анализа, институционального контекста и использования комбинированных источников эмпирических данных (официальной статистики и лонгитюдных исследований). **Материалы и методы.** Исследование носит теоретико-методологический характер и направлено на систематизацию существующих подходов к анализу семейно-брачного поведения населения старших возрастных групп. **Результаты.** В условиях продолжающегося демографического старения совершенствование методологического инструментария изучения семейно-брачного поведения старших возрастных групп становится важным направлением научных исследований и необходимым условием адекватного понимания трансформации института семьи в XXI в.

Ключевые слова: демографическое старение; брачность; разводимость; повторный брак; вдовство; поздние союзы; геронтосоциология; методология демографических исследований

Для цитирования: Добровольская Т.Ю. Доверие и принятие технологий искусственного интеллекта в эпоху цифровой медицины. *Здоровье мегаполиса*. 2026;7(1):140-148. <https://doi.org/10.47619/2713-2617.zm.2026.v.7i1;140-148>

УДК 314.5
<https://doi.org/10.47619/2713-2617.zm.2026.v.7i1;140-148>

Methodological Features of the Study of Marital Behavior in Older Age Groups

Tatyana Yu. Dobrovolskaya^{1,2}

¹ Semashko National Research Institute of Public Health, 12, Vorontsovo Pole ul., 105064, Moscow, Russian Federation

² Synergy University, 9/14, bldg.1, Meshchanskaya ul., 129090, Moscow, Russian Federation

Corresponding author, email: dobrovolskayatu@gmail.com

Abstract

Introduction. The article analyzes methodological approaches to the study of marital behavior of older age groups in the context of population aging. The features of the concept operationalization, sources of empirical data, limitations of statistical accounting, as well as problems of interpretation of marriage, divorce, remarriage and widowhood at a late age are considered. Special attention is paid to longitudinal studies and comparative international databases. **The goal** of the study was to develop and theoretically and methodologically substantiate a comprehensive framework for studying the marital behavior of older age groups in the context of population aging, including the integration of the concept of life course, gender analysis, institutional context and the use of combined sources of empirical data (official statistics and longitudinal studies). **Materials and methods.** The research is theoretical and methodological in nature and is aimed at systematizing existing approaches to the analysis of marital behavior of the population of older age groups. **Results.** In the context of continuing population aging, the improvement of methodological tools for studying marital behavior in older age groups becomes essential for scientific research and adequate understanding of the transformation of the institution of family in the 21st century.

Keywords: population aging; marital status; divorce; remarriage; widowhood; late marriage; social gerontology; demographic research methods

For citation: Dobrovolskaya T.Yu. Methodological Features of the Study of Marital Behavior in Older Age Groups. *City Healthcare*. 2026;7(1):140-148. <https://doi.org/10.47619/2713-2617.zm.2026.v.7i1;140-148>

Введение

Демографическое старение является одним из наиболее масштабных и структурно значимых процессов современности. По оценкам Всемирной организации здравоохранения, к 2050 г. численность населения в возрасте 60 лет и старше достигнет 2,1 млрд человек, что будет означать почти двукратный рост по сравнению с показателями начала XXI в.¹ Согласно данным переосмотра World Population Prospects Департамента по экономическим и социальным вопросам ООН, во всех регионах мира фиксируется устойчивое увеличение доли лиц старших возрастов в общей структуре населения².

Указанные демографические изменения оказывают комплексное влияние на социальные институты, включая рынок труда, систему социальной защиты, здравоохранение, а также на институт семьи и брака. В научной литературе все чаще подчеркивается, что процессы старения сопровождаются трансформацией семейных структур, изменением брачных стратегий и ростом разнообразия форм партнерства в позднем возрасте [1]. В частности, фиксируется увеличение числа разводов среди лиц старше 50 лет – феномен, получивший в англоязычной литературе обозначение «серый развод» (gray divorce).

Рост продолжительности жизни, изменение гендерных ролей, повышение экономической самостоятельности женщин и трансформация ценностей индивидуализма приводят к тому, что семейно-брачное поведение выходит за рамки традиционно репродуктивного периода и приобретает новые социальные функции. В старших возрастных группах брак все чаще рассматривается не как институт, связанный с рождением детей, а как форма эмоциональной поддержки, социального включения и взаимной заботы [2].

В то же время традиционные демографические модели анализа брачности и разводимости исторически были ориентированы преимущественно на репродуктивный возраст. Это обусловило методологическую ограниченность исследований, поскольку события в позднем возрасте долгое время воспринимались как статистически второстепенные. Современная демографическая реальность требует переосмысления таких подходов, расширения возрастных рамок анализа и разработки новых методологических инструментов, позволяющих учитывать брачные траектории на протяжении всего жизненного пути.

Особую сложность представляет операционализация семейно-брачного поведения старших возрастных групп. Наряду с зарегистрированными браками и разводами возрастают альтернативные формы партнерства: сожительство, LAT-союзы (living apart together), повторные браки после вдовства. Эти формы нередко остаются вне поля официальной статистики, что создает дополнительные методологические вызовы.

Кроме того, в старших возрастах возрастает значимость гендерных различий. Женщины имеют более высокую ожидаемую продолжительность жизни, что приводит к увеличению доли вдовства среди женщин и формированию специфических моделей повторной брачности.

Таким образом, семейно-брачное поведение старших возрастных групп представляет собой сложный и многомерный феномен, находящийся на пересечении демографии, социологии семьи, геронтологии и экономики. Его изучение требует интеграции количественных и качественных методов, применения концепции жизненного курса, использования лонгитюдных баз данных и расширения возрастной стратификации в статистическом анализе.

В условиях углубляющегося демографического старения разработка адекватного методологического инструментария исследования брачного поведения лиц старших возрастов приобретает не только академическую, но и практическую значимость, поскольку результаты подобных исследований могут служить основой для совершенствования социальной политики, программ поддержки пожилых и формирования возрастно-ориентированных стратегий развития общества.

Цель настоящей статьи – разработка и теоретико-методологическое обоснование комплексной рамки изучения семейно-брачного поведения старших возрастных групп в условиях демографического старения, включающей интеграцию концепции жизненного пути, гендерного анализа, институционального контекста и использования комбинированных источников эмпирических данных (официальной статистики и лонгитюдных исследований).

Материалы и методы

Исследование носит теоретико-методологический характер и направлено на систематизацию существующих подходов к анализу семейно-брачного поведения населения старших возрастных групп.

¹ Ageing and health. URL:<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health> (дата обращения: 12.10.2025).

² 2024 Revision of World Population Prospects. URL:<https://population.un.org/wpp/> (дата обращения: 12.10.2025).

Результаты и обсуждение

Теоретические и концептуальные рамки исследования

Традиционные демографические исследования брачности исторически были сосредоточены на возрастных группах, связанных с максимальной фертильностью, поскольку институт брака рассматривался прежде всего в контексте репродуктивной функции и воспроизводства населения [3]. Показатели первобрачности, средний возраст вступления в брак, суммарный коэффициент брачности анализировались преимущественно применительно к молодым и средним возрастам. Старшие возрастные группы в таких моделях зачастую агрегировались или вообще исключались из аналитического фокуса.

Однако в условиях увеличения продолжительности жизни, изменения структуры жизненного цикла и роста доли населения в возрасте 60 лет и старше брачное поведение все чаще выходит за пределы репродуктивной логики. Брак и партнерство в позднем возрасте начинают выполнять иные социальные функции: обеспечение эмоциональной поддержки, поддержание социальной интеграции, взаимный уход, экономическую стабильность и защиту от одиночества. Таким образом, происходит переход от репродуктивной к пострепродуктивной брачности, что требует пересмотра методологических подходов к ее изучению.

Европейская экономическая комиссия ООН (UNECE) подчеркивает необходимость адаптации демографических индикаторов к условиям стареющего общества и расширения возрастных границ анализа брачного поведения³. В документах UNECE акцентируется внимание на том, что традиционные демографические показатели не отражают в полной мере динамику семейных структур в старших возрастах, включая повторные браки, вдовство и альтернативные формы партнерства. Это обуславливает потребность в более детализированной возрастной стратификации и учете биографических факторов.

С методологической точки зрения важным становится признание того, что брачное поведение в старших возрастах не является остаточным явлением, а представляет самостоятельный объект исследования. Это требует разработки инструментов, позволяющих учитывать специфику мотивации вступления в союз в позднем возрасте, влияние накопленного жизненного опыта и изменившихся социальных ролей [4].

Одним из ключевых теоретико-методологических оснований исследования семейно-брачного

поведения старших возрастных групп выступает концепция жизненного пути (life course approach). Данный подход рассматривает брачные события – вступление в брак, развод, повторный союз, овдовение – как элементы единой биографической траектории, формирующейся под воздействием исторических, институциональных и индивидуальных факторов.

В рамках life course-подхода семейные переходы интерпретируются не изолированно, а в связи с другими событиями жизненного цикла: завершением трудовой деятельности, изменением состояния здоровья, миграцией, трансформацией экономического положения. Это позволяет анализировать брачное поведение старших возрастных групп как результат кумулятивного эффекта предыдущих жизненных решений и структурных обстоятельств.

Методологическая ценность данного подхода особенно проявляется в лонгитюдных исследованиях, которые позволяют отслеживать изменения семейного статуса во времени. Так, например, English Longitudinal Study of Ageing (ELSA) предоставляет панельные данные о здоровье, экономическом положении и семейных отношениях лиц 50+ в Великобритании⁴. Аналогичные возможности дает Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE), охватывающий более двадцати европейских стран и содержащий подробную информацию о брачной истории, повторных союзах, разводах и вдовстве⁵. Использование данных ELSA и SHARE позволяет анализировать динамику семейных переходов в старших возрастах, выявлять взаимосвязь между брачным статусом и социально-экономическим положением, состоянием здоровья и уровнем благополучия. Кроме того, панельный характер данных обеспечивает возможность изучения причинно-следственных связей, что существенно повышает аналитическую глубину исследований.

Таким образом, концепция жизненного пути в сочетании с лонгитюдными методами сбора данных формирует современную методологическую основу изучения семейно-брачного поведения старших возрастных групп. Она позволяет преодолеть статичность традиционных демографических моделей и рассматривать брачность в позднем возрасте как динамичный процесс, встроенный в общую структуру жизненной биографии индивида.

Источники данных и эмпирические ограничения

Эмпирическое изучение семейно-брачного поведения старших возрастных групп традиционно основывается на данных государствен-

³ UNECE Ageing Policies Database. URL:<https://unece.org/population/ageing/policies> (дата обращения: 12.10.2025).

⁴ URL:<https://www.elsa-project.ac.uk/> (дата обращения: 12.10.2025).

⁵ URL:<https://share-eric.eu/> (дата обращения: 12.10.2025).

ной статистики. Национальные статистические службы регистрируют браки и разводы, фиксируя возраст вступающих в брак и расторгающих его лиц, что позволяет формировать возрастные коэффициенты брачности и разводимости. Однако при анализе старших возрастных категорий возникают существенные методологические ограничения [5].

Во-первых, в официальной демографической отчетности часто используется укрупненная возрастная группировка (например, «60 лет и старше» или «65 лет и старше»), что не позволяет выявить различия между подгруппами 60–69, 70–79 и 80+ лет. Между тем брачное поведение в этих возрастах может существенно различаться по частоте повторных браков, уровню вдовства и вероятности вступления в новый союз.

Во-вторых, статистика браков и разводов фиксирует только юридически оформленные союзы. Между тем в старших возрастных группах все большую распространенность приобретают альтернативные формы партнерства: сожительство, LAT-союзы (living apart together), фактические отношения без регистрации брака. Эти формы зачастую остаются вне рамок административного учета, что приводит к занижению масштабов партнерства в пожилом возрасте и искажению картины семейной структуры.

В международной практике важным источником данных является статистическая база Eurostat, которая предоставляет детализированные сведения о брачности и разводимости по возрастным группам, включая старшие возраста⁶.

Преимуществом Eurostat является возможность межстранового сопоставления показателей, что позволяет анализировать различия в поздней брачности и разводимости в странах Европейского союза. Однако даже в этом случае остаются ограничения, связанные с различиями в национальных правовых режимах брака, статистических методологиях и учете фактических союзов.

Таким образом, официальная статистика предоставляет необходимую, но недостаточную основу для анализа семейно-брачного поведения старших возрастных групп. Для более глубокого понимания процессов требуется обращение к индивидуализированным и динамическим данным.

Существенное расширение методологических возможностей обеспечивают лонгитюдные и панельные исследования, позволяющие отслеживать брачные переходы во времени и учитывать биографический контекст. В отличие от поперечных (кросс-секционных) обследований лон-

гитюдные данные фиксируют изменения семейного статуса одного и того же респондента в динамике, что особенно важно при анализе повторных браков, разводов в позднем возрасте и овдовения.

Одним из крупнейших международных проектов является Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE), охватывающий более двадцати европейских стран⁷. База SHARE содержит подробные сведения о семейной истории, текущем брачном статусе, повторных союзах, экономическом положении и состоянии здоровья респондентов 50+. Использование SHARE позволяет анализировать взаимосвязь между брачным статусом и показателями благополучия, уровня дохода, социальной поддержки и здоровья, а также выявлять различия между странами и социальными группами.

Аналогичный по структуре проект в США – Health and Retirement Study (HRS), который с начала 1990-х гг. собирает панельные данные о населении старших возрастов⁸. HRS предоставляет уникальную возможность изучения брачных траекторий в контексте пенсионного перехода, изменения экономического положения и динамики здоровья. Важным методологическим преимуществом является наличие ретроспективных модулей, позволяющих реконструировать предыдущие браки, разводы и периоды вдовства.

Использование панельных данных позволяет учитывать кумулятивный эффект жизненных событий: например, как повторный брак после овдовения влияет на материальное положение и субъективное благополучие либо каким образом развод в позднем возрасте связан с риском бедности или ухудшения здоровья. Кроме того, лонгитюдные исследования дают возможность применять методы событийного анализа (event history analysis) и моделей выживаемости, что существенно повышает аналитическую точность.

Однако и панельные базы имеют ограничения. Они требуют длительного периода наблюдения, подвержены проблеме выбытия респондентов (attrition), а также могут не в полной мере отражать неформальные формы партнерства в силу различий в формулировке вопросов.

В целом сочетание данных официальной статистики и лонгитюдных исследований позволяет сформировать комплексную эмпирическую базу для анализа семейно-брачного поведения старших возрастных групп. Однако методологическая корректность интерпретации результатов требует учета институциональных, культурных и биографических факторов, а также признания ограничений каждого источника данных.

⁶ Marriage and divorce statistics. URL: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Marriage_and_divorce_statistics (дата обращения: 12.10.2025).

⁷ URL: <https://share-eric.eu/> (дата обращения: 12.10.2025).

⁸ URL: <https://hrs.isr.umich.edu/> (дата обращения: 12.10.2025).

Специфика интерпретации брачного поведения в старших возрастах

Одним из наиболее заметных демографических феноменов последних десятилетий стало увеличение числа разводов среди лиц старших возрастных групп, прежде всего 50+. В англоязычной литературе это явление получило обозначение *grey divorce* – «серый/седой развод». Данные тенденции требуют пересмотра традиционных представлений о стабильности брака в позднем возрасте. Методологически важно учитывать, что поздние разводы редко являются следствием исключительно текущих обстоятельств. Они, как правило, отражают кумулятивный эффект длительной брачной истории, накопленных конфликтов, изменений в распределении ролей, а также трансформации ценностных ориентаций в течение жизненного курса.

С точки зрения анализа жизненного пути серый развод нередко связан с изменениями в экономической автономии женщин, ростом продолжительности жизни, а также с изменением социальных норм в отношении допустимости развода. В старших возрастных группах развод может рассматриваться как инструмент перераспределения жизненных ресурсов, попытка переосмысления биографической траектории и стремление к индивидуальному благополучию.

Особое значение имеет также анализ повторных союзов после развода. В старших возрастах повторная брачность отличается от первичной как по мотивации, так и по институциональной форме. Повторные союзы могут чаще оформляться в виде сожительства или LAT-партнерства, что требует расширения понятийного аппарата исследования. Методологически это означает необходимость выхода за рамки исключительно зарегистрированных браков и учета разнообразия форм партнерства.

Интерпретация поздних разводов и повторных союзов должна строиться в рамках биографического подхода, учитывающего предшествующий семейный опыт, социально-экономическое положение и изменение гендерных ролей.

В старших возрастных группах существенно возрастает доля лиц, переживших овдовение. Гендерные различия в ожидаемой продолжительности жизни приводят к тому, что среди пожилых женщин доля вдов существенно выше, чем среди мужчин. Женщины в среднем живут дольше мужчин практически во всех регионах мира, и это демографическое неравенство формирует гендерную асимметрию в структуре брачного статуса в позднем возрасте: мужчины чаще состоят в браке, тогда как женщины чаще оказываются вдовами и реже вступают в повторные союзы.

Методологически данный факт требует обязательного учета гендерного измерения при анализе семейно-брачного поведения старших возрастных групп. Повторная брачность у мужчин и женщин различается по частоте, возрасту вступления в новый союз и типу партнерства. Мужчины после овдовения чаще вступают в повторный брак или сожительство, тогда как женщины нередко остаются одиночками, что связано как с демографическими диспропорциями, так и с различиями в экономической независимости и социальных ожиданиях.

Кроме того, вдовство имеет выраженное социально-экономическое и психологическое измерение. Потеря супруга может сопровождаться снижением дохода, ухудшением здоровья и ростом социальной изоляции. В связи с этим анализ вдовства в старших возрастах должен учитывать не только формальный брачный статус, но и показатели благополучия, социальной поддержки и доступности ресурсов.

Специфика интерпретации брачного поведения в старших возрастах заключается в необходимости учитывать кумулятивные эффекты брачной истории, трансформацию гендерных ролей и демографическую асимметрию продолжительности жизни. Без включения гендерного анализа и биографического контекста исследование повторной брачности, разводимости и одиночества в пожилом возрасте остается методологически неполным.

Методологическая рамка исследования семейно-брачного поведения населения старших возрастных групп может быть представлена в виде логической схемы (рис. 1).

Представленный рисунок визуализирует методологическую рамку исследования семейно-брачного поведения старших возрастных групп и отражает многокомпонентную структуру анализа данного феномена. Схема построена по принципу концентрической модели, где центральный объект исследования окружен взаимосвязанными аналитическими блоками.

1. Центральным элементом является объект исследования. В центре схемы расположено понятие «семейно-брачное поведение старших возрастных групп», которое включает ключевые эмпирические проявления: повторные союзы, разводы и вдовство, формы партнерства (включая зарегистрированные и незарегистрированные отношения).

Такое расположение подчеркивает, что именно данные явления выступают фокусом эмпирического анализа, а остальные элементы схемы представляют аналитические инструменты и контексты интерпретации.

2. Теоретико-концептуальный блок. Концепция жизненного пути отражает биографический подход к исследованию. Она предполагает рас-

смотрение брачных событий как части общей жизненной траектории, анализ переходов (брак, развод, овдовение) в динамике, учет накопленного жизненного опыта.

Этот блок задает теоретическую основу исследования и указывает на необходимость анализа кумулятивных эффектов жизненного курса.

3. Источники данных. Блок «Источники данных» включает официальную статистику, лонгитюдные исследования. Он показывает, что эмпирическая база исследования должна быть комбинированной. Официальная статистика обеспечивает макроуровневый анализ, тогда как панельные исследования позволяют проследить индивидуальные траектории брачного поведения.

4. Гендерный анализ. Отдельный блок посвящен гендерным различиям, что отражает методологическую необходимость учитывать асимметрию вдовства, различия в повторной брачности, особенности одиночества и социальной поддержки. Включение этого блока подчеркивает, что брачное поведение в старших возрастах невозможно корректно интерпретировать без гендерной стратификации.

5. Социальный и экономический контекст. Дан-

ный блок указывает на структурные факторы, влияющие на брачные стратегии: экономическая безопасность, потребность в уходе и поддержке, уровень социальной интеграции.

Это подчеркивает междисциплинарный характер исследования: брачное поведение рассматривается не только как демографическое явление, но и как элемент социальной политики и системы благополучия.

6. Ключевые методические подходы. В нижней части схемы представлены инструменты анализа: подход жизненного пути, анализ событий (event history analysis), панельные исследования. Этот уровень отражает методический инструментарий, обеспечивающий операционализацию концептуальной модели.

Схема демонстрирует, что исследование семейно-брачного поведения старших возрастных групп строится на пересечении теоретических концепций (life course), эмпирических источников (статистика и панельные данные), структурных факторов (экономика, социальная интеграция), гендерного измерения.

Рисунок визуально подтверждает, что изучение брачного поведения в позднем возрасте требует комплексного, междисциплинарного

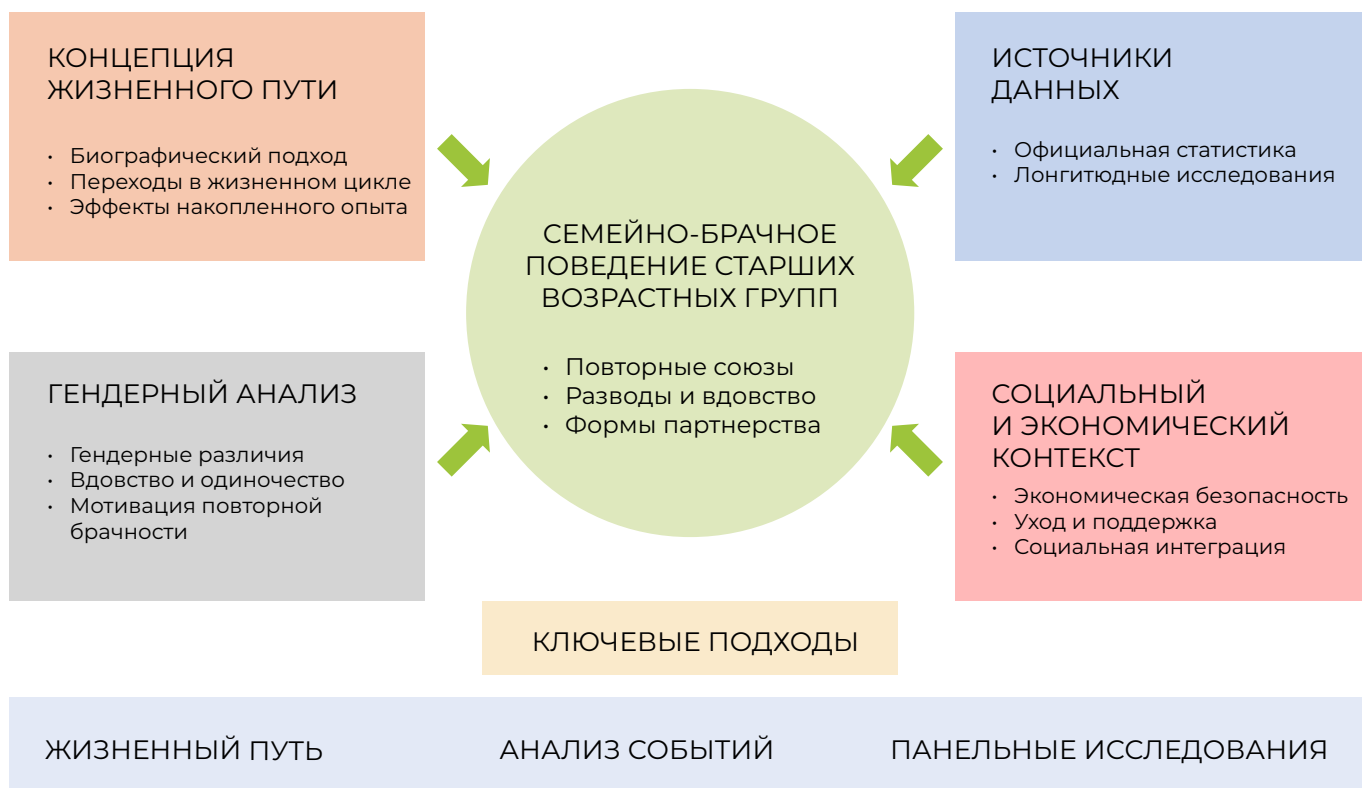


Рис. 1. Методологическая рамка исследования семейно-брачного поведения населения старших возрастных групп
 Fig. 1. Methodological framework for studying the family and marriage status of older age groups

Источник: составлено автором.
 Source: compiled by the author.

и биографически ориентированного подхода. Он отражает переход от узко демографической модели к расширенной социогеронтологической рамке анализа.

Заключение

Семейно-брачное поведение старших возрастных групп представляет собой самостоятельный и методологически сложный объект исследования, требующий выхода за рамки традиционных демографических моделей.

Во-первых, демографическое старение трансформирует структуру брачных траекторий. Брак в позднем возрасте утрачивает преимущественно репродуктивную функцию и приобретает новые социальные смыслы: эмоциональную поддержку, защиту от одиночества, экономическую стабильность и взаимный уход. Это требует переосмысления базовых индикаторов брачности и расширения возрастных границ анализа.

Во-вторых, феномен серого развода, рост повторных союзов и изменение моделей партнерства свидетельствуют о необходимости применения биографического подхода. Поздние брачные события нельзя интерпретировать вне контекста предшествующей брачной истории, накопленных социальных ролей и изменений гендерных отношений. Концепция жизненного пути позволяет интегрировать брачные переходы в общую структуру индивидуальной биографии и учитывать кумулятивные эффекты жизненного опыта.

В-третьих, значимым методологическим изменением выступает гендерный анализ. Гендерная асимметрия продолжительности жизни формирует различия в структуре вдовства, повторной брачности и одиночества в пожилом возрасте. Без учета гендерной стратификации исследование брачного поведения старших возрастных групп оказывается неполным и искаженным.

В-четвертых, эмпирическая база исследования требует комбинированного подхода. Официальная статистика обеспечивает макроуровневую картину брачности и разводимости, однако не отражает альтернативные формы партнерства и не позволяет анализировать динамику переходов. Лонгитюдные и панельные исследования восполняют этот дефицит, обеспечивая возможность анализа брачных траекторий во времени, выявления причинно-следственных связей и оценки влияния брачного статуса на здоровье и благополучие.

В-пятых, интерпретация брачного поведения в старших возрастах невозможна без учета институционального и социально-экономического контекста. Экономическая безопасность, пенсионные системы, культурные нормы и гендерные роли оказывают прямое влияние на брачные стратегии в пожилом возрасте.

Таким образом, разработанная методологическая рамка, основанная на интеграции концепции жизненного пути, гендерного анализа, междисциплинарного подхода и комбинированных источников данных, позволяет перейти от узко демографического анализа к расширенной социогеронтологической модели изучения брачного поведения.

Практическая значимость исследования заключается в том, что полученные методологические выводы могут использоваться при разработке социальной политики, направленной на поддержку пожилых людей, профилактику социальной изоляции, совершенствование пенсионных и семейных программ, а также формирование возрастно-чувствительных стратегий демографического развития.

В условиях продолжающегося демографического старения совершенствование методологического инструментария изучения семейно-брачного поведения старших возрастных групп становится важным направлением научных исследований и необходимым условием адекватного понимания трансформации института семьи в XXI в.

Список литературы

1. Ананченкова П.И. Трансформация семейных ценностей в современном российском обществе. *Труд и социальные отношения*. 2011;22(6):45-53.
2. Остапенко К.М. Сожительство в поздних возрастах: мотивация перехода в официальный брак. *Мониторинг общественного мнения: экономические и социальные перемены*. 2014;5(123):185-199. <https://doi.org/10.14515/monitoring.2014.5.12>
3. Климова С.В. Духовные и экономические факторы брачности и рождаемости. *Вестник Саратовского государственного социально-экономического университета*. 2014;5(54):165-169. Доступно по ссылке: <https://cyberleninka.ru/article/n/duhovnye-i-ekonomicheskie-factory-brachnosti-i-rozhdaemosti/viewer>

4. Гурко Т.А. Теоретические подходы к изучению трансформации института семьи. *Социологический журнал*. 2020;26(1):31-54. <https://doi.org/10.19181/socjour.2020.26.17052>
5. Антонов Г.В., Лактюхина Е.Г. Сравнительный анализ стратегий на брачном рынке среди представителей разных поколений. *Региональная экономика: теория и практика*. 2017;15(4):742-756. <https://doi.org/10.24891/re.15.4.742>

References

1. Ananchenkova P.I. Transformation of Family Values in Modern Russian Society. *Labor and Social Relations*. 2011;22(6):45-53. (In Russ.)
2. Ostapenko K.M. Cohabitation at Later Stages of Life: Motivation for Transition to Official Marriage. *Monitoring of Public Opinion: Economic and Social Changes*. 2014;5:185-199. <https://doi.org/10.14515/monitoring.2014.5.12> (In Russ.)
3. Klimova S.V. Spiritual and Economic Factors of Marriages and Birth Rate. *Bulletin of the Saratov State Socio-Economic University*. 2014;5(54):165-169. Available from: <https://cyberleninka.ru/article/n/duhovnye-i-ekonomicheskie-factory-brachnosti-i-rozhdaemosti/viewer> (In Russ.)
4. Gurko T.A. Theoretical Approaches towards Studying the Transformation of the Family Institution. *Sociological Journal*. 2020;26(1):31-54. <https://doi.org/10.19181/socjour.2020.26.17052> (In Russ.)
5. Antonov G.V., Laktyukhina E.G. A Comparative Analysis of the Marriage Strategies Among Representatives of Different Generations. *Regional Economics: Theory and Practice*. 2017;15(4):742-756. <https://doi.org/10.24891/re.15.4.742> (In Russ.)

Информация о статье

Конфликт интересов: автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование: исследование проводилось без спонсорской поддержки.

Сведения об авторе

Добровольская Татьяна Юрьевна – соискатель кафедры экономики и социологии здравоохранения ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко», <https://orcid.org/0000-0001-7728-1638>

Автор прочитал и одобрил окончательный вариант рукописи.

Для корреспонденции

Добровольская Татьяна Юрьевна
dobrovolskayatu@gmail.com

Статья поступила 14.10.25
Принята к печати 12.02.2026
Опубликована 30.03.2026

Article info

Conflict of interest: the author declares that there is no conflict of interest.

Funding: the author received no financial support for the research.

About the author

Tatyana Yu. Dobrovolskaya – Applicant at the Department of Economics and Sociology of Healthcare, N.A. Semashko National Research Institute of Public Health, <https://orcid.org/0000-0001-7728-1638>

The author read and approved the final version of the manuscript.

Corresponding author

Tatyana Yu. Dobrovolskaya
dobrovolskayatu@gmail.com

Received 14.10.25
Accepted for publication 12.02.2026
Published 30.03.2026

УДК 614:316
<https://doi.org/10.47619/2713-2617.zm.2026.v.7i1;149-157>

Мобильные формы трудоустройства в сфере здравоохранения: теоретический аспект

Н.Ш. Сархадов

Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья им. Н.А. Семашко, 105064, Россия, Москва, ул. Воронцово Поле, д. 12, стр. 1

Автор, ответственный за переписку, email: Uro-sarkhadov@mail.ru

Аннотация

В статье проводится сравнительный анализ современных мобильных форм трудоустройства в сфере здравоохранения, таких как платформенная занятость, временные и гибкие рабочие договоры, а также цифровые механизмы распределения рабочей силы. Рассматриваются теоретические подходы к классификации нестандартных форм занятости, специфика их применения в здравоохранении и влияние на управление персоналом. Анализируются преимущества и ограничения таких моделей с точки зрения гибкости, эффективности использования кадров и управления качеством. Для обоснования выводов использованы публикации по платформенной занятости и управлению персоналом в здравоохранении. Делается вывод о том, что мобильные формы трудоустройства становятся все более значимыми в современных медицинских системах, однако требуют адаптации регулирующих механизмов и стратегий управления персоналом.

Ключевые слова: мобильные формы занятости; здравоохранение; платформенный труд; временная занятость; гибкая занятость; онлайн-платформы; управление персоналом

Для цитирования: Сархадов Н.Ш. Мобильные формы трудоустройства в сфере здравоохранения: теоретический аспект. *Здоровье мегаполиса*. 2026;7(1):149-157. <https://doi.org/10.47619/2713-2617.zm.2026.v.7i1;149-157>

УДК 614:316
<https://doi.org/10.47619/2713-2617.zm.2026.v.7i1;149-157>

A Theoretical Aspect on Mobile Forms of Employment in Healthcare

Nazir Sh. Sarkhadov

N.A. Semashko National Research Institute of Public Health, 12, b.1, Vorontsovo Pole ul., Moscow, 105064, Russian Federation

Corresponding author, email: Uro-sarkhadov@mail.ru

Abstract

The article provides a comparative analysis of current mobile forms of employment in the healthcare sector, such as digital platform employment, temporary and flexible working, and digital mechanisms of human resource allocation. The author considered the theoretical approaches to classifying non-standard forms of employment, the specifics of their integration into healthcare, and their impact on human resource management. The advantages and limitations of such models in terms of flexibility and effective personnel and quality management were analyzed. Publications on alternative employment and human resource management in healthcare were used to validate the conclusions. It is concluded that mobile forms of employment become increasingly important in modern healthcare systems but require adaptation of regulatory mechanisms and human resource management strategies.

Keywords: mobile forms of employment; healthcare; platform labor; temporary employment; flexible employment; digital platforms; human resource management

For citation: Sarkhadov N. Sh. A Theoretical Aspect on Mobile Forms of Employment in Healthcare. *City Healthcare*. 2026;7(1):149-157. <https://doi.org/10.47619/2713-2617.zm.2026.v.7i1;149-157>

Введение

Современные рынки труда претерпевают глубокие структурные изменения под воздействием цифровизации, глобализации и трансформации экономических отношений [1]. Одной из характерных тенденций последних десятилетий стало расширение спектра способов организации труда за пределами традиционных трудовых договоров. Речь идет о так называемых нестандартных формах занятости, включая временную и гибкую работу, работу на условиях неполного рабочего времени, временный заемный труд, а также зависимую самостоятельную занятость и платформенный труд (международная классификация Международной организации труда). Эти формы отличаются от классических трудовых отношений отсутствием длительных контрактов и часто предполагают более гибкие или краткосрочные связи между работником и работодателем [2].

Особое распространение мобильные и цифровые формы занятости получили в последние годы благодаря развитию интернет-платформ, алгоритмических рынков труда и мобильных приложений, связывающих исполнителей и заказчиков в режиме реального времени. Такие цифровые платформы предоставляют работникам возможность выполнять отдельные задания («гиги», gig-work) или выбирать временные рабочие места по запросу, что формирует новый сегмент рынка труда – платформенный, или «экономику свободного заработка» [3].

В то время как исследования мобильной занятости традиционно фокусируются на секторах вроде курьерских, транспортных или сервисных услуг, новые данные свидетельствуют о проникновении таких моделей в сферу здравоохранения. В последние годы появились примеры онлайн-рынков труда, специально ориентированные на медицинских специалистов, например Nomad Health, который напрямую соединяет врачей и медсестер с медицинскими учреждениями, минуя традиционных посредников-агентства¹. Аналогичным образом мобильные приложения, управляемые алгоритмами, могут связывать медсестер и других специалистов со спросом на временный персонал в больницах, клиниках и на дому, что отражает тенденцию uberization здравоохранения – использование моделей, схожих с Uber, для распределения медицинских заданий в реальном времени.

Переход к цифровой и мобильной организации труда в здравоохранении происходит на фоне растущего давления на кадровые системы: дефицит медицинских кадров, высокая нагрузка, усталость и выгорание специалистов вынуждают учрежде-

ния и самих работников искать альтернативные способы организации занятости. В частности, временные, гибкие и платформенные контракты позволяют медицинским работникам самим выбирать график, место и характер работы, что может способствовать улучшению баланса между профессиональной и личной жизнью, снижению демографического давления и адаптации к непредсказуемым условиям спроса на медицинские услуги, например, во время эпидемий или сезонных всплесков заболевания [4].

Тем не менее распространение мобильных форм занятости в здравоохранении сопровождается значительными вызовами, включая вопросы правового статуса занятости, социальной защиты, контроля качества медицинских услуг и управления профессиональными рисками. Несмотря на то что исследовательская литература о платформенной занятости достаточно развита в целом, ее применение и последствия конкретно для системы здравоохранения изучаются еще недостаточно, и доступные данные носят преимущественно описательный характер или основаны на отдельных примерах.

Аналитический и сравнительный подход к изучению мобильных форм трудоустройства в сфере здравоохранения представляется актуальной научной задачей. Он позволяет выявить особенности, преимущества и ограничения таких моделей с точки зрения управления человеческими ресурсами, организационных стратегий, качества ухода и профессионального опыта медицинских работников. При этом важно учитывать не только технологические аспекты развития платформ, но и социально-правовые, экономические и этические последствия их внедрения в столь критически важную сферу, как здравоохранение.

Цель исследования – проведение комплексного сравнительного анализа мобильных форм трудоустройства в сфере здравоохранения (временные контракты через агентства, платформенная занятость, флоат-пулы и гибкие графики) с выявлением их организационно-правовых характеристик, управленческих особенностей, а также оценкой их влияния на качество медицинской помощи и устойчивость кадровых систем здравоохранения.

Материалы и методы

Работа выполнена в формате аналитического сравнительного исследования с использованием элементов системного и структурно-функционального анализа. Исследование носит теоретико-прикладной характер и направлено на обоб-

¹ Nomad Health. URL://nomadhealth.com (дата обращения: 12.01.2026).

щение научных публикаций, международных докладов и нормативных документов, посвященных нестандартным формам занятости и их применению в здравоохранении.

Исследование основано преимущественно на анализе вторичных источников, что ограничивает возможность эмпирической проверки выводов на уровне конкретных медицинских учреждений или национальных систем здравоохранения. Кроме того, различия в правовом регулировании платформенного труда и временной занятости в разных странах могут влиять на применимость полученных результатов к конкретным юрисдикциям.

Таким образом, примененная методология обеспечивает комплексный анализ мобильных форм трудоустройства в здравоохранении и позволяет выявить их сравнительные характеристики с позиции управления человеческими ресурсами, качества медицинской помощи и социальной устойчивости работников.

Результаты

В современной социально-экономической науке понятие «новые формы занятости» охватывает разнообразные способы организации труда, отличные от стандартных наемно-трудовых отношений с постоянным трудовым договором и фиксированным графиком работы. Этот термин используется для обозначения трудовых практик, в которых гибкость, краткосрочность и адаптивность играют ключевую роль, а традиционные элементы трудовых отношений – стабильность занятости и защита трудовых прав – подвергаются переосмыслению. К таким формам относятся временная и сезонная работа, работа по договору гражданско-правового характера, неполный рабочий день, а также работа через цифровые платформы, обеспечивающая выполнение отдельных заданий без закрепленного работодателя в классическом понимании [5].

В международных исследованиях такие модели также именуется «незащищенная занятость» или «нестандартная занятость» и рассматриваются в контексте переходных процессов на рынке труда, вызванных цифровыми технологиями, глобальными экономическими изменениями и смещением баланса в сторону индивидуальной ответственности работников за организацию собственной профессиональной деятельности [2]. Эти изменения отражают трансформацию классической модели трудовых отношений, в ко-

торой центральным остается понятие стабильного рабочего места с социальными гарантиями, на современную модель, ориентированную на гибкость и индивидуальные предпочтения работника.

Одной из наиболее актуальных категорий в рамках новых форм трудоустройства является платформенный труд. Он характеризуется тем, что посреднические цифровые платформы – обычно в виде мобильных приложений или веб-интерфейсов – связывают исполнителей и заказчиков в режиме реального времени. Платформа выступает гарантом организации взаимодействия: распределяет задания, фиксирует условия и сроки выполнения, а зачастую и обеспечивает расчет вознаграждения напрямую между сторонами без прямого трудового контракта в классическом смысле. Такая модель получила широкое распространение в сервисных секторах экономики (такси, доставка, задачи бытового сервиса) и все активнее проникает в профессиональные сферы, включая здравоохранение².

Платформенный труд рассматривается как одна из форм цифровой экономики труда, в которой алгоритмические решения заменяют традиционные HR-функции – подбор, планирование смен, мониторинг выполнения заданий и расчет оплаты. В отличие от классических агентских схем, где человек-рекрутер управляет процессом распределения рабочего задания, алгоритм платформы обеспечивает стандартизированный и автоматизированный механизм присоединения к рабочим сменам или проектам с учетом рейтингов, доступности и спроса³. Это делает платформенный труд особенно интересным объектом анализа с точки зрения управления человеческими ресурсами в динамичных и неопределенных условиях.

Важная часть теоретической дискуссии связана с различием временной, гибкой и платформенной занятости как отдельных типов мобильно-организованного труда. Временная занятость предполагает работу на основе контрактов ограниченного срока, часто через агентства по трудоустройству или посредников, и используется для замещения краткосрочных вакансий, сезонных пиков или временных проектов. Такая модель предоставляет организациям возможность оперативно наращивать кадровые ресурсы без долгосрочных обязательств, а работникам – выбор между различными местами временной занятости в зависимости от графика и предпочтений [6].

Еще одним вариантом мобильной занятости

² De Stefano, Valerio, The Rise of the 'Just-in-Time Workforce': On-Demand Work, Crowd Work and Labour Protection in the 'Gig-Economy' (October 28, 2015). Available at SSRN: URL:<https://ssrn.com/abstract=2682602> (дата обращения: 12.01.2026).

³ Codagnone, Cristiano and Abadie, Fabienne and Biagi, Federico, The Future of Work in the 'Sharing Economy'. Market Efficiency and Equitable Opportunities or Unfair Precarisation? (May 27, 2016). Available at SSRN: URL:<https://ssrn.com/abstract=2784774> (дата обращения: 12.01.2026).

являются так называемые флоат-пулы и гибкие графики внутри крупных медицинских учреждений. Флоат-пул представляет собой резервную группу специалистов (например, медсестер), которые не закреплены за одним отделением, а перераспределяются по сменам в зависимости от текущего спроса. Такой механизм позволяет оптимизировать покрытие переменных потребностей учреждения без необходимости привлечения внешних временных работников, одновременно обеспечивая персоналу возможность выбирать график и специализацию. Гибкие графики же позволяют сотрудникам адаптировать рабочее время в рамках организации так, чтобы совмещать профессиональные обязанности с личным расписанием [7].

В совокупности мобильные формы занятости в здравоохранении могут быть представлены следующими основными организационными моделями:

– временными контрактами через агентства: используются для замещения краткосрочных вакансий, гибкого управления кадровым резервом и быстрого реагирования на изменения

спроса;

– платформенным распределением рабочих смен: обеспечивает работникам и работодателям возможность находить и предлагать задания через цифровые платформы, что усиливает мобильность и автономию работника;

– флоат-пулами и гибкими графиками: внутренние механизмы крупных учреждений, направленные на адаптивное распределение кадров без выхода за рамки организации.

Каждая из этих форм отражает разные степени автономии работника, организационной зависимости и гибкости труда, а также предъявляет различные требования к управлению персоналом, обеспечению качества услуг и регулированию трудовых прав. В следующем разделе статьи проводится аналитическое сравнение указанных моделей и изучается их влияние на сферу здравоохранения с точки зрения эффективности, устойчивости и социальной защиты участников рынка труда.

В таблице 1 представлена систематизация мобильных форм занятости в здравоохранении.

Сравнительный анализ демонстрирует: мо-

Таблица 1. Сравнительный анализ мобильных форм трудоустройства в здравоохранении
Table 1. Comparative analysis of mobile forms of employment in healthcare

Критерий сравнения	Временные контракты через агентства	Платформенная занятость	Флоат-пулы и гибкие графики (внутри организации)
Организационный посредник	Кадровое агентство или рекрутинговая компания	Цифровая онлайн-платформа (алгоритмическое распределение)	Само медицинское учреждение
Правовой статус работника	Временный сотрудник (контракт с агентством)	Часто самозанятый / независимый подрядчик (зависит от юрисдикции)	Штатный сотрудник учреждения
Срок занятости	Ограниченный (смена, неделя, проект, временная вакансия)	Краткосрочные задания или отдельные смены	Постоянная занятость с гибким распределением
Механизм распределения труда	Назначение через менеджера агентства	Алгоритмическое распределение через приложение	Внутреннее планирование отделом кадров
Степень автономии работника	Средняя (ограничена условиями агентства)	Высокая (работник выбирает задания самостоятельно)	Ограниченная (в рамках политики учреждения)
Гибкость графика	Умеренная	Высокая	Умеренная – высокая
Социальные гарантии	Частично обеспечены агентством	Часто ограничены или отсутствуют	Полный пакет гарантий штатного сотрудника

Критерий сравнения	Временные контракты через агентства	Платформенная занятость	Флоат-пулы и гибкие графики (внутри организации)
Интеграция в коллектив	Низкая – средняя	Низкая	Высокая
Контроль качества медицинской помощи	Осуществляется принимающей организацией	Требует дополнительных механизмов регулирования	Встроен в систему управления учреждения
Основные преимущества	Быстрое закрытие вакансий; гибкость для работодателя	Максимальная гибкость; оперативность подбора; снижение посреднических затрат	Сохранение кадрового ядра; стабильность качества; гибкое покрытие нагрузки
Основные риски	Фрагментация команды; нестабильность персонала	Правовая неопределенность; риск снижения стандартов; социальная незащищенность	Ограниченная мобильность; возможная перегрузка персонала
Типичный контекст применения	Дефицит кадров, сезонные пики, экстренные ситуации	Краткосрочный спрос, локальный дефицит специалистов	Крупные больницы, многоотраслевые медицинские центры

Составлено авторами.
Compiled by the authors.

бильные формы трудоустройства различаются прежде всего по степени автономии работника, уровню институциональной интеграции и механизму распределения труда. Платформенная занятость обеспечивает максимальную гибкость и мобильность, но сопровождается более высокой правовой неопределенностью и рисками социальной незащищенности. Временные агентские контракты занимают промежуточное положение, сочетая управляемость со стороны посредника и ограниченную гибкость. Флоат-пулы представляют собой институционально встроенную модель мобильности, позволяющую сохранять стандарты качества при определенной гибкости.

Таким образом, мобильные формы занятости в здравоохранении не являются однородным явлением, а формируют спектр моделей, отличающихся по организационной логике, уровню гибкости и степени регулирования.

Влияние мобильных форм занятости на качество медицинской помощи и устойчивость кадровых систем носит двойственный (амбивалентный) характер. Эффект зависит от организационного дизайна модели (агентская, платформенная, внутренние флоат-пулы), уровня регулирования и интеграции в клинические процессы (табл. 2).

Таким образом, влияние мобильных форм заня-

Таблица 2. Влияние мобильных форм занятости на качество медицинской помощи
Table 2. Impact of mobile employment on quality of care

Позитивные эффекты	Негативные эффекты
<p>Повышение оперативности покрытия дефицита кадров</p> <p>Мобильные формы позволяют быстро закрывать вакантные смены и предотвращать недокомплектованность отделений. Снижение нехватки персонала напрямую связано с улучшением показателей безопасности пациентов, поскольку дефицит медсестер и врачей коррелирует с ростом неблагоприятных исходов</p>	<p>Разрыв преемственности медицинской помощи</p> <p>Платформенные и краткосрочные формы занятости снижают степень включенности специалиста в клиническую команду. Это может:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ухудшать коммуникацию; - повышать риск несогласованных решений; - снижать уровень командной ответственности
<p>Снижение перегрузки штатного персонала</p> <p>Гибкое привлечение временных специалистов может уменьшать переработки и хроническую усталость, которые ассоциируются с медицинскими ошибками и снижением качества ухода</p>	<p>Ослабление институциональной приверженности стандартам</p> <p>Временный или платформенный работник менее интегрирован в систему внутреннего контроля качества и клинических протоколов учреждения</p>

Позитивные эффекты	Негативные эффекты
<p>Адаптивность к эпидемиологическим всплескам</p> <p>Во время эпидемий и сезонных пиков мобильные формы занятости повышают пропускную способность системы здравоохранения</p>	<p>Риск алгоритмического управления без клинического контекста</p> <p>Платформенные модели ориентируются на скорость закрытия смен, а не на клиническую совместимость персонала и отделения</p>

Составлено авторами.
Compiled by the authors.

тости нельзя оценивать однозначно: их эффективность определяется степенью институциональной интеграции и качеством управленческого сопровождения. В целом мобильные формы занятости повышают адаптивность и краткосрочную устойчивость системы, позволяют компенсировать кадровый дефицит, улучшают баланс работы и личной жизни специалистов, но одновременно создают риски фрагментации медицинских команд, усложняют контроль качества, могут ослаблять долгосрочную устойчивость кадрового ядра. В связи с этим, по нашему мнению, оптимальной является гибридная модель, при которой ядро медицинской организации сохраняет стабильный штат, мобильные формы используются как инструмент адаптивного реагирования, платформенные решения интегрированы в систему клинического контроля, а также обеспечивается нормативное регулирование социальной защиты работников.

Заключение

Проведенный сравнительный анализ мобильных форм трудоустройства в сфере здравоохранения позволяет сделать вывод о том, что их распространение является закономерным следствием цифровизации экономики, трансформации трудовых отношений и возрастающего давления на кадровые системы здравоохранения. Временные агентские контракты, платформенная занятость и внутренние механизмы гибкого распределения персонала (флоат-пулы) представляют собой различные организационные модели мобильно организованного труда, отличающиеся по степени автономии работника, уровню институциональной интеграции и характеру правового регулирования.

Исследование показало, что мобильные формы занятости обладают значительным адаптивным потенциалом. Они позволяют оперативно компенсировать кадровый дефицит, снижать перегрузку штатного персонала, повышать гибкость реагирования на сезонные и эпидемиологические колебания спроса на медицинские услуги. В условиях демографических вызовов и роста профессионального выгорания медицинских работников

такие формы организации труда могут выступать инструментом поддержания краткосрочной устойчивости системы здравоохранения.

Вместе с тем выявлены существенные риски, связанные с фрагментацией медицинских команд, ослаблением институциональной приверженности клиническим стандартам, снижением преемственности медицинской помощи и правовой неопределенностью статуса работников в платформенных моделях. Особую значимость приобретают вопросы социальной защиты, профессиональной ответственности и обеспечения качества медицинской помощи в условиях алгоритмического распределения труда.

Таким образом, мобильные формы занятости в здравоохранении не могут рассматриваться ни исключительно как угроза, ни исключительно как универсальное решение кадровых проблем. Их влияние носит амбивалентный характер и определяется степенью нормативной регламентации, уровнем управленческой интеграции и наличием механизмов клинического контроля.

На основании проведенного анализа можно сформулировать следующие обобщающие положения.

- Наиболее устойчивой с точки зрения качества медицинской помощи является институционально встроенная модель гибкости (флоат-пулы), позволяющая сочетать мобильность и сохранение кадрового ядра.

- Платформенные модели обладают высоким потенциалом гибкости, однако требуют усиленного регулирования и интеграции в систему внутреннего контроля качества.

- Агентская временная занятость выполняет компенсаторную функцию, но при чрезмерном использовании может ослаблять долгосрочную устойчивость кадровой структуры.

- Оптимальной представляется гибридная модель кадровой политики, сочетающая стабильное ядро штатных сотрудников с регулируемым использованием мобильных форм занятости.

В перспективе дальнейшие исследования должны быть направлены на эмпирическую оценку влияния мобильных форм занятости на клинические исходы, показатели безопасности пациентов, уровень профессионального выгорания

и экономическую эффективность медицинских организаций. Это позволит перейти от теоретико-аналитического осмысления к разработке

практических рекомендаций по формированию устойчивых и социально ответственных кадровых стратегий в сфере здравоохранения.

Список литературы

1. Алексашина Т.В., Ананченкова П.И., Белкин М.В. и др. Современные проблемы экономики труда и пути их решения. Москва-Берлин: Директ-Медиа; 2019. 491 с.
2. Non-standard employment. Analysis of challenges and prospects in different countries. Overview. Geneva: International Labour Office; 2017.
3. Новые формы занятости и качество занятости: последствия для официальной статистики. Серия рабочих документов по статистике. 2019;(8).
4. Ahmadi Shad M., Simon M., Liberatore F. The Impact of Online Labor Platforms on Workforce Management in Health Care. *Interactive Journal of Medical Research*. 2025;14:e68546. <https://doi.org/10.2196/68546>
5. Гишкаева Л.Л., Ампукаева М.Н. Новые формы занятости на рынке труда. *Экономика и бизнес: теория и практика*. 2021;10-1(80):85-88. <https://doi.org/10.24412/2411-0450-2021-10-1-85-88>
6. Eurofound. New forms of employment. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2015.
7. Oppel E.M., Young G.J. Nurse Staffing Patterns and Patient Experience of Care: An Empirical Analysis of U.S. Hospitals. *Health Services Research*. 2018;53(3):1799-1818. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.12756>

References

1. Aleksashina T.V., Ananchenkova P.I., Belkin M.V. et al. Modern problems of labor economics and ways to solve them. Moscow-Berlin: Direct-Media; 2019. 491 p. (In Russ.)
2. Non-standard employment. Analysis of challenges and prospects in different countries. Overview. Geneva: International Labour Office; 2017. (In Russ.)
3. UNECE. New forms of employment and quality of employment: implications for official statistics. Working Paper Series on Statistics. 2019;(8). (In Russ.)
4. Ahmadi Shad M., Simon M., Liberatore F. The Impact of Online Labor Platforms on Workforce Management in Health Care. *Interactive Journal of Medical Research*. 2025;14:e68546. <https://doi.org/10.2196/68546>
5. Gishkaeva L.L., Ampukaeva M.N. New forms of employment in the labor market. *Economics and Business: Theory and Practice*. 2021;10-1(80):85-88. (In Russ.) <https://doi.org/10.24412/2411-0450-2021-10-1-85-88>
6. Eurofound. New forms of employment. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2015.
7. Oppel E.M., Young G.J. Nurse Staffing Patterns and Patient Experience of Care: An Empirical Analysis of U.S. Hospitals. *Health Services Research*. 2018;53(3):1799-1818. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.12756>

Информация о статье

Конфликт интересов: автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование: исследование проводилось без спонсорской поддержки.

Сведения об авторе

Назир Шихмирзаевич Сархадов – канд. мед. наук, докторант ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко», <https://orcid.org/0009-0004-3528-4733>

Article info

Conflict of interest: the author declares that there is no conflict of interest.

Funding: the authors received no financial support for the research.

About the author

Nazir Sh. Sarkhadov – Cand. Sci. in Medicine, Doctorate Degree Student, N.A. Semashko National Research Institute of Public Health, <https://orcid.org/0009-0004-3528-4733>

Автор прочитал и одобрил окончательный вариант рукописи.

Для корреспонденции

Назир Шихмирзаевич Сархадов
Uro-sarkhadov@mail.ru

Статья поступила 23.09.2025
Принята к печати 18.02.2026
Опубликована 30.03.2026

The author read and approved the final version of the manuscript.

Corresponding author

Nazir Sh. Sarkhadov
Uro-sarkhadov@mail.ru

Received 23.09.2025
Accepted for publication 18.02.2026
Published 30.03.2026

УДК 614.23
<https://doi.org/10.47619/2713-2617.zm.2026.v.7i1;158-164>

Механизмы и проблемы профессионального развития врачей поликлиники

С.А. Багомедова

Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы, 115088, Россия, г. Москва, ул. Шарикоподшипниковская, д. 9

Автор, ответственный за переписку, email: sidrat90@yandex.ru

Аннотация

Введение. Представлен аналитический обзор научных публикаций и нормативных правовых документов, посвященных механизмам и проблемам профессионального развития врачей поликлинического звена в современной России. Актуальность исследования обусловлена трансформацией системы первичной медико-санитарной помощи, внедрением периодической аккредитации специалистов и системы непрерывного медицинского образования (НМО), а также сохранением высокой организационно-трудовой нагрузки на врачей амбулаторного звена. **Цель исследования** – систематизация и анализ ключевых барьеров профессионального развития врачей поликлиники с учетом специфики их трудовой деятельности, а также оценка влияния действующих механизмов НМО на образовательную доступность и мотивацию специалистов. **Материалы и методы.** Исследование выполнено в формате аналитического обзора. Проанализированы федеральные законы, приказы Минздрава России, стратегические документы в сфере здравоохранения, а также научные публикации за период 2017–2025 гг., отобранные по критериям релевантности теме первичного звена, научной обоснованности и публикации в профильных рецензируемых изданиях. В работе использованы методы контент-анализа, сравнительного анализа и структурно-функционального сопоставления. **Результаты.** В ходе анализа выделены четыре группы факторов, ограничивающих профессиональное развитие врачей поликлиники: организационно-трудовые, финансово-экономические, качественно образовательные и мотивационные. Установлено, что высокая интенсивность приема, дефицит кадров, отсутствие подменного персонала и ограниченные временные ресурсы снижают доступность образовательных программ. Одновременно выявлены проблемы качества образовательных программ и формализации обучения, снижающие его практическую ценность. Мотивация к профессиональному развитию в значительной степени определяется управленческой поддержкой и организационной культурой медицинской организации. **Заключение.** Показано, что эффективность системы НМО в поликлиническом звене определяется согласованностью нормативных требований, организационных условий труда и управленческих решений. Полученные результаты могут быть использованы при совершенствовании кадровой политики в первичном звене здравоохранения и разработке механизмов профессионального развития врачей с учетом специфики амбулаторной практики.

Ключевые слова: непрерывное медицинское образование; поликлиника; профессиональное развитие врачей

Для цитирования: Багомедова С.А. Механизмы и проблемы профессионального развития врачей поликлиники. *Здоровье мегаполиса*. 2026;7(1):158-164. <https://doi.org/10.47619/2713-2617.zm.2026.v.7i1;158-164>

УДК 614.23
<https://doi.org/10.47619/2713-2617.zm.2026.v.7i1;158-164>

Mechanisms and Problems of Professional Development of Doctors in Polyclinics

Sidrat A. Bagomedova

Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management of Moscow Healthcare Department, 9, Sharikopodshipnikovskaya ul., 115088, Moscow, Russian Federation

Corresponding author, email: sidrat90@yandex.ru

Abstract

Introduction. This article provides an analytical review of scientific publications and regulatory documents on the current mechanisms and problems of professional development of medical professionals working in Russian polyclinics. The relevance of this study is determined by the transformation of the primary healthcare system, the implementation of regular accreditation and continuous medical education (CME) system, as well as steady organizational burden and workload of outpatient physicians. **The goal** was to systematize and analyze the key barriers to the professional development of doctors in polyclinics taking into account the specifics of their work, as well as to assess the impact of the current CME mechanisms on education access and motivation. **Materials and methods.** In this study, an analytical review was conducted. Federal laws, orders of the Ministry of Health of the Russian Federation, strategic healthcare documents, as well as domestic scientific publications for the period 2017–2025 selected upon their relevance to the primary healthcare sector, scientific validity, and publication in specialized peer-reviewed journals, were analyzed. The study used content analysis, comparative analysis, and structural and functional comparison methods. **Results.** The analysis identified four groups of factors that limit the professional development of doctors in polyclinics, namely: organizational and labor, financial and economic, quality and educational, and motivational factors. It was found that excessive number of consultations per physician, staff shortages, lack of backup staff, and limited time resources reduce the availability of educational programs. The motivation for professional development is largely determined by management support and the organizational culture of the medical organization. **Conclusion.** The study showed that the effectiveness of the CME system in the outpatient sector is determined by the consistency of regulatory requirements, organizational working conditions, and management decisions. The results obtained can be used to improve personnel policy in the primary healthcare sector and develop mechanisms for the professional development of doctors taking into account the specifics of outpatient care.

Keywords: continuous medical education; polyclinic; professional development of doctors

For citation: Bagomedova S.A. Mechanisms and Problems of Professional Development of Doctors in Polyclinics. *City Healthcare*. 2026;7(1):158-164. <https://doi.org/10.47619/2713-2617.zm.2026.v.7i1;158-164>

Введение

Профессиональное развитие врачей поликлинического звена является одним из ключевых условий обеспечения качества и устойчивости первичной медико-санитарной помощи. Поликлиника как основное звено системы здравоохранения выполняет функции первичного контакта населения с медицинской службой, профилактики, диспансерного наблюдения и маршрутизации пациентов, что предъявляет повышенные требования к уровню профессиональной подготовки врачей.

В условиях реформирования системы здравоохранения и усиления нормативного регулирования именно кадровый потенциал амбулаторного звена во многом определяет эффективность реализации государственных программ в сфере охраны здоровья населения.

В последние годы система профессионального развития медицинских работников в Российской Федерации претерпела существенные изменения. Введение периодической аккредитации специалистов и формирование системы непрерывного медицинского образования (НМО) закрепили обязательность регулярного обновления профессиональных компетенций врачей. Согласно действующим нормативным требованиям, врач обязан в течение пятилетнего цикла подтверждать квалификацию посредством участия в образовательных мероприятиях и формирования индивидуального образовательного портфолио. Предполагается, что данный механизм обеспечивает адаптацию профессиональных знаний и навыков к изменениям клинической практики и медицинских технологий.

Однако реализация указанных требований в поликлиническом звене сталкивается с рядом устойчивых организационно-трудовых ограничений. Амбулаторная практика характеризуется высокой интенсивностью приема, жестким нормированием рабочего времени, значительным объемом медицинской документации и дефицитом кадров, что существенно сокращает временные и организационные возможности врачей для участия в образовательных программах [1]. Поликлиники, как правило, не располагают достаточным резервом персонала, позволяющим компенсировать отсутствие специалиста в период его обучения.

Статистические данные свидетельствуют о сохраняющемся кадровом дефиците в первичном звене здравоохранения, особенно в региональных и сельских медицинских организациях. Нагрузка на одного врача поликлиники нередко превышает установленные нормативы, что напрямую отражается на доступности программ повышения квалификации и участия в системе НМО. В этих условиях профессиональное разви-

тие чаще приобретает характер индивидуальной инициативы врача, не всегда поддерживаемой на уровне медицинской организации.

Дополнительным фактором, влияющим на вовлеченность врачей в профессиональное обучение, выступают финансово-экономические ограничения. Несмотря на нормативное закрепление обязанности работодателя обеспечивать повышение квалификации медицинских работников, фактические расходы на обучение во многих случаях частично или полностью возлагаются на самих специалистов [2]. Это усиливает неравенство в доступе к образовательным ресурсам и формирует риск формализации образовательной активности.

Наряду с организационными и финансовыми аспектами значимую роль играет мотивационный компонент. Исследования показывают, что отношение врачей поликлиник к системе НМО во многом определяется управленческой поддержкой, организационной культурой и воспринимаемой практической ценностью образовательных программ [3]. В условиях отсутствия прямой связи между результатами обучения, условиями труда и карьерными перспективами участие в НМО нередко воспринимается как выполнение формального требования, а не как инструмент профессионального развития.

Несмотря на наличие значительного массива публикаций, посвященных реформированию системы НМО и кадровому обеспечению здравоохранения, специфика профессионального развития врачей именно поликлинического звена остается недостаточно систематизированной. В связи с этим представляется актуальным проведение аналитического обзора, ориентированного на выявление и систематизацию ключевых барьеров профессионального развития врачей поликлиники с учетом специфики их трудовой деятельности и действующих механизмов НМО [2].

Цель настоящего исследования – анализ механизмов и проблем профессионального развития врачей поликлинического звена в современной России на основе обзора нормативных правовых актов и научных публикаций, а также определение направлений совершенствования системы НМО с учетом организационных условий амбулаторной практики.

Материалы и методы

В настоящем исследовании использован формат аналитического обзора литературы и нормативных правовых источников, посвященных профессиональному развитию врачей поликлинического звена в условиях функционирования системы НМО в Российской Федерации. Методологический дизайн исследования ориентирован на си-

стематизацию и интерпретацию существующих научных и нормативных данных без проведения эмпирического сбора первичной информации.

Источниковую базу исследования составили федеральные законы и подзаконные нормативные правовые акты, регулирующие вопросы профессиональной подготовки, аккредитации и повышения квалификации медицинских работников первичного звена, включая Федеральный закон № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»¹, приказы Минздрава России от 21.11.2017 № 926² и от 28.10.2022 № 709н³, а также иные нормативные документы, действующие в период 2017–2025 гг.

В обзор включены работы, посвященные кадровому обеспечению первичной медико-санитарной помощи, финансовым аспектам непрерывного медицинского образования, а также мотивационным факторам участия врачей в образовательных программах [1–4].

Использование источников обусловлено отсутствием детализированной официальной статистики по отдельным аспектам профессионального развития врачей амбулаторного звена.

Методологическую основу исследования составили контент-анализ, сравнительный анализ и структурно-функциональный подход. Контент-анализ применялся для выявления повторяющихся проблемных тематик, отраженных в нормативных документах и научных публикациях, включая кадровый дефицит, организационные ограничения, финансовые барьеры и вопросы качества образовательных программ. Сравнительный анализ использовался для сопоставления различных подходов к организации профессионального развития врачей в отечественных и зарубежных исследованиях.

Структурно-функциональный подход позволил проанализировать взаимосвязи между нормативными требованиями системы НМО, организационными условиями деятельности поликлиник и мотивационными установками врачей, что обеспечило комплексную интерпретацию факторов, влияющих на вовлеченность специалистов в образовательные практики.

Публицистические и новостные материалы использовались исключительно для иллюстрации актуальности рассматриваемой проблематики и не включались в аналитическую часть исследования. Этические принципы научной деятельности соблюдены; исследование не предполагало сбора персональных данных и вмешательства в профессиональную деятельность медицинских работников.

Результаты

Анализ нормативных документов, научных публикаций и аналитических отчетов позволил выявить совокупность факторов, ограничивающих профессиональное развитие врачей поликлинического звена. Выявленные ограничения сгруппированы в четыре категории: организационно-трудовые, финансово-экономические, качественно образовательные и мотивационные. Каждая группа факторов проявляется с учетом специфики амбулаторной практики и влияет на доступность и результативность непрерывного медицинского образования.

1. Организационно-трудовые ограничения

Для поликлинического звена характерны высокая интенсивность приема пациентов, жесткое нормирование рабочего времени, значительный объем медицинской документации и дефицит кадров. Обеспеченность участковыми терапевтами и врачами общей практики остается ниже нормативной, особенно в региональных и сельских медицинских организациях [1, 3]. В условиях отсутствия подменного персонала временное выбытие врача для участия в образовательных мероприятиях приводит к перераспределению нагрузки и ограничивает возможности направлять специалистов на обучение.

Территориальный фактор также существенно снижает доступность образовательных программ. Аналитические отчеты указывают: значительная часть врачей первичного звена не имеет возможности регулярно участвовать в очных образовательных мероприятиях, проводимых вне места работы, в связи с кадровыми и организационными ограничениями, что характерно не только для России, но и для систем здравоохранения многих стран мира [4, 5].

2. Финансово-экономические факторы

Финансовые ограничения остаются устойчивым барьером профессионального развития врачей поликлиники. Несмотря на нормативное закрепление обязанности работодателя обеспечивать повышение квалификации медицинских работников, фактическое финансирование программ НМО остается недостаточным [3].

Исследования показывают, что значительная доля врачей оплачивает обучение полностью или частично за счет собственных средств. Дополнительные расходы, связанные с проездом и проживанием при очных формах обучения, усиливают финансовую нагрузку и формируют неравенство в доступе к образовательным ресурсам.

¹ Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc.LAW_121895/ (дата обращения: 12.10.2025).

² Концепция развития непрерывного медицинского и фармацевтического образования Российской Федерации (до 2021 г.). Приказ Минздрава России от 21.11.2017 № 926. URL: <https://minzdrav.gov.ru/documents/926> (дата обращения: 10.10.2025).

³ Приказ Минздрава России от 28.10.2022 № 709н «О порядке проведения аккредитации специалистов». URL: <https://minzdrav.gov.ru/documents/709n> (дата обращения: 16.10.2025).

3. Качественно образовательные проблемы

Анализ публикаций показывает: расширение числа организаций, реализующих программы НМО, сопровождается значительной вариативностью содержания и практической направленности курсов [3]. Процедуры лицензирования и аккредитации образовательных центров не всегда обеспечивают контроль соответствия программ профессиональным задачам врачей поликлиники.

В условиях ограниченных временных ресурсов специалисты нередко ориентируются на краткосрочные образовательные форматы, позволяющие формально выполнить требования аккредитации. Данная тенденция описана в ряде аналитических обзоров, посвященных качеству дополнительного профессионального образования в здравоохранении.

4. Мотивационные и организационно-культурные факторы

Мотивация врачей к профессиональному развитию определяется управленческими и организационно-культурными условиями медицинской организации. По данным социологических исследований, отсутствие связи между результатами обучения, условиями труда и карьерным продвижением снижает заинтересованность врачей в участии в программах НМО.

Результаты исследований показывают, что поддержка со стороны руководства и признание результатов обучения в системе стимулирования повышают вовлеченность врачей в образовательные практики.

5. Интеграция факторов

Сопоставление выявленных факторов показывает, что они не действуют изолированно. Организационно-трудоустройство ограничивают финансовые барьеры, а снижение качества образовательных программ негативно влияет на мотивацию врачей к участию в НМО. Подобная взаимосвязь организационных и экономических ограничений описана также в международных аналитических обзорах кадров здравоохранения [4].

В условиях первичной медико-санитарной помощи это приводит к формированию ограниченных траекторий профессионального развития, при которых выполнение нормативных требований не всегда сопровождается ростом профессиональных компетенций.

Обсуждение

Полученные результаты подтверждают: профессиональное развитие врачей поликлинического звена формируется под воздействием совокупности организационно-трудоустроительных, финансово-экономических, образовательных и мотивационных факторов.

При этом определяющее значение имеют условия организации труда в амбулаторной практике, отличающиеся высокой интенсивностью приема, жестким нормированием рабочего времени и ограниченными кадровыми ресурсами [1, 2].

Поликлиника функционирует в режиме непрерывного потока пациентов, что существенно снижает возможности планирования образовательной деятельности врачей. Отсутствие подменного персонала и превышение нормативной нагрузки приводят к тому, что участие в программах НМО осуществляется нерегулярно и нередко за пределами рабочего времени. Эти выводы согласуются с данными аналитических отчетов, фиксирующих зависимость образовательной активности врачей от кадровой обеспеченности медицинских организаций первичного звена [5].

Финансово-экономические ограничения, выявленные в ходе анализа, усиливают влияние организационных факторов. Недостаточное финансирование программ повышения квалификации и ограниченные возможности использования средств обязательного медицинского страхования формируют ситуацию, при которой значительная часть врачей поликлиники вынуждена самостоятельно финансировать свое обучение.

В результате доступ к образовательным ресурсам оказывается неравномерным и зависит от индивидуальных экономических возможностей специалиста, что снижает системность профессионального развития.

Проблемы качества образовательных программ, отмеченные в ряде публикаций, указывают на формализацию обучения при недостаточном контроле содержания и результатов образовательных мероприятий [6]. Для поликлинического звена данная тенденция имеет особую значимость, поскольку ограниченные временные ресурсы требуют высокой прикладной направленности обучения и его прямой связи с задачами амбулаторной практики. В условиях, когда образовательные программы не ориентированы на специфику поликлиники, их практическая ценность для врачей снижается. Отдельного обсуждения требует влияние нормативных изменений, касающихся использования дистанционных форм обучения. Анализ источников показывает, что дистанционные образовательные форматы увеличивают доступность профессионального обучения для врачей поликлиники, особенно в региональных и территориально удаленных медицинских организациях [7].

Мотивационные факторы профессионального развития врачей поликлиники тесно связаны с управленческими и организационно-культурными условиями медицинской организации.

Социологические исследования показывают, что при отсутствии связи между результатами обучения, системой стимулирования и карьерными возможностями участие врачей в НМО воспринимается как формальное выполнение нормативных требований. Напротив, управленческая поддержка и признание образовательной активности повышают вовлеченность специалистов и способствуют более устойчивому профессиональному развитию.

Заключение

В совокупности анализ обсуждаемых факторов позволяет сделать вывод о том, что действующие механизмы непрерывного медицинского

образования в недостаточной степени адаптированы к специфике поликлинического звена. Формальное единообразие нормативных требований не сопровождается учетом реальных организационных, финансовых и мотивационных условий амбулаторной практики, что ограничивает рентабельность НМО как инструмента профессионального развития врачей первичного звена. Согласованность нормативных требований, организационных условий труда и управленческих решений повысит эффективность системы НМО в поликлиническом звене. Полученные результаты могут быть использованы при совершенствовании кадровой политики в первичном звене здравоохранения и разработке механизмов профессионального развития врачей с учетом специфики амбулаторной практики.

Список литературы

1. Иванова А.А., Завалева Е.В., Шувалов С.С., Андрузская А.Г. Кадровый ресурс в системе здравоохранения. *Медицинские технологии. Оценка и выбор*. 2023;45(2):59-66. <https://doi.org/10.17116/medtech20234502159>
2. Коленникова О.А., Токсанбаева М.С. Оценка квалификации медицинских специалистов в аспекте развития непрерывного медицинского образования. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2021;29(S2):1318-1323. <https://doi.org/10.32687/0869-866X-2021-29-s2-1318-1323>
3. ВЦИОМ. Врачи: доверие, престиж, доходность профессии. Аналитический обзор. 2022. Доступно по ссылке: <https://wciom.ru/analytical-reviews/analiticheskii-obzor/vrachi-doverie-prestizh-dokhodnost-professii> (дата обращения: 16.10.2025).
4. World Health Organization. Building the primary health care workforce of the 21st century. Geneva: WHO, 2018. Доступно по ссылке: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-SDS-2018.48-eng?y-sclid=mmlyknmhfh975932155>
5. West C.P., Dyrbye L.N., Shanafelt T.D. Physician burnout: contributors, consequences and solutions. *Journal of Internal Medicine*. 2018;283(6):516-529. <https://doi.org/10.1111/joim.12752>
6. Александрова О.А., Ярашева А.В. Экспертные оценки проблем профессиональной подготовки врачей. *Здоровье мегаполиса*. 2020;1(1):31-37. <https://doi.org/10.47619/2713-2617.zm.2020.v1i1;31-37>
7. Кузнецов М.Ю., Лишко Т.Н. Некоторые аспекты дистанционного обучения в системе непрерывного медицинского образования врачей в России. *Здоровье мегаполиса*. 2022;3(2):49-55. <https://doi.org/10.47619/2713-2617.zm.2022.v.3i2;65-71>

References

1. Ivanova A.A., Zavaleva E.V., Shuvalov S.S., Andruzskaya A.G. Health Human Resources. *Medical Technologies. Assessment and Choice*. 2023;45(2):5966. <https://doi.org/10.17116/medtech20234502159> (In Russ.)
2. Kolennikova O.A., Toksanbaeva M.S. Qualification Assessment of Medical Specialists in Aspect of Development of Continuing Medical Education. *Problems of Social Hygiene, Public Health and History of Medicine*. 2021;29(S2):1318-1323. <https://doi.org/10.32687/0869-866X-2021-29-s2-1318-1323> (In Russ.)
3. Doctors: Trust, Prestige, Profitability of the Profession. Analytical Review. VCIOM. 2022. Available from: <https://wciom.ru/analytical-reviews/analiticheskii-obzor/vrachi-doverie-prestizh-dokhodnost-professii> (Accessed: October 16, 2025) (In Russ.)

4. Building the Primary Health Care Workforce of the 21st Century. *World Health Organization. Geneva*. 2018. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-SDS-2018.48-eng?ysclid=mmlyk-nmhfh975932155>
5. West C.P., Dyrbye L.N., Shanafelt T.D. Physician Burnout: Contributors, Consequences and Solutions. *Journal of Internal Medicine*. 2018;283(6):516-529. <https://doi.org/10.1111/joim.12752>
6. Aleksandrova O.A., Yarasheva A.V. Expert Assessments of the Problems of Professional Training of Doctors. *City Healthcare*. 2020;1(1):31-37. <https://doi.org/10.47619/2713-2617.zm.2020.v1i1;31-37> (In Russ.)
7. Kuznetsov M.Yu., Lishko T.N. Some Aspects of Distance Learning in the System of Continuing Medical Education of Doctors in Russia. *City Healthcare*. 2022;3(2):65-71. <https://doi.org/10.47619/2713-2617.zm.2022.v3i2;65-71> (In Russ.)

Информация о статье

Конфликт интересов: автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование: исследование проводилось без спонсорской поддержки.

Сведения об авторе

Сидрат Айибханова Багомедова – аспирант ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы»

Автор прочитал и одобрил окончательный вариант рукописи.

Для корреспонденции

Сидрат Айибханова Багомедова
sidrat90@yandex.ru

Статья поступила 05.11.2025
Принята к печати 24.02.2026
Опубликована 30.03.2026

Article info

Conflict of interest: the author declares that there is no conflict of interest.

Funding: the author received no financial support for the research.

About author

Sidrat A. Bagomedova – Graduate Student, Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management of Moscow Healthcare Department

The author read and approved the final version of the manuscript.

Corresponding author

Sidrat A. Bagomedova
sidrat90@yandex.ru

Received 05.11.2025
Accepted for publication 24.02.2026
Published 30.03.2026



ЕЖЕКВАРТАЛЬНЫЙ НАУЧНЫЙ РЕЦЕНЗИРУЕМЫЙ ЖУРНАЛ
**ЗДОРОВЬЕ
МЕГАПОЛИСА®**
CITY HEALTHCARE

МОСКВА
2026

