

МЕДИКО- СОЦИАЛЬНАЯ ЭКСПЕРТИЗА и РЕАБИЛИТАЦИЯ

MEDICAL AND SOCIAL EXPERT EVALUATION AND REHABILITATION



2

Том 25
2022



УЧРЕДИТЕЛЬ

ОАО «Издательство «Медицина»
ЛР № 010215 от 29.04.1997

ИЗДАТЕЛЬ

ООО «Эко-Вектор Ай-Пи»
Адрес: 191186, г. Санкт-Петербург,
Аптекарский переулок, д. 3, литера А,
помещение 1Н
E-mail: info@eco-vector.com
WEB: https://eco-vector.com

Периодическое печатное издание
зарегистрировано Федеральной
службой по надзору в сфере связи,
информационных технологий и массовых
коммуникаций (Роскомнадзор),
свидетельство о регистрации
СМИ № 016140 от 23.05.1997.

Сетевое издание зарегистрировано
Федеральной службой по надзору в сфере
связи, информационных технологий
и массовых коммуникаций (Роскомнадзор),
свидетельство о регистрации
СМИ ЭЛ № ФС 77-80654 от 15.03.2021.

РЕКЛАМА

Отдел рекламы
Тел.: +7 (495) 308 83 89
E-mail: adv@eco-vector.com

РЕДАКЦИЯ

Зав. редакцией
Киселева Екатерина Витальевна
Адрес: 117246, г. Москва, проезд Научный, д. 6
E-mail: mser@eco-vector.com
Тел.: +7 (916) 229 28 38

ПОДПИСКА

Подписка на печатную версию через
интернет:
www.journals.eco-vector.com
www.pressa-rf.ru

ИНДЕКСАЦИЯ

- RSCI
- РИНЦ
- Google Scholar
- Ulrich's International Periodicals Directory
- WorldCat

Оригинал-макет

подготовлен в издательстве Эко-Вектор.
Литературный редактор: *М.Н. Шошина*
Корректор: *М.Н. Шошина*
Верстка: *Ф.А. Игнащенко*

Отпечатано в ООО «Типография Фурсова»
196105, Санкт-Петербург, ул. Благодатная, 69.
Тел.: (812) 646-33-77

ISSN 1560-9537 (Print)

ISSN 2412-2092 (Online)

Медико-социальная экспертиза и реабилитация

Том 25 | Выпуск 2 | 2022

ЕЖЕКВАРТАЛЬНЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

Основан в 1998 г.

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР

Сергей Никифорович Пузин — д-р мед. наук, проф., акад. РАН

ЗАМЕСТИТЕЛЬ ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА

Андрей Вячеславович Гречко — д-р мед. наук, проф., чл.-корр. РАН

НАУЧНЫЙ РЕДАКТОР

Севда Айдыновна Чандирли — д-р мед. наук, доцент кафедры гериатрии и МСЭ

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

Бакулин И.Г. — д-р мед. наук, проф.
ORCID: 0000-0002-6151-2021

Бойцов С.А. — д-р мед. наук, проф., акад. РАН (Москва, Россия)
ORCID: 0000-0001-6998-8406

Богова О.Т. — д-р мед. наук, проф. (Москва, Россия)
ORCID: 0000-0001-5406-7225

Бутко Д.Ю. — д-р мед. наук, проф.
ORCID: 0000-0001-6284-0943

Дымочка М.А. — д-р мед. наук (Москва, Россия)
ORCID: 0000-0002-0617-5093

Иванов Д.О. — д-р мед. наук, проф. (Москва, Россия)
ORCID: 0000-0002-0060-4168

Клевно В.А. — д-р мед. наук, проф. (Москва, Россия)
ORCID: 0000-0001-5693-4054

Криворучко Ю.Д. — д-р мед. наук (Москва, Россия)

Мартыненко А.В. — д-р мед. наук, проф., чл.-корр. РАО
ORCID: 0000-0002-1049-0846

Потапов В.Н. — д-р мед. наук, проф. (Москва, Россия)
ORCID: 0000-0001-5469-5731

Полунин В.С. — д-р мед. наук, проф. (Москва, Россия)
ORCID: 0000-0002-2681-8527

Родоман Г.В. — д-р мед. наук, проф. (Москва, Россия)
ORCID: 0000-0001-6692-1425

Саркисов К.А. — д-р мед. наук, проф. (Москва, Россия)
ORCID: 0000-0002-0510-7435

Сырникова Б.А. — д-р мед. наук, проф. (Москва, Россия)
ORCID: 0000-0001-6131-4845

Сычев Д.А. — д-р мед. наук, проф., чл.-корр. РАН (Москва, Россия)
ORCID: 0000-0002-4496-3680

Храпылина Л.П. — д-р экон. наук, канд. мед. наук, проф. (Москва, Россия)

Хритинин Д.Ф. — д-р мед. наук, проф., чл.-корр. РАН (Москва, Россия)

Чандирли С.А. — д-р мед. наук (Москва, Россия)

ORCID: 0000-0002-1869-0869

Шургая М.А. — доцент, д-р мед. наук, профессор (Москва, Россия)
ORCID: 0000-0003-3856-893X

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

Аполихин О.И. — д-р мед. наук, чл.-корр. РАН (Москва, Россия)
ORCID: 0000-0003-0206-043X

Бакулина Н.В. — д-р мед. наук, проф. (Санкт-Петербург, Россия)
ORCID: 0000-0002-8160-3457

Брико Н.И. — д-р мед. наук, проф., акад. РАН (Москва, Россия)
ORCID: 0000-0002-6446-2744

Дармодехин С.В. — д-р социол. наук, проф., акад. РАО (Москва, Россия)
ORCID:

Захарченко Ю.И. — д-р мед. наук (Краснодар, Россия)
ORCID: 0000-0001-8456-082X

Запарий С.П. — д-р мед. наук, проф. (Москва, Россия)
ORCID: 0000-0002-4636-1130

Иванова Г.Е. — проф. (Москва, Россия)
ORCID: 0000-0003-3180-5525

Котельников Г.П. — д-р мед. наук, проф., акад. РАН (Самара, Россия)
ORCID: 0000-0001-7456-6160

Погосян М.А. — д-р тех. наук, акад. РАН (Москва, Россия)
ORCID: 0000-0002-4750-8165

Полунина Н.В. — д-р мед. наук, проф., акад. РАН (Москва, Россия)
ORCID: 0000-0001-8772-4631

Пономаренко Г.Н. — д-р мед. наук, проф. (Санкт-Петербург, Россия)
ORCID: 0000-0001-7853-4473

Разумов А.Н. — д-р мед. наук, проф., акад. РАН (Москва, Россия)
ORCID: 0000-0001-8549-0106

Саидбеков Д.Г. — д-р мед. наук, проф. (Рим, Италия)
ORCID:

Хабриев Р.У. — д-р мед. наук, проф., акад. РАН (Москва, Россия)
ORCID: 0000-0003-2283-376X

Хлудеева Т.А. — канд. мед. наук (Москва, Россия)
ORCID: 0000-0002-3051-5342

Шелыгин Ю.А. — д-р мед. наук, проф., акад. РАН (Москва, Россия)
ORCID: 0000-0002-8480-9362

16+

© ООО «Эко-Вектор Ай-Пи», 2022



Редакция не несет ответственности за содержание рекламных материалов. Точка зрения авторов может не совпадать с мнением редакции. К публикации принимаются только статьи, подготовленные в соответствии с правилами для авторов. Направляя статью в редакцию, авторы принимают условия договора публичной оферты. С правилами для авторов и договором публичной оферты можно ознакомиться на сайте: <https://ijmseer.com/>. Полное или частичное воспроизведение материалов, опубликованных в журнале, допускается только с письменного разрешения издателя — издательства «Эко-Вектор».

FOUNDER

Izdatel'stvo "MEDITSINA"
LR №010215, 29.04.1997

PUBLISHER

Eco-Vector
Address: 3 liter A, 1H, Aptekarsky
pereulok, 191186, Saint Petersburg
Russian Federation
E-mail: info@eco-vector.com
WEB: <https://eco-vector.com>

ADVERTISE

Adv. department

Phone: +7 495 308 83 89
E-mail: adv@eco-vector.com

EDITORIAL OFFICE

Executive editor

Ekaterina V. Kiseleva
Address: 6, Nauchny prd., 117246, Russia
E-mail: mser@eco-vector.com
Phone: +7 (916) 229 28 38

SUBSCRIPTION

For print version:
www.journals.eco-vector.com
www.pressa-rf.ru

INDEXATION

- Russian Science Citation Index
- Google Scholar
- Ulrich's International Periodical Directory
- WorldCat

TYPESET

complete in Eco-Vector
Copyeditor: *M.N. Shoshina*
Proofreader: *M.N. Shoshina*
Layout editor: *Ph.A. Ignashchenko*

ISSN 1560-9537 (Print)
ISSN 2412-2092 (Online)

Medical and Social Expert Evaluation and Rehabilitation

(MEDIKO-SOTSYAL'NAYA EKSPERTIZA I REABILITATSIYA)

Volume 25 | Issue 2 | 2022

QUARTERLY PEER-REVIEW MEDICAL JOURNAL

Published since 1998

EDITOR-IN-CHIEF

Sergey Nikiforovich Puzin — Doctor of Medical Sciences, Professor, Acad. RAS

DEPUTY EDITOR-IN-CHIEF

Andrey Vyacheslavovich Grechko — Doctor of Medical Sciences, Professor, Corresponding Member of the Russian Academy of Sciences

SCIENTIFIC EDITOR

Sevda Aydynovna Chandirli — Doctor of Medical Sciences, Associate Professor of the Department of Geriatrics and ITU

EDITORIAL COUNCIL:

Igor' G. Bakulin — MD, Prof
ORCID: 0000-0002-6151-2021

Sergey A. Boytsov — Doctor of Medical Sciences, Prof., Acad. RAS

ORCID: 0000-0001-6998-8406

Ol'ga T. Bogova — Doctor of Medical Sciences, Prof
ORCID: 0000-0001-5406-7225

Dmitriy Y. Butko — Doctor of Medical Sciences, Prof.

ORCID: 0000-0001-6284-0943

Mikhail A. Dymochka — Doctor of Medical Sciences

ORCID: 0000-0002-0617-5093

Dmitriy O. Ivanov — Doctor of Medical Sciences, Prof

ORCID: 0000-0002-0060-4168

Vladimir A. Klevno — Doctor of Medical Sciences, Prof

ORCID: 0000-0001-5693-4054

Yuriy D. Krivoruchko — Doctor of Medical Sciences

Aleksandr V. Martynenko — Doctor of Medical Sciences, Prof., Corr.

Member RAO

ORCID: 0000-0002-1049-0846

Vladimir N. Potapov — Doctor of Medical Sciences, Prof.

ORCID: 0000-0001-5469-5731

Valeriy S. Polunin — Doctor of Medical Sciences, Prof.

ORCID: 0000-0002-2681-8527

Grigoriy V. Rodoman — Doctor of Medical Sciences, Prof.

ORCID: 0000-0001-6692-1425

Konstantin A. Sarkisov — Doctor of Medical Sciences, Prof.

ORCID: 0000-0002-0510-7435

Bela A. Syrnikova — Doctor of Medical Sciences, Prof.

ORCID: 0000-0001-6131-4845

Dmitriy A. Sychev — Doctor of Medical Sciences, Prof., Corr. Member RAS

ORCID: 0000-0002-4466-3680

Lyubov' P. Khraplyina — Doctor Ekon. Sciences, Candidate of Medical

Sciences, Prof.

Dmitriy F. Khritinin — Doctor of Medical Sciences, Prof., Corr. Member RAS

Sevda A. Chandirli — Doctor of Medical Sciences

ORCID: 0000-0002-1869-0869

Marina A. Shurgaya — Associate Professor, Doctor of Medical Sciences,

Prof. (Moscow)

ORCID: 0000-0003-3856-893X

EDITORIAL BOARD

Oleg I. Apolikhin — Doctor of Medical Sciences, Corr. Member RAS (Moscow)

ORCID: 0000-0003-0206-043X

Natal'ya V. Bakulina — Doctor of Medical Sciences, Prof. (Saint Petersburg)

ORCID: 0000-0002-8160-3457

Nikolay I. Briko — Doctor of Medical Sciences, Prof., Acad. RAS (Moscow)

ORCID: 0000-0002-6446-2744

Sergey V. Darmodekhin — Doctor of Social Sciences, Prof., Acad. RAO (Moscow)

ORCID: 0000-0001-8456-082X

Yuriy I. Zakharchenko — Doctor of Medical Sciences (Krasnodar)

ORCID: 0000-0001-8456-082X

Sergey P. Zaparyi — Doctor of Medical Sciences, Prof. (Moscow)

ORCID: 0000-0002-4636-1130

Galina E. Ivanova — Prof. (Moscow)

ORCID: 0000-0003-3180-5525

Gennadiy P. Kotelnikov — Doctor of Medical Sciences, Prof., Acad. RAS (Samara)

ORCID: 0000-0001-7456-6160

Mikhail A. Pogosyan — Doctor of Technical Sciences, Acad. RAS (Moscow)

ORCID: 0000-0002-4750-8165

Natal'ya V. Polunina — Doctor of Medical Sciences, Prof., Acad. RAS (Moscow)

ORCID: 0000-0001-8772-4631

Gennadiy N. Ponomarenko — Doctor of Medical Sciences, Prof. (Saint Petersburg)

ORCID: 0000-0001-7853-4473

Aleksandr N. Razumov — Doctor of Medical Sciences, Prof., Acad. RAS (Moscow)

ORCID: 0000-0001-8549-0106

Dzhalaludin G. Saidbegov — Doctor of Medical Sciences, Prof. (Rome, Italy)

Ramil U. Khabriev — Doctor of Medical Sciences, Prof., Acad. RAS (Moscow)

ORCID: 0000-0003-2283-376X

Tat'yana A. Khludueva — Candidate of Medical Sciences (Moscow)

ORCID: 0000-0002-3051-5342

Yuriy A. Shelygin — Doctor of Medical Sciences, Prof., Acad. RAS (Moscow)

ORCID: 0000-0002-8480-9362

СОДЕРЖАНИЕ

ЭКСПЕРТИЗА И РЕАБИЛИТАЦИЯ

А.В. Адрианов, Ю.А. Колчева, С.А. Непомнящая

Актуальные вопросы медико-социальной экспертизы детей
с заболеваниями сердечно-сосудистой системы 97

Л.С. Идрисова, Э.А. Сулейманов, М.А. Шургая, С.Н. Пузин

Региональные особенности инвалидности вследствие рака тела матки 103

ОРИГИНАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

А.К. Алиев, О.Н. Владимирова, С.Н. Пузин, М.В. Горяйнова

Тенденции численности населения трудоспособного и старше трудоспособного возраста
в Республике Дагестан. 113

А.М. Магомедова, М.Д. Васильев, А.С. Чумаков, Е.В. Макарова, Т.П. Васильева

Состояние здоровья преподавателей высших медицинских и последипломных
образовательных организаций 125

Е.М. Старобина, Е.О. Гордиевская

О компетенциях специалистов, занятых в процессе жизнеустройства и сопровождения
граждан с психическими расстройствами 135

CONTENTS

EXPERTISE AND REHABILITATION



Andrey V. Adrianov, Julia A. Kolcheva, Svetlana A. Nepomnyashchaya

Current issues of medical and social expertise of children with diseases of the cardiovascular system 97

Lilya S. Idrisova, Elkhana A. Suleymanov, Marina A. Shurgaya, Sergey N. Puzin

Regional peculiarities of disability due to uterine cancer. 103

ORIGINAL STUDY ARTICLE



Ahmed K. Aliev, Oksana N. Vladimirova, Sergey N. Puzin, Marina V. Goryainova

Population trends of the working age and over-the-working age in the Republic of Dagestan. 113

Aishat M. Magomedova, Mikhail D. Vasiliev, Aleksandr S. Chumakov, Ekaterina V. Makarova, Tatiana P. Vasilieva

State of health among academicians of higher medical and postgraduate educational organizations 125



Elena M. Starobina, Elena O. Gordievskaya

Competencies of specialists engaged in the life management rehabilitation. 135



Open Access online

<https://doi.org/10.17816/MSER109272>

Актуальные вопросы медико-социальной экспертизы детей с заболеваниями сердечно-сосудистой системы

А.В. Адрианов, Ю.А. Колчева, С.А. Непомнящая

Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов, Санкт-Петербург, Российская Федерация

АННОТАЦИЯ

Новая биопсихосоциальная модель инвалидности, которая содержится в Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ), вызывает необходимость пересмотра действующих в России взглядов на установление инвалидности детям с различными заболеваниями.

Целью обзора ставилось определение основных направлений совершенствования организационно-правовых и методических подходов к установлению инвалидности у детей в Российской Федерации.

Проанализированы данные государственной статистики (Росстата и Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации), действующие российские нормативно-правовые документы, положения Конвенции о правах инвалидов, биопсихосоциальная концепция инвалидности МКФ, методические и информационные материалы, опыт федеральных учреждений медико-социальной экспертизы субъектов Российской Федерации по установлению инвалидности у детей.

Для объективизации нарушенных функций предложено использовать Международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем, Десятого пересмотра (МКБ-10) и Международную классификацию функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ). Выделен набор экспертно значимых клинико-функциональных и иных факторов. Представлен пример новых критериев инвалидности для детей с заболеванием сердечно-сосудистой системы.

Для устранения информационных барьеров в медицинских и общественных организациях среди родителей и других заинтересованных лиц необходима системная информационная работа по распространению знаний о методологических и организационно-методических подходах к установлению инвалидности у детей.

Ключевые слова: ребёнок-инвалид; детская инвалидность; Конвенция о правах инвалидов; Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья; МКФ; критерии инвалидности у детей.

Как цитировать

Адрианов А.В., Колчева Ю.А., Непомнящая С.А. Актуальные вопросы медико-социальной экспертизы детей с заболеваниями сердечно-сосудистой системы // *Медико-социальная экспертиза и реабилитация*. 2022. Т. 25, № 2. С. 97–102. DOI: <https://doi.org/10.17816/MSER109272>

<https://doi.org/10.17816/MSER109272>

Current issues of medical and social expertise of children with diseases of the cardiovascular system

Andrey V. Adrianov, Julia A. Kolcheva, Svetlana A. Nepomnyashchaya

St. Petersburg Institute of advanced training of doctors-experts, Saint Petersburg, Russian Federation

ABSTRACT

The use of International Classification of Diseases 10th revision (ICD-10) and International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) are proposed for objective evaluation of impaired functions. A set of significant clinical and functional factors was identified. The study presents an example of the new disability criteria for children with cardiovascular diseases.

To determine the main directions for improving the organizational, legal, and methodological approaches to the establishment of disability in children in the Russian Federation.

Data from the state statistics (Rosstat and Ministry of Labor and Social Protection of the Russian Federation), current Russian legal documents, provisions of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities, ICF biopsychosocial concept of disability, methodological and information materials, experience of federal institutions of medical and social expertise in the Russian Federation were analyzed regarding the disability in children.

The use of ICD-10 and ICF was proposed for the objective evaluation of impaired functions. A set of significant clinical and functional factors was identified. An example of new disability criteria for children with cardiovascular disease was presented.

To eliminate information barriers in medical and public organizations, among parents, and other interested parties, systematic work information is needed to disseminate knowledge about methodological, organizational, and methodological approaches to establishing disability in children.

Keywords: disabled child, child disability, convention on the rights of disabled persons, criteria for disability in children.

To cite this article

Adrianov AV, Kolcheva JA, Nepomnyashchaya SA. Current issues of medical and social expertise of children with diseases of the cardiovascular system. *Medical and social expert evaluation and rehabilitation*. 2022;25(2):97–102. <https://doi.org/10.17816/MSER109272>

ОБОСНОВАНИЕ

Конвенцией о правах инвалидов признаётся недопустимость дискриминации детей, в том числе в решении экспертных вопросов, связанных с инвалидностью и реабилитацией¹. Именно с учётом принципиальных положений данного документа и Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ)² предполагается развивать в ближайшие годы систему медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов и детей-инвалидов в Российской Федерации.

Новая биопсихосоциальная модель инвалидности, которая содержится в МКФ, вызывает необходимость пересмотра действующих в России взглядов на установление инвалидности детям с различными заболеваниями.

Цель исследования — определение основных направлений совершенствования организационно-правовых и методических подходов к установлению инвалидности у детей в Российской Федерации.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В обсервационном (наблюдательном) исследовании проанализированы данные государственной статистики (Росстата и Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации), действующие российские нормативно-правовые документы, положения Конвенции о правах инвалидов, биопсихосоциальная концепция инвалидности МКФ, методические и информационные

материалы, опыт федеральных учреждений медико-социальной экспертизы субъектов Российской Федерации по установлению инвалидности у детей в период с 2014 по 2020 г.

Использованы статистические методы, методы традиционного и формализованного анализа документов (контент-анализ, информативно-целевой анализ текстовой информации), общенаучные методы исследования (анализ, синтез, дедуктивные и индуктивные методы исследования).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В Российской Федерации численность детей-инвалидов в возрасте до 18 лет, получающих социальные пенсии на 1 января 2021 г., составила более 687 тыс. человек, из них 7230 из Крымского федерального округа³ (табл. 1).

Число детей-инвалидов в России увеличилось на 18,7% за последние 7 лет — с 579,6 тыс. человек в 2014 г. до 687,7 в 2018 г. В целом по стране дети-инвалиды составляют 2,1% от общей численности детского населения, со значительными колебаниями по субъектам Российской Федерации — от 12,2% в Чеченской Республике до 1,4% в Чукотском автономном округе. Ежегодно в Российской Федерации федеральными учреждениями медико-социальной экспертизы впервые на категорию «ребёнок-инвалид» освидетельствуются около 90 тыс. детей (табл. 2), при этом инвалидность детям устанавливается только в 80,8–85,5% случаев.

Таблица 1. Распределение детей-инвалидов по федеральным округам Российской Федерации за период 2014–2020 гг.

Table 1. Distribution of children with disabilities in the Federal Districts of the Russian Federation for the period 2014–2020

Территория, федеральный округ	Число детей-инвалидов, получающих пенсии (общая детская инвалидность, абс., тыс. человек)						
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Российская Федерация	579,6	604,9	619,9	636,0	651,0	670,0	687,7
Центральный	112,6	116,1	118,8	123,9	127,0	130,9	137,2
Северо-Западный	43,1	44,3	44,3	45,7	47,4	49,3	50,5
Южный	44,5	51,7	55,6	57,5	59,8	61,9	63,3
Северо-Кавказский	126,9	132,9	142,1	147,0	147,9	150,2	146,6
Приволжский	104,1	106,3	104,8	105,1	107,7	110,8	113,8
Уральский	46,4	48,1	48,6	49,4	50,4	52,5	55,0
Сибирский	77,3	80,4	77,2	82,4	74,9	77,5	80,9
Дальневосточный	24,8	25,1	25,4	25,2	35,9	37,0	38,3

¹ ООН. Конвенция о правах инвалидов (Принята резолюцией 61/106 Генеральной Ассамблеи от 13 декабря 2006 года) [интернет]. Режим доступа: https://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/disability.shtml. Дата обращения: 15.02.2022.

² World Health Organization 2001. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья. Краткая версия. Перевод на русский язык. Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов Министерства труда и социального развития Российской Федерации, 2003. Режим доступа: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85930/9241545445_rus.pdf. Дата обращения: 15.02.2022.

³ Численность детей-инвалидов в возрасте до 18 лет, получающих социальные пенсии по субъектам Российской Федерации. Режим доступа: <https://rosstat.gov.ru>. Дата обращения: 15.02.2022.

Таблица 2. Результаты первичных освидетельствований детей, направленных в учреждения медико-социальной экспертизы, за период 2018–2020 гг. в Российской Федерации

Table 2. Results of primary examinations of children referred to medical and social expertise institutions for 2018–2020 In Russian Federation

Показатель	2018		2019		2020	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Освидетельствовано детей впервые	88 002	100,0	91 526	100,0	77 229	100,0
Установлена категория «ребёнок-инвалид»	75 241	85,5	76 881	84,0	62 401	80,8
Не установлена категория «ребёнок-инвалид»	12 761	14,5	14 645	16,0	14 828	19,2

Удельный вес лиц, не признанных инвалидами, среди впервые освидетельствованных детей составляет в Российской Федерации от 14,5 до 19,2%, что в целом свидетельствует о высокой актуальности проблемы необоснованного направления медицинскими организациями детей на освидетельствование в бюро медико-социальной экспертизы для установления инвалидности. Так, в 2020 г. у каждого пятого ребёнка, направленного на медико-социальную экспертизу, не было оснований для установления инвалидности в соответствии с действующими нормативно-правовыми документами. Показатель необоснованного направления на медико-социальную экспертизу, который за три года по Российской Федерации составил в среднем 16,6%, иллюстрирует проблему разного понимания концептуальных основ инвалидности между практиками медицинских организаций и специалистами учреждений медико-социальной экспертизы, что в свою очередь является зоной конфликта⁴.

Действующая в Российской Федерации концепция инвалидности предполагает разделение понятий «болезнь» и «последствия болезни». Наличие болезни не является основанием для установления инвалидности. Нозологические формы описаны в другой статистической классификации — МКБ-10.

Соответственно, наличие того или иного заболевания у ребёнка не является основанием для его направления на медико-социальную экспертизу и установления инвалидности. Важны стойкость, наличие и степень выраженности расстройств функций, обусловленных заболеваниями, последствиями травм или дефектами [1–3].

Описание процесса функционирования и способностей ребёнка возможно с помощью доменов здоровья и доменов, связанных со здоровьем, систематизированных МКФ. Так, предлагаются домены функций (b110–b860) и домены структур (s110–s840).

В Российской Федерации условиями признания ребёнка инвалидом являются:

- а) нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами (от 40 до 100%);

- б) ограничение жизнедеятельности;

- в) необходимость социальной защиты, включая реабилитацию.

Вместе с тем данный подход был разработан для взрослых пациентов и не содержит особенностей нарушений функций и ограничений жизнедеятельности у детей разных возрастных периодов, что затрудняет установление инвалидности у детей и зачастую вызывает непонимание у родителей и врачей медицинских организаций.

Разработка методической основы для новых критериев установления инвалидности у детей осуществлена коллективом сотрудников Санкт-Петербургского института усовершенствования врачей-экспертов Минтруда России в рамках государственной программы «Доступная среда» на 2011–2020 годы» (регистрационный номер ИКРБС АААА-Б17-217011060051-8 НИР «Разработка научно обоснованных предложений по объективизации классификаций и критериев установления инвалидности у детей»).

Приводим пример критериев установления инвалидности у детей с заболеваниями сердечно-сосудистой системы. В новом подходе добавлены следующие позиции⁵:

- выделены синдромы нарушения функции сердечно-сосудистой системы, которые являются экспертно значимыми для установления инвалидности ребёнку: хроническая сердечная недостаточность, лёгочная гипертензия, нарушения ритма, синкопальные состояния;
- экспертно значимые синдромы нарушений функций сердечно-сосудистой системы систематизированы в соответствии с общепринятыми в медицинской педиатрической практике подходами и возрастом, а также с подходами МКФ (домены b410–429);
- проанализированы (с точки зрения информативности, доступности в применении, стоимости) и предложены в качестве экспертных критериев специфические клинико-функциональные параметры, послужившие основой для проведения коли-

⁴ Федеральный закон РФ от 24.11.1995 № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации». Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_8559/. Дата обращения: 15.02.2022.

⁵ Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 27.08.2019 № 585н «О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы» (с изменениями и дополнениями). Режим доступа: <https://base.garant.ru/73021006/>. Дата обращения: 15.02.2022.

чественной оценки стойкости нарушений функций организма ребёнка в процентах.

Новые подходы установления инвалидности у детей для наиболее экспертно значимого синдрома сердечно-сосудистой системы — хронической сердечной недостаточности — разработаны в виде следующей схемы (табл. 3):

- оценка показателей сердечной гемодинамики по данным эхокардиографии (эхоКГ);
- оценка размеров сердца по данным рентгенографии (Rg) грудной клетки (кардиоторакальный индекс, КТИ);
- оценка уровня натрийуретического пептида крови (подтверждение хронической сердечной недостаточности от скрытой до манифестирующей степени), характерного для детей разных возрастных групп.

Экспертно значимыми критериями для установления инвалидности у детей при нарушениях функций сердечно-сосудистой системы являются степень выраженности синдрома сердечной недостаточности (лево- и правожелудочковой), сосудистой недостаточности, а также неблагоприятный/сложный клинический прогноз. Влияют на установление инвалидности наличие затруднений/барьеров у ребёнка в основных сферах жизнедеятельности (семейной, бытовой, социально-средовой, обучения, в юношеском возрасте — в производственной), т.е. ограничение жизнедеятельности (активности и участия в терминологии МКФ).

При 10–30% стойких нарушений функций инвалидность ребёнку не устанавливается: как правило, жизнедеятельность ребёнка в естественных жизненных ситуациях не нарушена. При наличии стойких, от умеренных

до значительно выраженных (40–100%), нарушений функций сердечно-сосудистой системы, ведущих к ограничению жизнедеятельности в категориях способности к самообслуживанию, способности к самостоятельному передвижению, способности к обучению, нуждаемости в мерах социальной защиты, включая реабилитацию, устанавливают категорию «ребёнок-инвалид».

Представленные наработки в соответствии с поручением Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации прошли в 2017 г. пилотную апробацию в двух субъектах Российской Федерации.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Учитывая высокие показатели необоснованного направления медицинскими организациями детей на медико-социальную экспертизу, противоречивость в понимании инвалидности в современном обществе, исследования в сфере медико-социальной экспертизы детей, связанной с установлением инвалидности, должны основываться на методах объективной оценки.

При разработке новой организационно-методической схемы к установлению инвалидности у детей необходимо ориентироваться на МКФ: учитывать как медицинские, так и социальные факторы: влияние болезни на показатели функций организма и жизнедеятельности ребёнка в разных условиях социальной среды.

Схема объективизации клинико-функциональных критериев при установлении инвалидности у детей с заболеваниями сердечно-сосудистой системы включает оценку гемодинамических показателей по данным эхоКГ,

Таблица 3. Клинико-функциональные характеристики стойких нарушений функций при сердечной недостаточности неуточнённой I50.9 у детей (0–17 лет, включительно)

Table 3. Clinical and functional characteristics of persistent dysfunctions in heart failure, unspecified I50.9 in children (0–17 years old, inclusive)

Виды стойких расстройств функций организма ребёнка	Клинико-функциональная характеристика стойких нарушений функций организма, обусловленных заболеваниями, последствиями травм или дефектами	Количественная оценка, %
Нарушение функции сердечно-сосудистой системы b410–429	Отсутствие изменений по данным эхокардиографии (эхоКГ), рентгенографии (Rg) грудной клетки, электрокардиографии в спокойном состоянии. Незначительно выраженная степень нарушения функции сердечно-сосудистой системы: хроническая сердечная недостаточность (ХСН) I стадии, функциональный класс (ФК) I, II	10–20
	Снижение фракции выброса <54%, фракции укорочения <24%. Увеличение кардиоторакального индекса (КТИ) >50%. Увеличение концентрации натрийуретического пептида >90 пг/мл. Умеренная степень нарушения функции сердечно-сосудистой системы: ХСН IIA, ФК II, III	40–60
	Снижение фракции выброса <50%, фракции укорочения <22%. Увеличение КТИ >55%. Увеличение концентрации натрийуретического пептида >100 пг/мл. Выраженная степень нарушения функции сердечно-сосудистой системы: ХСН IIB, ФК III, IV	70–80
	Снижение фракции выброса <45%, фракции укорочения <20%. Увеличение КТИ >60%. Увеличение концентрации натрийуретического пептида >110 пг/мл. Значительно выраженная степень нарушения функции сердечно-сосудистой системы: ХСН III, ФК IV	90–100

кардиоторакального индекса — по данным Rg грудной клетки, а также оценку концентрации натрийуретического пептида крови.

Для устранения информационных барьеров в медицинских и общественных организациях среди родителей и других заинтересованных лиц необходима системная информационная работа по распространению знаний о методологических и организационно-методических подходах к установлению инвалидности у детей.

ДОПОЛНИТЕЛЬНО

Источник финансирования. Авторы заявляют об отсутствии внешнего финансирования при проведении исследования.

Конфликт интересов. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Вклад авторов. Все авторы подтверждают соответствие своего авторства международным критериям ICMJE (все авторы внесли

существенный вклад в разработку концепции, проведение исследования и подготовку статьи, прочли и одобрили финальную версию перед публикацией). Наибольший вклад распределён следующим образом: *А.В. Адрианов* — концепция и дизайн исследования, сбор и обработка материала, статистическая обработка, написание текста; *Ю.А. Колчева* — написание текста; *С.А. Непомнящая* — редактирование.

ADDITIONAL INFORMATION

Funding source. This study was not supported by any external sources of funding.

Competing interests. The authors declare that they have no competing interests.

Authors' contribution. All authors made a substantial contribution to the conception of the work, acquisition, analysis, interpretation of data for the work, drafting and revising the work, final approval of the version to be published and agree to be accountable for all aspects of the work. *A.V. Adrianov* — concept and design of the study, collection and processing of the material, writing the text; *Yu.A. Kolcheva* — writing the text, *S.A. Nepomnyashchaya* — editing.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Владимирова О.Н., Пронина Е.В., Поддубная Т.Б., и др. Проблемы направления детей на медико-социальную экспертизу // Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2013. Т. 58, № 5. С. 97–101.
2. Методика проведения медико-социальной экспертизы и формирование заключений о реабилитационных мероприятиях у детей / под ред. В.Г. Помникова, Г.О. Пениной, О.Н. Владимировой. Москва: Минтруд России, 2014. 300 с. Режим доступа:

<http://www.rosmintrud.ru/docs/mintrud/handicapped/103>. Дата обращения: 15.02.2022.

3. Пронина Е.В., Владимирова О.Н. Медико-социальная экспертиза детского населения в Российской Федерации: история вопроса, современное состояние, направления реформирования // Педиатрия. Журнал им. Г.Н. Сперанского. 2015. Т. 94, № 4. С. 193–199.

REFERENCES

1. Vladimirova ON, Pronina EV, Poddubnaya TB, et al. Problems of referral of children for medical and social examination. *Russian Bulletin of Perinatology and Pediatrics*. 2013;58(5):97–101. (In Russ).
2. The methodology for conducting medical and social expertise and the formation of conclusions on rehabilitation measures for children. Ed. by V.G. Pomnikov, G.O. Penina, O.N. Vladimirova.

Moscow: Mintrud Rossii; 2014. 300 p. (In Russ). Available from: <http://www.rosmintrud.ru/docs/mintrud/handicapped/103>. Accessed: 15.02.2022.

3. Pronina EV, Vladimirova ON. Medical and social expertise of the child population in the Russian Federation: history of the issue, current state, directions of reform. *Pediatrics. Zhurnal im. G.N. Speranskogo*. 2015;94(4):193–199. (In Russ).

ОБ АВТОРАХ

* **Колчева Юлия Александровна**, к.м.н., ассистент; адрес: Россия, 194044, Санкт-Петербург, Большой Сампсониевский пр., д. 11/12;

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0250-5478>;

eLibrary SPIN: 3714-9162; e-mail: j.kolcheva@mail.ru

Адрианов Андрей Викторович, д.м.н., доцент;

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8974-1160>;

eLibrary SPIN: 1522-0539; e-mail: adrianov-av@mail.ru

Непомнящая Светлана Анатольевна, ассистент;

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1786-9947>;

eLibrary SPIN: 7118-3500; e-mail: 79310016017@yandex.ru

AUTHORS' INFO

* **Julia A. Kolcheva**, MD, Cand. Sci. (Med.), Assistant Lecturer; address: 11/12 Bolshoy Sampsoniyevskiy pr., Saint-Petersburg, 194044, Russia;

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0250-5478>;

eLibrary SPIN: 3714-9162; e-mail: j.kolcheva@mail.ru

Andrey V. Adrianov, MD, Dr. Sci. (Med.), Assistant Professor;

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8974-1160>;

eLibrary SPIN: 1522-0539; e-mail: adrianov-av@mail.ru

Svetlana A. Nepomnyashchaya, Assistant Lecturer;

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1786-9947>;

eLibrary SPIN: 7118-3500; e-mail: 79310016017@yandex.ru

* Автор, ответственный за переписку / Corresponding author

DOI: <https://doi.org/10.17816/MSER111064>

Региональные особенности инвалидности вследствие рака тела матки

Л.С. Идрисова¹, Э.А. Сулейманов², М.А. Шургая³, С.Н. Пузин^{3, 4}¹ Республиканский клинический центр охраны здоровья матери и ребенка имени Аймани Кадыровой, Грозный, Российская Федерация² Национальный медицинский исследовательский центр радиологии, Москва, Российская Федерация³ Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования, Москва, Российская Федерация⁴ Федеральный научно-клинический центр реанимации и реабилитологии, Лыткино, Московская область, Российская Федерация

АННОТАЦИЯ

Обоснование. В России в рамках национального проекта «Здравоохранение» запущен федеральный проект «Борьба с онкологическими заболеваниями на 2018–2024 гг.». Отмечается значительная региональная вариабельность уровня и тяжести злокачественных новообразований, что определяет актуальность изучения и мониторинга особенностей нарушения здоровья вследствие злокачественных новообразований в регионах. Инвалидность, являясь важнейшим показателем здоровья населения, позволяет судить об эффективности лечебно-реабилитационных и профилактических мероприятий.

Цель исследования — анализ динамики и структуры инвалидности женского населения вследствие рака тела матки в Чеченской Республике.

Материал и методы. Единицы наблюдения: впервые признанные инвалидами и повторно признанные инвалидами вследствие рака тела матки в течение года. Объект исследования: совокупность впервые и повторно признанных инвалидами вследствие рака тела матки в Чеченской Республике. Анализ проведен по трём возрастным группам взрослого населения: молодой, средний и пожилой. Дизайн исследования: эпидемиологическое, ретроспективное, оценочное. Период исследования — 2014–2020 гг. Методы исследования: документальный, выкопировка данных, статистический и графический.

Результаты. В возрастной структуре инвалидности вследствие рака тела матки численность женщин-инвалидов пожилого возраста составляла 218 (65,5%) человек, среднего возраста — 87 (26,1%), молодого возраста — 28 (8,4%). Установлено, что в динамике к 2020 г. контингент инвалидов молодого возраста существенно не изменился, среднего возраста — уменьшился, а пожилого возраста — возрос ($p=0,0070$). Третья группа инвалидности чаще устанавливалась при повторном (66,1%), а вторая группа — при первичном освидетельствовании (45,6%). В то же время удельный вес инвалидов, которым устанавливалась первая группа инвалидности, был выше в когорте повторно признанных инвалидами. У инвалидов стойкие нарушения функций системы крови и иммунной системы (100%) сопровождалось различными видами ограничений жизнедеятельности с преобладанием первой степени их выраженности. В то же время нарушение способности к трудовой деятельности второй степени диагностировалось с большим удельным весом в молодом возрастном сегменте инвалидов.

Заключение. В рамках проекта «Борьба с онкологическими заболеваниями на 2018–2024 гг.» необходимо учесть региональные особенности динамики и структуры инвалидности женского населения вследствие рака тела матки в Чеченской Республике. Представленные результаты эпидемиологической и клинико-экспертной диагностики целесообразно использовать при разработке приоритетных направлений противораковой медико-социальной деятельности по профилактике инвалидности (первичной и вторичной) вследствие онкогинекологических заболеваний на уровне регионального здравоохранения.

Ключевые слова: инвалидность; рак тела матки; первичная инвалидность; повторная инвалидность; структура; нарушение функции; ограничение жизнедеятельности.

Как цитировать

Идрисова Л.С., Сулейманов Э.А., Шургая М.А., Пузин С.Н. Региональные особенности инвалидности вследствие рака тела матки // *Медико-социальная экспертиза и реабилитация*. 2022. Т. 25, № 2. С. 103–111. DOI: <https://doi.org/10.17816/MSER111064>

DOI: <https://doi.org/10.17816/MSER111064>

Regional peculiarities of disability due to uterine cancer

Lilya S. Idrisova¹, Elkhan A. Suleymanov², Marina A. Shurgaya³, Sergey N. Puzin⁴

¹ Republican Clinical Center for Maternal and Child Health named after Aimani Kadyrova, Grozny, Russian Federation

² National Medical Research Radiological Center, Moscow, Russian Federation

³ Russian Medical Academy of Continuous Professional Education, Moscow, Russian Federation

⁴ Federal Scientific and Clinical Center of Resuscitation and Rehabilitation, Lytkino, Moscow region, Russian Federation

ABSTRACT

BACKGROUND: The federal project “Fight against oncological diseases for 2018–2024” has been launched in Russia within the framework of the national project “Healthcare.” There is significant regional variability in the level and severity of malignant neoplasms (MN), which determines the relevance of studying and monitoring the characteristics of health disorders due to MN in the regions. Disability, as the most important indicator of population health, makes the judgment of the effectiveness of treatment, rehabilitation, and preventive measures possible.

AIMS: To analyze the dynamics and structure of the disability of the female population due to uterine cancer in the Chechen Republic

MATERIALS AND METHODS: Units of observation included newly recognized disabled (NRD) and repeated recognized disabled (RRD) due to uterine cancer during the year. The object of the study included a combination of NRD and RRD due to uterine cancer in the Chechen Republic. The analysis was conducted by three age groups of the adult population (young, middle, and old). This epidemiological, retrospective, and evaluative study was conducted from 2014 to 2020 using documentary, data copying, statistical, and graphical research methods.

RESULTS: The age structure of disability due to uterine cancer revealed 218 (65.5%) elderly, 87 (26.1%) middle-aged, and 28 (8.4%) young females with disabilities. The dynamics by 2020 established that the contingent of young people with disabilities has not significantly changed, with decreased middle-aged and increased elderly females ($p=0.0070$). The third and second group of disabilities was more often established during the repeated (66.1%) and new (45.6%) examinations, respectively. Concurrently, the proportion of disabled people who were assigned to the first disability group was higher in the RRD cohort. Persistent dysfunctions of the blood system and immune system (100%) in disabled people were accompanied by various types of capacity limitations, with the predominance first degree of their severity. Moreover, a violation of the ability to work of the second degree was diagnosed with a large proportion in the young age segment of the disabled.

CONCLUSION: Within the framework of the project “Fight against oncological diseases for 2018–2024,” considering the regional features of the dynamics and structure of the disability of the female population is necessary due to uterine cancer in the Chechen Republic. The presented results of epidemiological and clinical-expert diagnostics should be used in the development of priority areas of anticancer medical and social activities for the prevention of disability (primary and secondary) due to oncogynecological diseases at the regional healthcare level.

Keywords: disability, uterine cancer, primary, repeated, structure, functional impairment, capacity limitations.

To cite this article

Idrisova LS, Suleymanov EA, Shurgaya MA, Puzin SN. Regional peculiarities of disability due to uterine cancer. *Medical and social expert evaluation and rehabilitation*. 2022;25(2):103–111. DOI: <https://doi.org/10.17816/MSER111064>

Received: 26.09.2022

Accepted: 20.10.2022

Published: 03.11.2022

ОБОСНОВАНИЕ

В настоящее время злокачественные новообразования (ЗНО) рассматриваются в рамках эпидемиологии неинфекционных заболеваний. ЗНО наряду с сердечно-сосудистыми заболеваниями лидируют среди причин смертности населения [1–3]. ЗНО, которые входят в спектр онкогинекологии, характеризуются высоким уровнем распространения, недостаточной регистрацией первичных случаев, высокой долей запущенных стадий злокачественного процесса и неудовлетворительными результатами лечебно-реабилитационных мероприятий [4]. Ситуация усугубляется продолжающимся воздействием неблагоприятных факторов внешней среды, в том числе репродуктивных факторов риска (гормональные сдвиги) [5, 6].

Отмечается значительная региональная вариабельность уровня и тяжести ЗНО, что определяет актуальность изучения и мониторинга особенностей нарушения здоровья вследствие ЗНО в регионах [7, 8]. Инвалидность, являясь важнейшим показателем здоровья населения, позволяет судить об эффективности лечебно-реабилитационных и профилактических мероприятий [9]. В России в рамках национального проекта «Здравоохранение» запущен федеральный проект «Борьба с онкологическими заболеваниями на 2018–2024 гг.» [10].

Цель исследования — анализ динамики и структуры инвалидности женского населения вследствие рака тела матки в Чеченской Республике.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Дизайн исследования

Эпидемиологическое, ретроспективное, оценочное.

Объект исследования

Совокупность впервые признанных инвалидами (ВПИ) и повторно признанных инвалидами (ППИ) вследствие рака тела матки в течение года.

Анализ проведен по трем возрастным группам взрослого населения: молодого (женщины в возрасте 44 лет), среднего (женщины в возрасте 45–54 лет) и пожилого (женщины 55 лет и старше) возраста.

Источники информации

Форма 7-собес Росстата «Сведения о медико-социальной экспертизе лиц в возрасте 18 лет и старше».

Период исследования

Динамика и структура первичной инвалидности анализировались по годам в течение 2014–2020 гг.

Методы исследования

В ходе исследования проводилась выкопировка данных и применялись документальный, статистический и графический методы.

Статистический анализ

Для описания числовых шкал применяли среднее значение и стандартное отклонение в формате $M \pm S$. Сопоставления двух групп по числовым показателям проводили с помощью непараметрического критерия Манна–Уитни. Сравнение трёх и более групп по числовым показателям осуществляли с помощью непараметрического критерия Краскела–Уоллиса. Статистическая достоверность различий групп для бинарных и номинальных шкал осуществлялась с использованием критерия Хи-квадрат Пирсона в случае независимых групп и на основе метода МакНеймера в случае зависимых групп. Уровень статистической значимости был зафиксирован на уровне 0,05. Статистическая обработка данных производилась с использованием пакетов прикладных программ Statistica 10 и SAS JMP 11.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Контингент инвалидов вследствие рака тела матки включал 333 женщины. Уровень первичной инвалидности составил 0,62–0,29, а повторной инвалидности — 0,52–0,84 на 10 тыс. женского населения Чеченской Республики (2019–2020 гг.). Средний возраст составил $56,48 \pm 9,45$ лет. Коэффициент вариации равен 17%, что свидетельствует о низком уровне разнородности показателя.

Впервые было признано инвалидами 147 (44,1%) женщин, а 186 (57,9%) женщинам при повторном освидетельствовании статус инвалида был продлён. В когорте ВПИ средний возраст составлял $56,34 \pm 10,08$ года, в когорте ППИ — $56,59 \pm 8,96$ (достоверно не различались); рис. 1.

В когорте ВПИ 38% женщин занимались физическим трудом, 27,9% — умственным трудом, а 34,1% не имели профессии (домохозяйки). Среди ППИ больше было женщин, которые занимались физическим трудом, при меньшем удельном весе женщин, не имеющих профессии. Удельный вес женщин, которые занимались физическим трудом, в контингенте ППИ не отличался от экстенсивного показателя в контингенте ВПИ (рис. 2).

В возрастной структуре инвалидности вследствие рака тела матки численность инвалидов пожилого возраста составляла 218 (65,5%) женщин, среднего возраста — 87 (26,1%), молодого возраста — 28 (8,4%); таблица. В возрастных группах инвалидов преобладали ППИ, которые составляли среди молодых инвалидов 7,5% (14 женщин), в группе среднего возраста — 28,5% (53 женщины), среди пожилых — 64% (119 женщин) ($p=0,4876$).

В динамике к 2020 г. контингент инвалидов молодого возраста существенно не изменился, среднего возраста — уменьшился, а пожилого возраста — возрос ($p=0,0070$) (рис. 3).

Среди инвалидов молодого возраста было больше женщин, которые не владели профессией (60%), тогда как среди инвалидов среднего возраста их было меньше

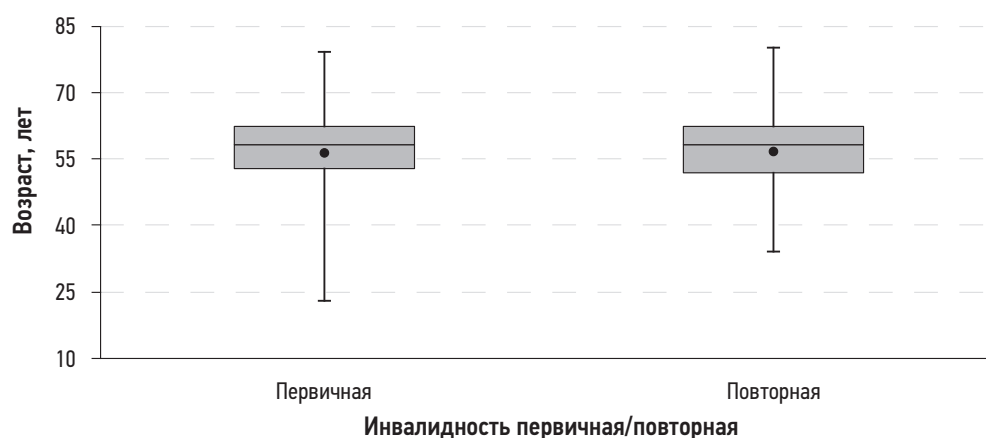


Рис. 1. Средний возраст впервые и повторно признанных инвалидами вследствие рака тела матки (2014–2020 гг.), $p=0,9250$

Fig. 1. The Mean age of the newly and re-recognized as disabled due to uterine cancer (2014–2020), $p=0,9250$

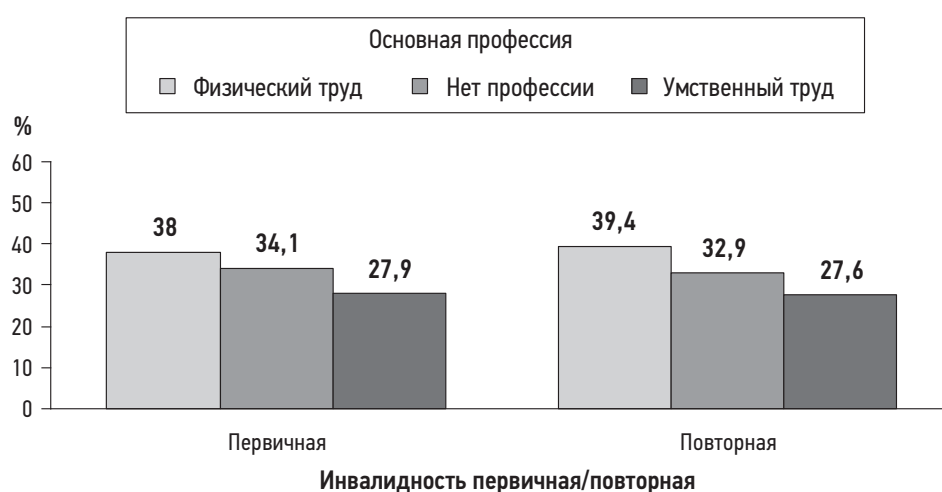


Рис. 2. Когорты впервые и повторно признанных инвалидами вследствие рака тела матки — распределение в зависимости от наличия профессии и вида трудовой деятельности (%), $p=0,9655$

Fig. 2. Cohorts of the newly and re-recognized as disabled due to uterine cancer — distribution depending on the having a profession and type of labor activity (%), $p=0,9655$

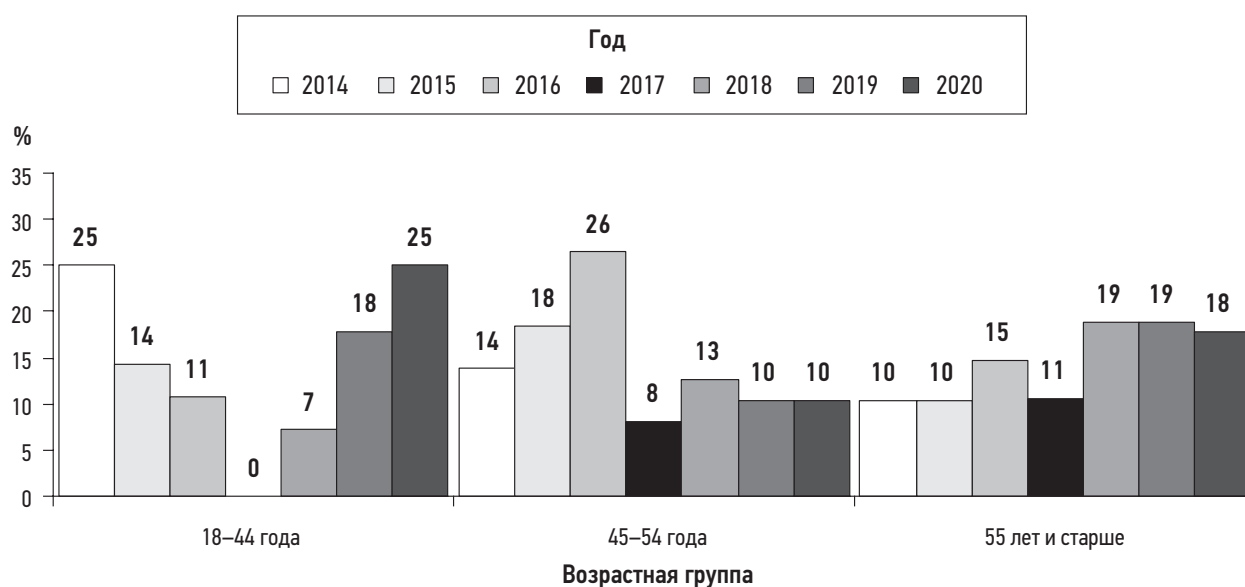


Рис. 3. Рис. 3. Динамика возрастной структуры инвалидности вследствие рака тела матки (2014–2020 гг., %, $p=0,0070$)

Fig. 3. Dynamics of the age structure of disability due to uterine cancer (2014–2020, %, $p=0,0070$)

Таблица. Динамика и структура инвалидности женского населения вследствие рака тела матки в Чеченской Республике, абс. (%)

Table. Dynamics and structure of disability of the female population due to uterine body cancer in the Chechen Republic, abs. (%)

Показатель	Возрастные группы женщин-инвалидов, лет			p
	18–44 (n=28)	45–54 (n=87)	≥55 (n=218)	
Год				
2014	7 (25,00)	12 (13,79)	21 (9,63)	df=12 0,0070
2015	4 (14,29)	16 (18,39)	21 (9,63)	
2016	3 (10,71)	23 (26,44)	32 (14,68)	
2017	0 (0,00)	7 (8,05)	23 (10,55)	
2018	2 (7,14)	11 (12,64)	41 (18,81)	
2019	5 (17,86)	9 (10,34)	41 (18,81)	
2020	7 (25,00)	9 (10,34)	39 (17,89)	
Группа инвалидности				df=4
III (n=197)	11 (39,29)	57 (65,52)	129 (59,17)	0,1123
II (n=118)	16 (57,14)	25 (28,74)	77 (35,32)	
I (n=18)	1 (3,57)	5 (5,75)	12 (5,50)	
Срок инвалидности				df=6
1 год	19 (67,86)	64 (73,56)	155 (71,10)	0,9510
Бессрочно	4 (14,29)	13 (14,94)	31 (14,22)	
6 мес	4 (14,29)	6 (6,90)	23 (10,55)	
2 года	1 (3,57)	4 (4,60)	9 (4,13)	
Способность к передвижению, степень				df=6
Первая	12 (42,86)	42 (48,28)	117 (53,67)	0,4080
Не установлено	14 (50,00)	36 (41,38)	73 (33,49)	
Вторая	1 (3,57)	5 (5,75)	22 (10,09)	
Третья	1 (3,57)	4 (4,60)	6 (2,75)	
Способность к самообслуживанию, степень				df=6
Первая	18 (64,29)	70 (80,46)	160 (73,39)	0,5870
Вторая	9 (32,14)	13 (14,94)	47 (21,56)	
Третья	1 (3,57)	4 (4,60)	10 (4,59)	
Не установлено	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (0,46)	
Способность к трудовой деятельности, степень				df=6
Первая	11 (39,29)	56 (64,37)	127 (58,26)	0,1790
Вторая	16 (57,14)	25 (28,74)	74 (33,94)	
Третья	1 (3,57)	5 (5,75)	11 (5,05)	
Не установлено	0 (0,00)	1 (1,15)	6 (2,75)	

с незначительным превышением по сравнению с удельным весом женщин, занимающихся физическим трудом (соответственно 38 и 35,4%). Удельный вес женщин, которые занимались умственным видом труда, был выше среди инвалидов пожилого возраста (29,7%), однако и в этом возрастном сегменте инвалидов преобладали женщины, которые не владели профессией. По данному показателю обнаружены значимые различия между группами ($p < 0,0256$).

Структура инвалидности по тяжести была следующей. В группе инвалидов молодого возраста 11 (39,3%) женщин имели III группу, 16 (57,1%) — II группу и 1 женщина (3,6%) — I группу инвалидности. В группе инвалидов среднего возраста и пожилого возраста больше

было инвалидов с III группой: соответственно 57 (65,5%) и 129 (59,2%). Удельный вес инвалидов со II группой достигал 28,7% (25 женщин) в группе инвалидов среднего возраста и 35,3% (77 женщин) в группе инвалидов пожилого возраста. Экстенсивные показатели I группы инвалидности в этих возрастных сегментах инвалидов составляли соответственно 5,7% (5 женщин) и 5,5% (12 женщин); см. таблицу. По данному показателю не обнаружены статистически значимые различия между группами ($p=0,0136$). При повторном освидетельствовании чаще устанавливалась III группа инвалидности (66,1%), а при первичном — II группа (45,6%). Удельный вес инвалидов, которым устанавливалась I группа инвалидности, был выше в когорте ППИ. Срок инвалидности «на 2 года»

устанавливался только инвалидам с I группой (77,8%). Большинству инвалидов со II и III группой установлен срок инвалидности «на 1 год» ($p < 0,0001$). Среди инвалидов с I группой и инвалидов с III группой преобладали лица с профессиями физического труда (соответственно 53,3 и 44,9%), тогда как среди инвалидов со II группой больше было лиц, не имеющих профессии (41,5%).

По срокам установленной инвалидности во всех возрастных группах преобладали инвалиды со сроком «1 год»: 19 (67,9%) инвалидов молодого, 64 (73,6%) среднего и 155 (71,1%) пожилого возраста ($p=0,9510$). Удельный вес инвалидов со сроком инвалидности «на 2 года» среди инвалидов среднего возраста и пожилого возраста значимо не различался (соответственно 4,6 и 4,1%), тогда как в возрастной группе молодых инвалидов был меньше (3,6%). Не выявлены существенные различия и в удельном весе инвалидов, которым инвалидность была установлена со сроком «бессрочно» (соответственно 14,3% молодого, 14,9% среднего и 14,2% пожилого возраста). Удельный вес инвалидов со сроком инвалидности «6 месяцев» был выше в группах инвалидов молодого и пожилого возраста (соответственно 14,3 и 10,6%) по сравнению с группой инвалидов среднего возраста (6,9%); см. таблицу.

У инвалидов отмечались стойкие нарушения функций системы крови и иммунной системы (333 женщины; 100%), а также единичные случаи нарушения функций мочевыделительной системы (0,6%) и функции кожи и связанной с ней систем (0,6%). Имели место нарушения способностей к передвижению, самообслуживанию и трудовой деятельности.

Нарушение способности к передвижению диагностировано у 210 инвалидов (63,1%), в том числе у 14 (50%) в группе молодых женщин-инвалидов, среди которых 1-я степень нарушения имела место у 12 (42,9%), 2-я степень — у 1 (3,6%), 3-я степень — также у 1 (3,6%); в группе женщин среднего возраста — у 51 (58,6%), в том числе 1-й степени у 42 (48,3%), 2-й степени у 5 (5,7%) и 3-й степени у 4 (4,6%); в группе женщин пожилого возраста — у 145 (66,5%), в том числе 1-й степени у 117 (53,7%),

2-й степени у 22 (10,1%) и 3-й степени у 6 (2,8%). Данный вид нарушения способности не выявлен у 50% женщин молодого возраста, 41,4% женщин среднего возраста и 33,5% женщин пожилого возраста (см. таблицу). Между группами по данному показателю статистически значимые различия не обнаружены.

Нарушение способности к самообслуживанию не выявлено только у 1 инвалида, выявлено — у 332 (99,7%). Распределение по степеням нарушения способности к самообслуживанию было следующим. В группе молодых инвалидов (100%) нарушение способности 1-й степени диагностировано у 18 (64,3%) женщин, 2-й степени — у 9 (32,1%), 3-й степени — у 1 (3,6%); в группе женщин среднего возраста (100%) — у 70 (80,5%), 13 (14,9%) и 4 (4,6%) соответственно. В группе женщин пожилого возраста (99,5%) 1-я степень нарушения диагностирована у 160 (73,4%), 2-я степень — у 47 (21,6%), 3-я степень — у 10 (4,6%) и у 1 (0,5%) женщины не установлено (см. таблицу). Между группами по данному показателю статистически значимые различия не обнаружены.

Нарушение способности к трудовой деятельности (рис. 4) диагностировано у 326 (97,9%) инвалидов, в том числе в группе молодых женщин-инвалидов (100%) 1-я степень нарушения способности имела место в 11 (39,3%) случаях, 2-я степень — в 16 (57,1%), 3-я степень — в 1 (3,6%); в группе женщин среднего возраста — у 86 женщин (95,2%), в том числе 1-й степени у 56 (64,4%), 2-й степени у 25 (28,7%) и 3-й степени у 5 (5,7%); в группе женщин пожилого возраста — у 127 (97,2%), в том числе 1-й степени у 127 (58,3%), 2-й степени у 74 (33,9%) и 3-й степени у 11 (5%). Данный вид нарушения способности не выявлен у 1,1% среднего и 2,8% пожилого возраста инвалидов (см. таблицу и рис. 4). Таким образом, удельный вес 1-й степени нарушения трудовой способности был выше в группе инвалидов среднего возраста, 2-й степени — в группе инвалидов молодого возраста; 3-я степень нарушения способности к трудовой деятельности имела значительно меньший удельный вес: в группе

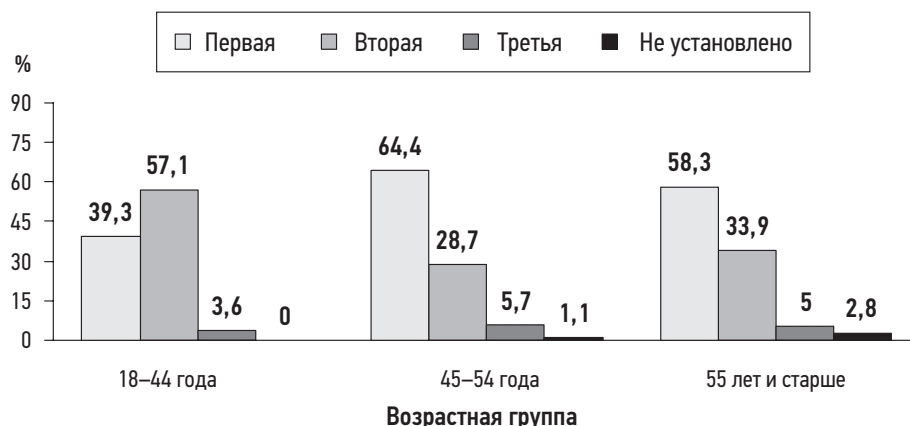


Рис. 4. Нарушение способности к трудовой деятельности в возрастных группах инвалидов вследствие рака тела матки (степени, %, $p=0,1790$)

Fig. 4. Violation of the ability to work in age groups of disabled people due to cancer of the uterine body (degrees, %, $p=0,1790$)

молодых инвалидов — 3,6%, среднего возраста — 5,7%, а пожилого возраста — 5%. По данному показателю ограничения жизнедеятельности различия между возрастными группами не достигли статистической значимости ($p=0,0190$).

ОБСУЖДЕНИЕ

Рак тела матки — самая частая злокачественная опухоль женских половых органов в развитых странах и вторая по частоте после рака шейки матки злокачественная опухоль женских половых органов в мире [11]. Примерно у 80% пациенток с раком тела матки диагностируют эндометриальную аденокарциному. У большинства пациенток заболевание носит спорадический характер [12].

Представленные результаты изучения проблемы инвалидности женского населения вследствие рака тела матки в Чеченской Республике свидетельствуют о динамике тенденции роста численности контингента инвалидов. Выявлена дифференциация инвалидности по возрасту: преобладают инвалиды пожилого возраста, при этом имеет место разнонаправленность динамики в возрастных группах инвалидов. Так, контингент инвалидов молодого возраста существенно не изменился, среднего возраста — уменьшился, а пожилого возраста — возрос ($p=0,0070$). В настоящее время возраст рассматривается как фактор, который влияет на исход при злокачественных заболеваниях [13] и инвалидность населения [14]: при раке тела матки пожилой возраст (старше 60 лет) относится к неблагоприятным прогностическим факторам [15].

У инвалидов стойкие нарушения функций системы крови и иммунной системы (100%) сопровождалось различными видами ограничений жизнедеятельности с преобладанием 1-й степени их выраженности. Обращает на себя внимание больший удельный вес инвалидов молодого возраста со 2-й степенью нарушения способности к труду, по сравнению с инвалидами среднего и пожилого возраста при преобладании во всех возрастных контингентах инвалидов, которые занимались физическими видами труда.

Имеющая место выраженность нарушений и ограничений функций системы крови и иммунной системы (100%) определили структуру инвалидности по тяжести. В возрастных группах среднего и пожилого возраста превалировали инвалиды с III группой инвалидности, тогда

как среди инвалидов молодого возраста больше было инвалидов со II группой инвалидности; III группа инвалидности чаще устанавливалась при повторном (66,1%), а II группа — при первичном освидетельствовании (45,6%). В то же время удельный вес инвалидов, которым устанавливалась I группа инвалидности, был выше в когорте инвалидов, направленных на повторное освидетельствование.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В рамках проекта «Борьба с онкологическими заболеваниями на 2018–2024 гг.» необходимо учесть региональные особенности динамики и структуры инвалидности женского населения вследствие рака тела матки в Чеченской Республике. Представленные результаты эпидемиологической и клинико-экспертной диагностики целесообразно использовать при разработке приоритетных направлений противораковой медико-социальной деятельности по профилактике инвалидности (первичной и вторичной) в области онкогинекологии на уровне регионального здравоохранения.

ДОПОЛНИТЕЛЬНО

Источник финансирования. Авторы заявляют об отсутствии внешнего финансирования при проведении исследования.

Конфликт интересов. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Вклад авторов. Все авторы подтверждают соответствие своего авторства международным критериям ICMJE (все авторы внесли существенный вклад в разработку концепции, проведение исследования и подготовку статьи, прочли и одобрили финальную версию перед публикацией).

ADDITIONAL INFORMATION

Funding source. This study was not supported by any external sources of funding.

Competing interests. The authors declare that they have no competing interests.

Authors' contribution. All authors made a substantial contribution to the conception of the work, acquisition, analysis, interpretation of data for the work, drafting and revising the work, final approval of the version to be published and agree to be accountable for all aspects of the work.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Каприн А.Д., Старинский В.В., Шахзадова А.О. Злокачественные новообразования в России в 2020 году (заболеваемость и смертность). Москва, 2021. 252 с.
2. Bray F., Ferlay J., Soerjomataram I., et al. Global Cancer Statistics 2018: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for

36 cancers in 185 countries // *Ca Cancer J Clin.* 2018. Vol. 68, N 6. P. 1394–1424. doi: 10.3322/caac.21492

3. Макимбетов Э.К., Салихар Р.И., Туманбаев А.М., и др. Эпидемиология рака в мире // *Современные проблемы науки и образования.* 2020. № 2. С. 168.

4. Каприн А.Д., Ашрафян Л.А., Стилиди И.С. Онкогинекология: национальное руководство. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2019. 384 с. doi: 10.33029/9704-5329-2-ONR-2019-1-384
5. Colombo N., Creutzberg C., Amant F., et al. ESMO-ESGO-ESTRO Consensus conference on endometrial cancer. Diagnosis, treatment and follow-up // *Int J Gynecol Cancer*. 2016. Vol. 26, N 1. P. 2–30. doi: 10.1093/annonc/mdv484
6. Fan Z., Li H., Hu R., et al. Fertility-preserving treatment in young women with grade 1 presumed stage IA endometrial adenocarcinoma: a meta-analysis // *Int J Gynecol Cancer*. 2018. Vol. 28, N 2. P. 385–393. doi: 10.1097/IGC.0000000000001164
7. Дмитриев В.Н. Злокачественные новообразования женской репродуктивной системы в Белгородской области в сопоставлении с общероссийскими показателями: монография. Белгород: Эпицентр, 2015. 212 с.
8. Гордиенко В.П., Леонтьева С.Н., Коробкова Т.Н. Рак репродуктивных органов у женщин Дальневосточного федерального округа // *Сибирский онкологический журнал*. 2020. Т. 19, № 3. С. 23–37. doi: 10.21294/1814-4861-2020-19-2-23-37
9. Пузин С.Н., Шургая М.А., Дмитриева Н.В., и др. Эпидемиология инвалидности взрослого населения в Российской Федерации // *Эпидемиология и вакцинопрофилактика*. 2019. Т. 18, № 5. С. 14–23. doi: 10.31631/2073-3046-219-18-5-14-23
10. Национальный проект «Здравоохранение»: федеральный проект «Борьба с онкологическими заболеваниями» (утв. 24 декабря 2018 г.; срок реализации 2019–2024 гг.). Режим доступа: <http://government.ru/>. Дата обращения: 28.01.2022.
11. Emons G., Steiner E., Vordermark D., et al. Interdisciplinary diagnosis, therapy and follow-up of patients with endometrial cancer. Guideline (S3-Level, AWMF Registry Number 032/034-OL, April 2018) – Part 2 with Recommendations on the therapy and follow-up of endometrial cancer, palliative care, psycho-oncological/psychosocial care/rehabilitation/patient information and healthcare facilities // *Geburtshilfe Frauenheilkd*. 2018. Vol. 78, N 11. P. 1089–1109. doi: 10.1055/a-0715-2964
12. Нечушкина В.М., Деньгина Н.В., Коломиец Л.А., и др. Практические рекомендации по лечению рака тела матки и сарком матки // *Злокачественные опухоли*. 2018. Т. 8, № 3S2. С. 190–203. doi: 10.18027/2224-5057-2017-7-3s2-168-180
13. Огрызко Е.В., Иванова М.А., Голубев Н.А., и др. Динамика «грубых» и стандартизированных показателей заболеваемости и смертности населения России от злокачественных новообразований за 2003–2016 годы // *Проблемы стандартизации в здравоохранении*. 2018. № 1-2. С. 9–13. doi: 10.26347/1607-2502201801-02009-013
14. Шургая М.А. Злокачественные новообразования: возрастные особенности эпидемиологии первичной инвалидности в Российской Федерации // *Российский онкологический журнал*. 2016. Т. 21, № 6. С. 319–324. doi: 10.18821/1028-9984-2016-21-6-319-324
15. Van den Bosch T., Coosemans A., Morina M., et al. Screening for uterine tumours // *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2012. Vol. 26, N 2. P. 257–266. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2011.08.002

REFERENCES

1. Kaprin AD, Starinsky VV, Shakhzadova AO. Malignant neoplasms in Russia in 2020 (morbidity and mortality). Moscow; 2021. 252 p. (In Russ).
2. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, et al. Global Cancer Statistics 2018: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 cancers in 185 Countries. *Ca Cancer J Clin*. 2018;68(6):1394–1424. doi: 10.3322/caac.21492
3. Makimbetov EK, Salihar RI, Tumanbaev AM, et al. Epidemiology of cancer in the world. *Modern Problems of Science and Education*. 2020;(2):168. (In Russ).
4. Kaprin AD, Ashrafyan LA, Stilidi IS. Oncogynecology: national guidelines. Moscow: GEOTAR-Media; 2019. 384 p. (In Russ). doi: 10.33029/9704-5329-2-ONR-2019-1-384
5. Colombo N, Creutzberg C, Amant F, et al. ESMO-ESGO-ESTRO Consensus conference on endometrial cancer. Diagnosis, treatment and follow-up. *Int J Gynecol Cancer*. 2016;26(1):2–30. doi: 10.1093/annonc/mdv484
6. Fan Z, Li H, Hu R, et al. Fertility-preserving treatment in young women with grade 1 presumed stage IA endometrial adenocarcinoma: a meta-analysis. *Int J Gynecol Cancer*. 2018;28(2):385–393. doi: 10.1097/IGC.0000000000001164
7. Dmitriev VN. Malignant neoplasms of the female reproductive system in the Belgorod region in comparison with all-Russian indicators: monograph. Belgorod: Epicenter; 2015. 212 p. (In Russ).
8. Gordienko VP, Leont'eva SN, Korobkova TN. Cancer of the reproductive organs in women of the Far Eastern Federal District. *Siberian Journal of Oncology*. 2020;19(3):23–37. (In Russ). doi: 10.21294/1814-4861-2020-19-2-23-37
9. Puzin SN, Shurgaya MA, Dmitrieva NV. Epidemiology of adult disability in the Russian Federation. *Epidemiology and Vaccination*. 2019;18(5):14–23. (In Russ). doi: 10.31631/2073-3046-219-18-5-14-23
10. National project "Health care": federal project "Fight against oncological diseases". Approved December 24, 2018 (implementation period 2019–2024). (In Russ). Available from: <http://government.ru/>. Accessed: 28.01.2022.
11. Emons G, Steiner E, Vordermark D, et al. Interdisciplinary diagnosis, therapy and follow-up of patients with endometrial cancer. Guideline (S3-Level, AWMF Registry Number 032/034-OL, April 2018) — Part 2 with Recommendations on the therapy and follow-up of endometrial cancer, palliative care, psycho-oncological/psychosocial care/rehabilitation/patient information and healthcare facilities. *Geburtshilfe Frauenheilkd*. 2018;78(11):1089–1109. doi: 10.1055/a-0715-2964
12. Nechushkina VM, Dengina NV, Kolomiets LA, et al. Practical recommendations for the treatment of uterine body cancer and uterine sarcomas. *Malignant Tumors*. 2018;8(3S2):190–203. (In Russ). doi: 10.18027/2224-5057-2017-7-3s2-168-180
13. Ogryzko EV, Ivanova MA, Golubev NA. Dynamics of "rough" and standardized indicators of morbidity and mortality of the population of Russia from malignant neoplasms for 2003–2016. *Problems of Standardization in Healthcare*. 2018(1-2):9–13. (In Russ). doi: 10.26347/1607-2502201801-02009-013
14. Shurgaya MA. Malignant neoplasms: age-related features of the epidemiology of primary disability in the Russian Federation. *Russian Journal of Oncology*. 2016;21(6):319–324. (In Russ). doi: 10.18821/1028-9984-2016-21-6-319-324
15. Van den Bosch T, Coosemans A, Morina M, et al. Screening for uterine tumours. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2012;26(2):257–266. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2011.08.002

ОБ АВТОРАХ

*** Шургая Марина Арсеньевна**, д.м.н., профессор;
адрес: Россия, 125993, Москва, ул. Баррикадная, д. 2/1;
e-mail: daremar@mail.ru; eLibrary SPIN: 4521-0147;
ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-3856-893X>

Идрисова Лилия Султановна, к.м.н.;
e-mail: rkcozmir_ak@mail.ru; eLibrary SPIN: 9996-4623;
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5931-0175>

Сулейманов Эльхан Абдуллаевич, д.м.н.;
e-mail: docsuleymanov@gmail.com; eLibrary SPIN: 5749-7283;
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5140-0245>

Пузин Сергей Никифорович, д.м.н., профессор,
академик РАН;
e-mail: s.puzin2012@yandex.ru; eLibrary SPIN: 2206-0700;
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9711-3532>

AUTHORS' INFO

*** Marina A. Shurgaya**, MD, Dr. Sci. (Med.), Professor;
address: 2/1 Barrikadnaya st., 123995 Moscow, Russia;
e-mail: daremar@mail.ru; eLibrary SPIN: 4521-0147;
ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-3856-893X>

Lilya S. Idrisova, MD, Cand. Sci. (Med.);
e-mail: rkcozmir_ak@mail.ru; eLibrary SPIN: 9996-4623;
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5931-0175>

Elkhan A Suleymanov, MD, Dr. Sci. (Med.);
e-mail: docsuleymanov@gmail.com; eLibrary SPIN: 5749-7283;
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5140-0245>

Sergey N. Puzin, MD, Dr. Sci. (Med.), Professor, Academician of
the Russian Academy of Sciences;
e-mail: s.puzin2012@yandex.ru; eLibrary SPIN: 2206-0700;
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9711-3532>

* Автор, ответственный за переписку / Corresponding author

<https://doi.org/10.17816/MSER109389>

Тенденции численности населения трудоспособного и старше трудоспособного возраста в Республике Дагестан

А.К. Алиев^{1,2}, О.Н. Владимирова³, С.Н. Пузин^{4,5}, М.В. Горяйнова³

¹ Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова (Сеченовский Университет), Москва, Российская Федерация

² Южный окружной медицинский центр, Махачкалинская клиническая больница, Махачкала, Российская Федерация

³ Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов, Санкт-Петербург, Российская Федерация

⁴ Федеральный научно-клинический центр реаниматологии и реабилитологии, Москва, Российская Федерация

⁵ Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования, Москва, Российская Федерация

АННОТАЦИЯ

Обоснование. Анализ состояния и тенденций численности населения, изучение возрастных особенностей и иные показатели являются основой формирования целевых программ социальной поддержки граждан трудоспособного и старше трудоспособного возраста на уровне субъекта Российской Федерации.

Цель исследования — выявление демографических особенностей населения в Республике Дагестан и определение современных тенденций демографического развития региона.

Материал и методы. Объект исследования — население трудоспособного и старше трудоспособного возраста в Республике Дагестан. Источники — официальные данные территориального органа Федеральной службы государственной статистики по Республике Дагестан. Методы исследования: аналитический, методы экспертных оценок, статистического и демографического анализа, которые обеспечили обоснованность научных результатов. Исследование лонгитюдное сплошное, достоверное. При подборе линии тренда динамики численности взрослого населения в Республике Дагестан в 1999–2020 гг. в Excel произведён автоматический расчёт значения величины R^2 , которая характеризует достоверность аппроксимации: чем ближе значение R^2 к единице, тем надёжнее линия тренда аппроксимирует исследуемый процесс (в исследовании $R^2=0,902$).

Результаты. Показатели демографии населения отражают состояние общественного здоровья, являясь важным критерием для оценки трудоспособности населения, качества жизни, уровня социально-экономического развития общества. Выявлены периоды значительного роста: в 2004 г. показатель по наглядности составил 122,7% при показателе наглядности в 2003 г. 103,7%, т.е. численность населения увеличилась на 18,3%, темп прироста в 2004 г. составил 18,3%; в 2011 г. показатель наглядности составил 140,65 при показателе наглядности в 2003 г. 129,1% и темпе прироста 8,9%.

Заключение. Полученные данные анализа численности населения трудоспособного и старше трудоспособного возраста в Республике Дагестан имеют практическое значение для министерств и ведомств, занимающихся разработкой мероприятий по социальной поддержке граждан.

Ключевые слова: население; трудоспособный возраст; старше трудоспособного возраста.

Как цитировать

Алиев А.К., Владимирова О.Н., Пузин С.Н., Горяйнова М.В. Тенденции численности населения трудоспособного и старше трудоспособного возраста в Республике Дагестан // *Медико-социальная экспертиза и реабилитация*. 2022. Т. 25, № 2. С. 113–123. DOI: <https://doi.org/10.17816/MSER109389>

<https://doi.org/10.17816/MSER109389>

Population trends of the working age and over-the-working age in the Republic of Dagestan

Ahmed K. Aliev^{1, 2}, Oksana N. Vladimirova³, Sergey N. Puzin^{4, 5}, Marina V. Goryainova³

¹ The First Sechenov Moscow State Medical University, Moscow, Russian Federation

² Southern district medical center, Makhachkala Clinical Hospital, Makhachkala, Russian Federation

³ St. Petersburg Institute of advanced training of doctors-experts, Saint Petersburg, Russian Federation

⁴ Federal Research and Clinical Center of Intensive Care Medicine and Rehabilitology, Moscow, Russian Federation

⁵ Russian Medical Academy of Continuous Professional Education, Moscow, Russian Federation

ABSTRACT

BACKGROUND: To analyze the state and trends in the population, the study of age characteristics and other indicators is the basis of targeted social support programs for citizens of working age and older than working age in the Russian Federation.

AIMS: To identify the demographic characteristics of the population in the Republic of Dagestan and determine current trends in the demographic development of the region.

MATERIALS AND METHODS: The study population included individuals of working age and older-than-working age in the Republic of Dagestan. Official data of the territorial body of the Federal State Statistics Service for the Republic of Dagestan were used. Analytical methods, expert assessment methods, and statistical and demographic analyses were employed, which ensured the validity of the research results. A continuous longitudinal study was conducted. When analyzing the trend in the dynamics of the adult population in the Republic of Dagestan (1999–2020), Excel automatically calculated the R2 value, which characterizes the accuracy of the approximation: the closer the R2 value to 1, the more reliably the trend line approximated the process under study. In the study, the R2 value was 0.902.

RESULTS: Demographic indicators of the population reflect the state of the public health, being important criteria for assessing the working capacity of the population, quality of life, and level of socioeconomic development of the society. Periods of significant growth were identified. In 2004, the visibility indicator was 122.7%, whereas in 2003, the visibility indicator was 103.7%, i.e., the population increased by 18.3%, and the growth rate in 2004 was 18.3%. In 2011, the visibility indicator was 140.65, whereas in 2003, the visibility indicator was 129.1%, with a growth rate of 8.9%.

CONCLUSIONS: The results of the analysis of the working-age and older-than-working-age population in the Republic of Dagestan are of practical importance for ministries and departments involved in the development of measures for social support of citizens.

Keywords: population, working age, older-than-working age.

To cite this article

Aliev AK, Vladimirova ON, Puzin SN, Goryainova MV. Population trends of the working age and over-the-working age in the Republic of Dagestan. *Medical and social expert evaluation and rehabilitation*. 2022;25(2):113–123. DOI: <https://doi.org/10.17816/MSER109389>

Received: 18.07.2022

Accepted: 20.10.2022

Published: 03.11.2022

ОБОСНОВАНИЕ

Важными критериями оценки жизни старшего поколения и выстраивания медико-социальных программ, а также оценки качества жизни и уровня социально-экономического развития общества являются демографические показатели [1–3]. Стратегия развития старшего поколения в Российской Федерации выдвигает на приоритетные позиции вопросы разработки и реализации программы системной поддержки и повышения качества жизни граждан старшего поколения, увеличения периода активного долголетия и продолжительности здоровой жизни [2].

Цель исследования — выявление демографических особенностей населения в Республике Дагестан и определение современных тенденций демографического развития региона.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Дизайн исследования

Исследование лонгитюдное сплошное, достоверное.

Объект исследования — население трудоспособного и старше трудоспособного возраста Республики Дагестан.

Источники — официальные данные территориального органа Федеральной службы государственной статистики по Республике Дагестан.

Методы исследования

Использованы следующие методы, обеспечившие обоснованность научных результатов: аналитический, экспертных оценок, статистического и демографического анализа.

Статистический анализ

При подборе линии тренда динамики численности взрослого населения в Республике Дагестан в 1999–2020 гг. в программе Excel произведён автоматический расчёт значения величины R^2 , которая характеризует достоверность аппроксимации: чем ближе значение R^2 к единице, тем надёжнее линия тренда аппроксимирует исследуемый процесс (в исследовании $R^2=0,902$).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Демографическое развитие региона

Согласно данным Федеральной службы государственной статистики, на 1 января 2018 г. в Российской Федерации из 146,7 млн человек каждый четвёртый (37,9 млн) находился в возрасте старше трудоспособного, что составляет 25,4% ко всему населению страны. Численность лиц в возрасте 65 лет и старше по сравнению с 2017 г. увеличилась на 2,8% (с 20,8 млн до 21,4 млн). Среди лиц старше трудоспособного возраста на 1 января 2018 г.

в Российской Федерации наибольший удельный вес составили лица 70 лет и старше (36,2%) [1].

Динамика численности взрослого населения Республики Дагестан

С целью определения современных тенденций демографического развития региона проведён анализ динамики численности взрослого населения Республики Дагестан за 22 года (с 1999 по 2020 г.).

Проведённый анализ показал, что численность населения за изучаемый период увеличилась в 1,5 раза. Установлен неуклонный рост численности населения с 2 120 472 человек в 1999 г. до 3 110 858 человек в 2020 г. при показателе наглядности 146,7% и темпе прироста 0,8 (табл. 1).

Выявлены периоды значительного роста: в 2004 г. показатель по наглядности составил 122,7% при показателе наглядности 103,7% в 2003 г., т.е. численность населения увеличилась на 18,3%, темп прироста в 2004 г. составил 18,3%; в 2011 г. показатель наглядности составил 140,65% при показателе наглядности 129,1% в 2003 г. и темпе прироста 8,9%, однако в 2012 г. темп прироста составлял -1,7% (-50 925,0 абс.).

По данным аналитического центра Института цифровых трансформаций и исследований экономических трендов, основная причина роста численности населения региона — положительный естественный прирост населения: высокая рождаемость, многодетные семьи; показатели смертности уменьшились в последние годы за счёт снижения младенческой, детской и материнской смертности [4].

Методом линейной аппроксимации рассчитан примерный прогноз численности населения на 3 года, который показал, что рост численности населения трудоспособного и старше трудоспособного возраста будет продолжаться ($R^2=0,0902$); рис. 1.

Динамика численности населения трудоспособного и старше трудоспособного возраста Республики Дагестан

В социальной политике Российской Федерации на приоритетные позиции выдвигаются вопросы разработки и реализации программы системной поддержки и повышения качества жизни граждан старшего поколения, увеличения периода активного долголетия и продолжительности здоровой жизни. Проведён сравнительный анализ численности населения трудоспособного и старше трудоспособного возраста в Республике Дагестан за изучаемый период.

В структуре общей численности населения удельный вес лиц трудоспособного возраста в среднем за 22 года составлял 59,8% (1 619 894 чел.), удельный вес лиц старше трудоспособного возраста — 12,1% (329 008 чел.); рис. 2.

Анализ динамики населения по возрасту установил, что численность населения трудоспособного возраста

Таблица 1. Динамика численности взрослого населения в Республике Дагестан (1999–2020 гг.)

Table 1. Dynamics of the adult population in the Republic of Dagestan (1999–2020)

Год	Численность взрослого населения на 01.01	Абс. прирост, тыс. чел.	Темп прироста, %	Показатель наглядности, %
1999	2 120 472	-	-	100,0
2000	2 139 408	18 936,0	0,9	100,9
2001	2 166 344	26 936,0	1,3	102,2
2002	2 179 485	13 141,0	0,6	102,8
2003	2 199 945	20 460,0	0,9	103,7
2004	2 601 980	402 035,0	18,3	122,7
2005	2 621 820	19 840,0	0,8	123,6
2006	2 640 984	19 164,0	0,7	124,5
2007	2 687 822	46 838,0	1,8	126,8
2008	2 699 750	11 928,0	0,4	127,3
2009	2 711 679	11 929,0	0,4	127,9
2010	2 737 313	25 634,0	0,9	129,1
2011	2 981 374	244 061,0	8,9	140,6
2012	2 930 449	-50 925,0	-1,7	138,2
2013	2 946 035	15 586,0	0,5	138,9
2014	2 963 918	17 883,0	0,6	139,8
2015	2 990 371	26 453,0	0,9	141,0
2016	3 015 660	25 289,0	0,8	142,2
2017	3 041 708	26 048,0	0,9	143,4
2018	3 063 885	22 177,0	0,7	144,5
2019	3 086 126	22 241,0	0,7	145,5
2020	3 110 858	24 732,0	0,8	146,7

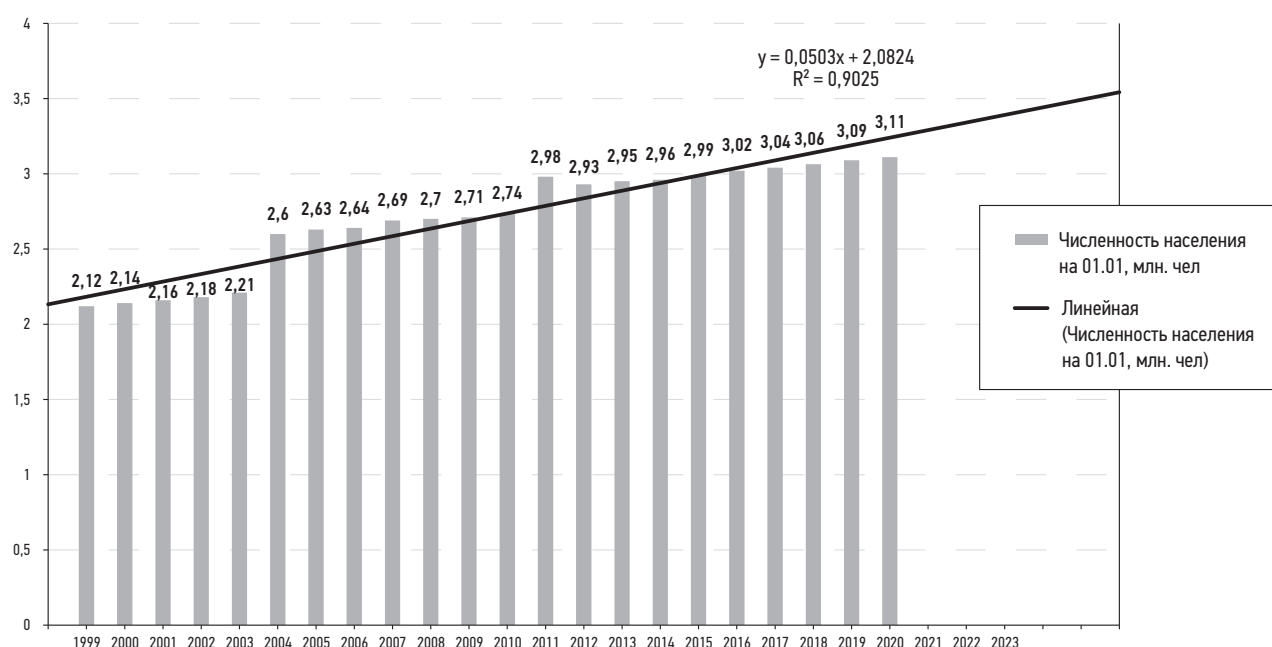


Рис. 1. Динамика численности населения в Республике Дагестан (1999–2020 гг.), млн чел.

Fig. 1. Population dynamics in the Republic of Dagestan (1999–2020), million people

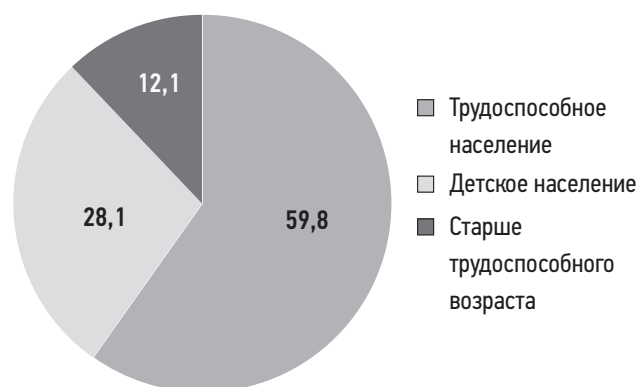


Рис. 2. Структура численности населения в Республике Дагестан, %.

Fig. 2. The structure of the population in the Republic of Dagestan, %.

за изучаемый период увеличилась в 1,7 раза, показатель наглядности в 2020 г. составил 165,9% при темпе прироста 2,2%. Установлено значительное увеличение численности населения в 2004 г., когда темп прироста составил 29,0% при показателе наглядности 136,3%, в сравнении с 2003 г., когда показатель наглядности составлял 105,6% при отрицательном (-1,2%) темпе прироста (табл. 2).

Анализ динамики численности населения старше трудоспособного возраста показал, что численность населения за изучаемый период увеличилась в 1,5 раза при показателе наглядности 153,9%.

С 1999 по 2003 г. в динамике численности населения старше трудоспособного возраста отмечалась убыль с -0,4 до -0,2%. С 2004 по 2007 г. установлено положительное увеличение темпа прироста в 3,5 раза: с 1,1 до 3,8%.

Наибольший темп прироста трудоспособного населения отмечался в 2004 г. — 29,0% при показателе наглядности 136,3%.

В 2011 г. показатели динамического ряда численности населения трудоспособного и старше трудоспособного возраста равны нулю.

В 2012 г. темп прироста населения трудоспособного возраста составил 5,6% при показателе наглядности 160,4%; темп прироста населения старше трудоспособного возраста — 3,9%, при показателе наглядности 160,4%.

С 2012 по 2016 г. темп прироста трудоспособного населения колебался в пределах 0,1–0,4%, в 2017–2018 гг. темп прироста составлял -2,3%, при показателях наглядности 158,1 и 154,4% соответственно.

Таблица 2. Показатели численности населения трудоспособного и старше трудоспособного возраста в Республике Дагестан (1999–2020 гг.)

Table 2. Indicators of the population of able-bodied and over working age in the Republic of Dagestan (1999–2020)

Год	Численность населения на 01.01	Трудоспособного возраста				Старше трудоспособного возраста			
		Всего	Абс. прирост, тыс. чел	Темп прироста, %	Показатель наглядности, %	Всего	Абс. прирост, тыс. чел	Темп прироста, %	Показатель наглядности, %
1999	2 120 472	1 136 458	-	-	100,0	281 076	-	-	100,0
2000	2 139 408	1 162 384	25 926,0	2,3	102,3	280 014	-1062,0	-0,4	99,6
2001	2 166 344	1 188 311	25 927,0	2,2	104,6	278 953	-1061,0	-0,4	99,2
2002	2 179 485	1 214 537	26 226,0	2,2	106,9	279 371	418,0	0,1	99,4
2003	2 199 945	1 200 388	-14 149,0	-1,2	105,6	278 920	-451,0	-0,2	99,2
2004	2 601 980	1 548 902	348 514,0	29,0	136,3	282 126	3206,0	1,1	100,4
2005	2 621 820	1 587 042	38 140,0	2,5	139,6	282 876	750,0	0,3	100,6
2006	2 640 984	1 621 604	34 562,0	2,2	142,7	286 544	3668,0	1,3	101,9
2007	2 687 822	1 679 888	58 284,0	3,6	147,8	297 361	10 817,0	3,8	105,8
2008	2 699 750	1 695 396	15 508,0	0,9	149,2	301 057	3696,0	1,2	107,1
2009	2 711 679	1 710 905	15 509,0	0,9	150,5	303 754	2697,0	0,9	108,1
2010	2 737 313	1 727 090	16 185,0	0,9	152,0	312 296	8542,0	2,8	111,1
2011	2 981 374	1 727 090	0,0	0,0	152,0	312 296	0,0	0,0	111,1
2012	2 930 449	1 823 415	96 325,0	5,6	160,4	324 338	12 042,0	3,9	115,4
2013	2 946 035	1 827 637	4222,0	0,2	160,8	335 902	11 564,0	3,6	119,5
2014	2 963 918	1 829 182	1545,0	0,1	161,0	348 799	12 897,0	3,8	124,1
2015	2 990 371	1 836 746	7564,0	0,4	161,6	364 095	15 296,0	4,4	129,5
2016	3 015 660	1 837 718	972,0	0,1	161,7	385 041	20 946,0	5,8	137,0
2017	3 041 708	1 796 272	-41 446,0	-2,3	158,1	403 870	18 829,0	4,9	143,7
2018	3 063 885	1 754 827	-41 445,0	-2,3	154,4	422 699	18 829,0	4,7	150,4
2019	3 086 126	1 846 072	91 245,0	5,2	162,4	444 118	21 419,0	5,1	158,0
2020	3 110 858	1 885 819	39 747,0	2,2	165,9	432 691	-11 427,0	-2,6	153,9

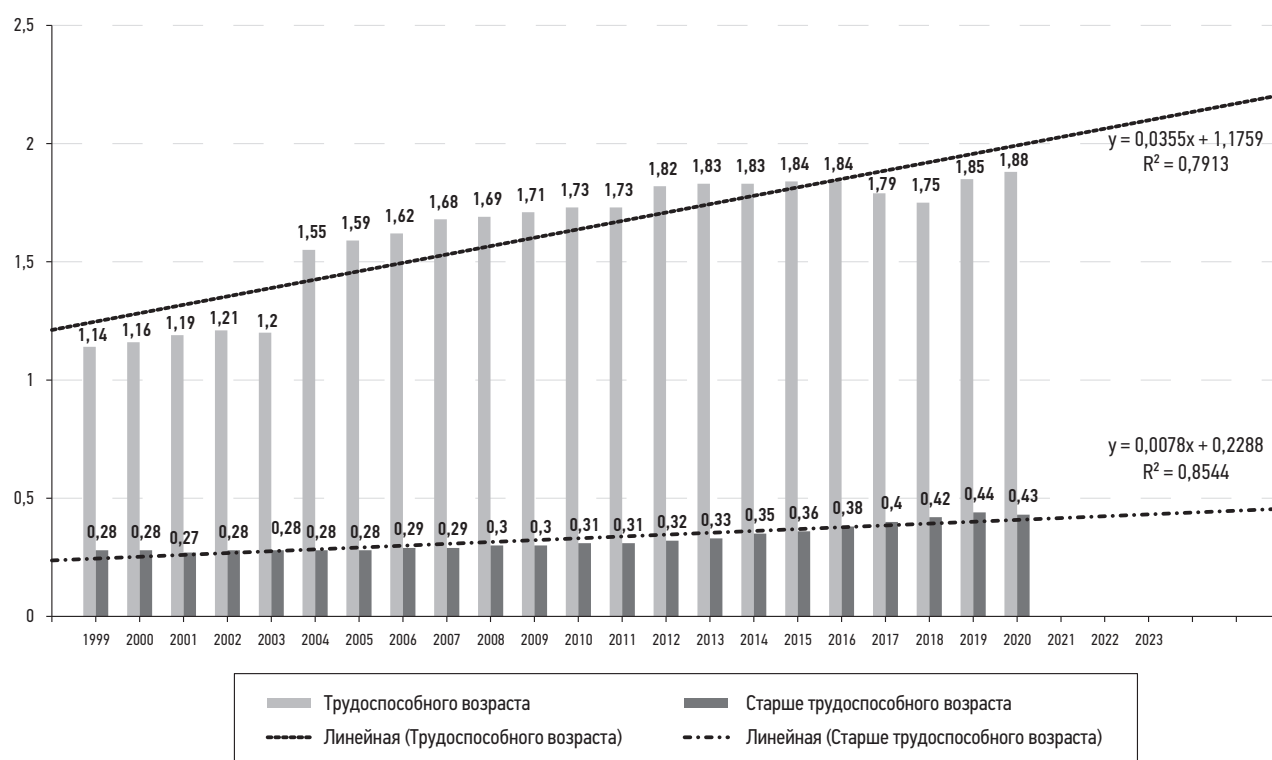


Рис. 3. Динамика населения трудоспособного и старше трудоспособного возраста в Республике Дагестан (1999–2020 гг.), млн чел.
Fig. 3. Dynamics of the able-bodied and over-able-bodied population in the Republic of Dagestan (1999–2020), million people

В динамике населения старше трудоспособного возраста с 2012 по 2016 г. установлен положительный темп прироста от 3,9 до 5,8% при показателе наглядности 137,0% в 2016 г.

В 2017 и 2018 гг. темп прироста населения старше трудоспособного возраста несколько снизился и составлял 4,9 и 4,15% соответственно. В 2019 г. темп прироста увеличился до 5,1% при показателях наглядности 158,0%.

В 2020 г. темп прироста населения старше трудоспособного возраста составил -2,6% при показателе наглядности 153,9% (см. табл. 2).

Методом линейной аппроксимации рассчитан примерный прогноз численности населения трудоспособного и старше трудоспособного возраста на 3 года, который показал, что численность населения будет увеличиваться при $R^2=0,7942$ для трудоспособного возраста и $R^2=0,8592$ для населения старше трудоспособного возраста (рис. 3).

Динамика численности городского и сельского населения Республики Дагестан

Проведён анализ численности городского и сельского населения Республики Дагестан за изучаемый период. Удельный вес городского населения в среднем составляет 43,0%, сельского населения — 57,0% (рис. 4).

За изучаемый период отмечено увеличение численности городского населения в 1,6 раза при показателе

наглядности 162,1%. В 2000–2002 гг. отмечена убыль населения от -1,15 до -0,4% при темпе прироста -3,2% в 2012 г. и -0,2% в 2016 г. Самый высокий темп прироста установлен в 2004 г. (27,9%) и 2011 г. (16,3%); табл. 3.

Анализ динамики населения по районам показал увеличение численности населения за изучаемый период в 1,4 раза при показателе наглядности 136,0%. Значительный темп прироста установлен в 2004 г. (12,1%), убыль установлена в 2010 г. (-0,6%), 2014 г. (-0,4%) и 2019 г. (-0,2%); см. табл. 3.

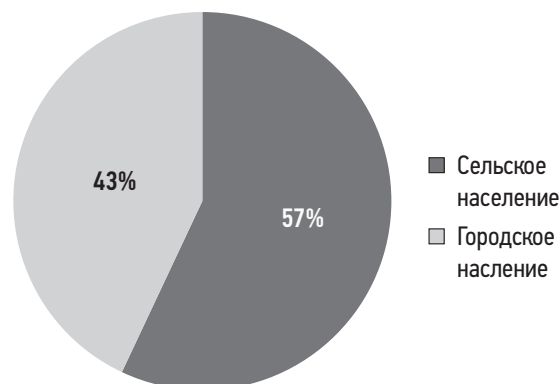
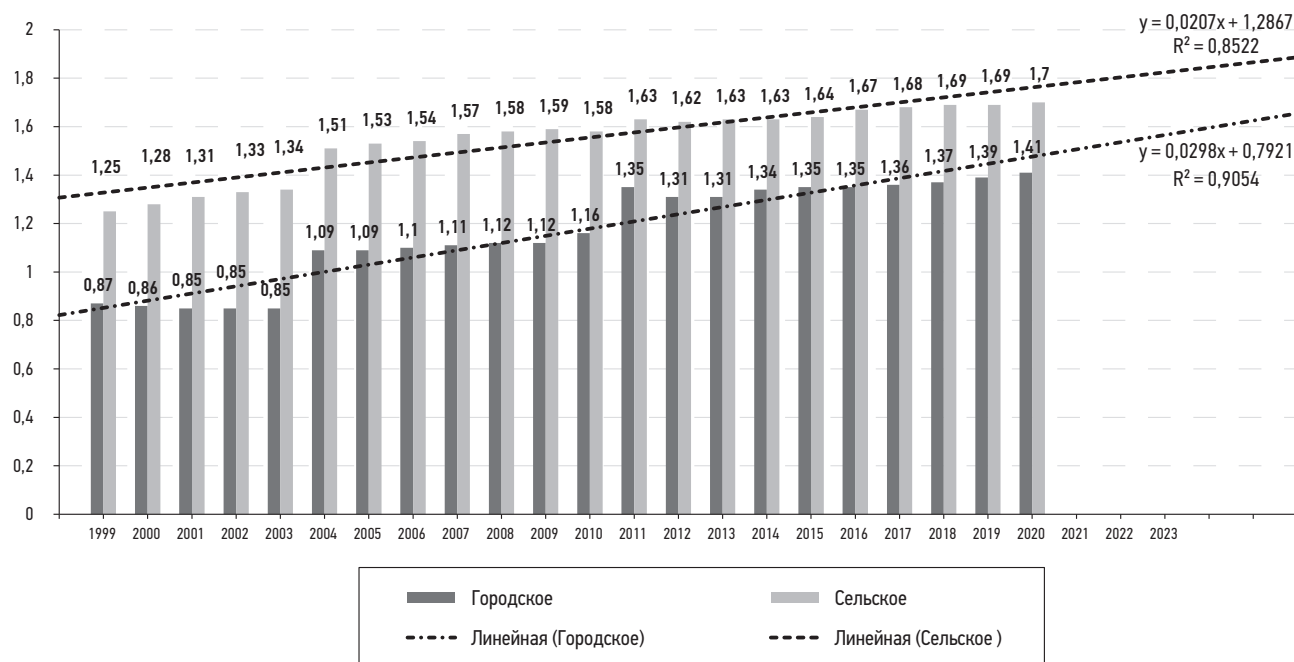


Рис. 4. Структура численности городского и сельского населения в Республике Дагестан, %.

Fig. 4. The structure of the urban and rural population in the Republic of Dagestan, %.

Таблица 3. Показатели численности городского населения и населения по районам в Республике Дагестан (1999–2020 гг.)**Table 3.** Indicators of urban population and population by districts in the Republic of Dagestan (1999–2020)

Год	Всего на 01.01	По городам	Абс. прирост, тыс. чел.	Темп прироста, %	Показатель наглядности, %	По районам	Абс. прирост, тыс. чел.	Темп прироста, %	Показатель наглядности, %
1999	2 120 472	869 629	-	-	100,0	1 250 843	-	-	100,0
2000	2 139 408	859 913	-9716,0	-1,1	98,9	1 279 495	28 652,0	2,3	102,3
2001	2 166 344	850 410	-9503,0	-1,1	97,8	1 315 934	36 439,0	2,8	105,2
2002	2 179 485	846 852	-3558,0	-0,4	97,4	1 332 633	16 699,0	1,3	106,5
2003	2 199 945	855 354	8502,0	1,0	98,4	1 344 591	11 958,0	0,9	107,5
2004	2 601 980	1 094 264	238 910,0	27,9	125,8	1 507 716	163 125,0	12,1	120,5
2005	2 621 820	1 095 537	1273,0	0,1	126,0	1 526 283	18 567,0	1,2	122,0
2006	2 640 984	1 100 366	4829,0	0,4	126,5	1 540 618	14 335,0	0,9	123,2
2007	2 687 822	1 115 769	15 403,0	1,4	128,3	1 572 053	31 435,0	2,0	125,7
2008	2 699 750	1 120 005	4236,0	0,4	128,8	1 579 745	7692,0	0,5	126,3
2009	2 711 679	1 124 242	4237,0	0,4	129,3	1 587 437	7692,0	0,5	126,9
2010	2 737 313	1 159 639	35 397,0	3,1	133,3	1 577 674	-9763,0	-0,6	126,1
2011	2 981 374	1 349 116	189 477,0	16,3	155,1	1 632 258	54 584,0	3,5	130,5
2012	2 930 449	1 306 197	-42 919,0	-3,2	150,2	1 624 252	-8006,0	-0,5	129,9
2013	2 946 035	1 312 064	5867,0	0,4	150,9	1 633 971	9719,0	0,6	130,6
2014	2 963 918	1 335 969	23 905,0	1,8	153,6	1 627 949	-6022,0	-0,4	130,1
2015	2 990 371	1 348 203	12 234,0	0,9	155,0	1 642 168	14 219,0	0,9	131,3
2016	3 015 660	1 345 259	-2944,0	-0,2	154,7	1 670 401	28 233,0	1,7	133,5
2017	3 041 708	1 359 792	14 533,0	1,1	156,4	1 681 916	11 515,0	0,7	134,5
2018	3 063 885	1 371 305	11 513,0	0,8	157,7	1 692 580	10 664,0	0,6	135,3
2019	3 086 126	1 396 715	25 410,0	1,9	160,6	1 689 411	-3169,0	-0,2	135,1
2020	3 110 858	1 409 430	12 715,0	0,9	162,1	1 701 428	12 017,0	0,7	136,0

**Рис. 5.** Динамика численности городского и сельского населения в Республике Дагестан (1999–2020 гг.), млн.чел.**Fig. 5.** Dynamics of urban and rural population in the Republic of Dagestan (1999–2020), million people

Прогноз численности населения на 3 года вперёд показал увеличение численности городского и сельского населения при $R^2=0,8568$ и $R^2=0,9059$ соответственно (рис. 5).

Динамика численности городского и сельского населения трудоспособного и старше трудоспособного возраста Республики Дагестан

Рассчитана структура и динамика численности городского и сельского населения трудоспособного возраста в Республике Дагестан за изучаемый период.

В структуре численности трудоспособного населения удельный вес лиц, проживающих в городе, составил в среднем 45,6%, удельный вес лиц, проживающих в районах, — 54,4% (рис. 6).

С 1999 по 2020 г. численность городского населения трудоспособного возраста увеличилась в 1,8 раза при показателе наглядности 177,9% в 2020 г.; численность сельского населения увеличилась в 1,6 раза при показателе наглядности 156,3% в 2020 г. Наибольший темп прироста как городского, так и сельского населения

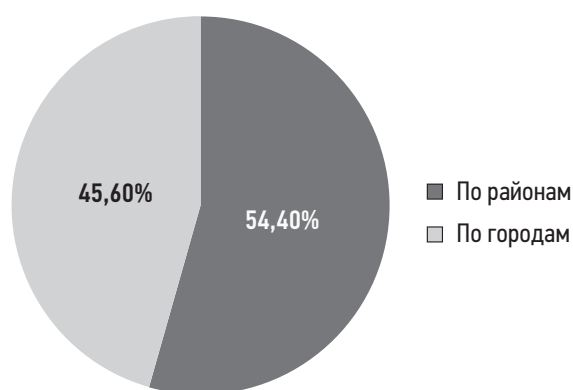


Рис. 6. Структура численности городского и сельского населения трудоспособного возраста в Республике Дагестан (1999–2020 гг.).

Fig. 6. The structure of the number of urban and rural working-age population in the Republic of Dagestan (1999–2020).

трудоспособного возраста установлен в 2004 г. — 33,6 и 25,4% при показателях наглядности 139,25 и 133,9% соответственно (табл. 4).

В динамике трудоспособного населения среди жителей города в 2000–2001 гг. и в 2011 г. темп прироста

Таблица 4. Динамика численности городского и сельского населения трудоспособного возраста в Республике Дагестан (1999–2020 гг.).

Table 4. Dynamics of the number of urban and rural working-age population in the Republic of Dagestan (1999–2020)

Год	Всего на 0.1.01	По городам	Абс. прирост, тыс. чел.	Темп прироста, %	Показатель наглядности, %	По районам	Абс. прирост, тыс. чел.	Темп прироста, %	Показатель наглядности, %
1999	1 136 458	506 852	-	-	100,0	629 606	-	-	100,0
2000	1 162 384	507 005	153,0	0,0	100,0	655 379	25 773,0	4,1	104,1
2001	1 188 311	507 158	153,0	0,0	100,1	681 153	25 774,0	3,9	108,2
2002	1 214 537	517 143	9985,0	2,0	102,0	697 394	16 241,0	2,4	110,8
2003	1 200 388	528 123	10 980,0	2,1	104,2	672 265	-25 129,0	-3,6	106,8
2004	1 548 902	705 737	177 614,0	33,6	139,2	843 165	170 900,0	25,4	133,9
2005	1 587 042	729 783	24 046,0	3,4	144,0	857 259	14 094,0	1,7	136,2
2006	1 621 604	724 876	-4907,0	-0,7	143,0	896 728	39 469,0	4,6	142,4
2007	1 679 888	740 109	15 233,0	2,1	146,0	939 779	43 051,0	4,8	149,3
2008	1 695 396	746 247	6138,0	0,8	147,2	949 149	9370,0	1,0	150,8
2009	1 710 905	752 386	6139,0	0,8	148,4	958 519	9370,0	1,0	152,2
2010	1 727 090	772 793	20 407,0	2,7	152,5	954 297	-4222,0	-0,4	151,6
2011	1 727 090	772 793	0,0	0,0	152,5	954 297	0,0	0,0	151,6
2012	1 823 415	845 704	72 911,0	9,4	166,9	977 702	23 405,0	2,5	155,3
2013	1 827 637	848 413	2709,0	0,3	167,4	979 224	1522,0	0,2	155,5
2014	1 829 182	861 038	12 625,0	1,5	169,9	968 144	-11 080,0	-1,1	153,8
2015	1 836 746	866 976	5938,0	0,7	171,1	969 770	1626,0	0,2	154,0
2016	1 837 718	860 073	-6903,0	-0,8	169,7	977 645	7875,0	0,8	155,3
2017	1 796 272	845 571	-14 502,0	-1,7	166,8	980 701	3056,0	0,3	155,8
2018	1 754 827	831 069	-14 502,0	-1,7	164,0	923 758	-56 943,0	-5,8	146,7
2019	1 846 072	881 103	50 034,0	6,0	173,8	964 969	41 211,0	4,5	153,3
2020	1 885 819	901 586	20 483,0	2,3	177,9	984 223	19 254,0	2,0	156,3

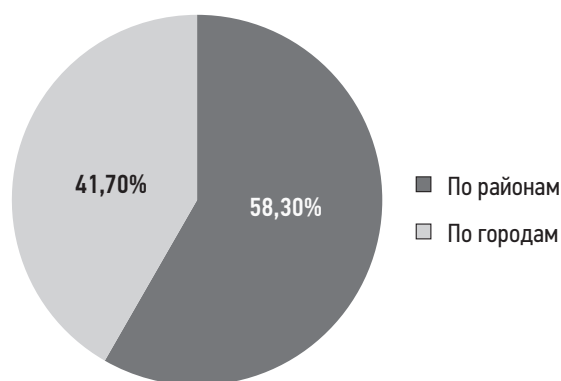


Рис. 7. Структура численности городского и сельского населения старше трудоспособного возраста в Республике Дагестан (1999–2020 гг.).

Fig. 7. The structure of the number of urban and rural population older than working age in the Republic of Dagestan (1999–2020).

равен нулю. В 2006 г. установлена абсолютная убыль городского населения при темпе роста -0,7%. В 2016–2018 гг. установлена отрицательная динамика с темпом прироста от -0,8 до -1,8%. В 2019 г. темп прироста составил 6,0% при показателе наглядности 173,8%.

В динамике трудоспособного населения районов убыль установлена в 2003 г. (-3,6%), 2010 г. (-0,4%), 2014 г. (-1,1%) и 2018 г. (-5,8%); см. табл. 4.

Изучена структура и динамика численности городского и сельского населения старше трудоспособного возраста в Республике Дагестан в 2019–2020 гг.

В структуре населения старше трудоспособного возраста удельный вес жителей городского населения в среднем составил 41,7%, удельный вес жителей районов — 58,3% (рис. 7).

Анализ динамики численности городского и сельского населения старше трудоспособного возраста в Республике Дагестан показал, что городское население за изучаемый период увеличилось в 1,9 раза при показателе наглядности 186,85%, население по районам увеличилось в 1,3 раза при показателе наглядности 134,0% (табл. 5).

В 2000–2001 гг. отмечалась убыль численности городского населения при одинаковом показателе темпа прироста -1,4%. В 2003 и в 2020 гг. также наблюдалась убыль населения с показателями прироста -0,1 и -2,2% соответственно. В период с 2006 г. по 2007 г. отмечено значительное (в 17,8 раз) увеличение темпа прироста

Таблица 5. Динамика численности городского и сельского населения старше трудоспособного возраста в Республике Дагестан (1999–2020 гг.).

Table 5. Dynamics of the number of urban and rural population older than working age in the Republic of Dagestan (1999–2020)

Год	Всего на 01.01	По городам	Абс. прирост, тыс. чел	Темп прироста, %	Показатель наглядности, %	По районам	Абс. прирост, тыс. чел	Темп прироста, %	Показатель наглядности, %
1999	281 076	106 143	-	нет	100,0	174 933	-	-	100,0
2000	280 014	104 626	-1517,0	-1,4	98,6	175 388	455,0	0,3	100,3
2001	278 953	103 110	-1516,0	-1,4	97,1	175 843	455,0	0,3	100,5
2002	279 371	104 225	1115,0	1,1	98,2	175 146	-697,0	-0,4	100,1
2003	278 920	104 131	-94,0	-0,1	98,1	174 789	-357,0	-0,2	99,9
2004	282 126	106 527	2396,0	2,3	100,4	175 599	810,0	0,5	100,4
2005	282 876	110 576	4049,0	3,8	104,2	172 300	-3299,0	-1,9	98,5
2006	286 544	111 008	432,0	0,4	104,6	175 536	3236,0	1,9	100,3
2007	297 361	118 929	7921,0	7,1	112,0	178 432	2896,0	1,6	102,0
2008	301 057	121 050	2121,0	1,8	114,0	180 007	1575,0	0,9	102,9
2009	303 754	123 185	2135,0	1,8	116,1	180 569	562,0	0,3	103,2
2010	312 296	131 501	8316,0	6,8	123,9	180 795	226,0	0,1	103,4
2011	312 296	131 501	0,0	0,0	123,9	180 795	0,0	0,0	103,4
2012	324 338	140 010	8509,0	6,5	131,9	184 328	3533,0	2,0	105,4
2013	335 902	146 050	6040,0	4,3	137,6	189 852	5524,0	3,0	108,5
2014	348 799	154 987	8937,0	6,1	146,0	193 812	3960,0	2,1	110,8
2015	364 095	162 571	7584,0	4,9	153,2	201 524	7712,0	4,0	115,2
2016	385 041	170 003	7432,0	4,6	160,2	215 038	13 514,0	6,7	122,9
2017	403 870	179 348	9345,0	5,5	169,0	224 522	9484,0	4,4	128,3
2018	422 699	188 694	9346,0	5,2	177,8	234 005	9483,0	4,2	133,8
2019	444 118	202 810	14 116,0	7,5	191,1	241 308	7303,0	3,1	137,9
2020	432 691	198 327	-4483,0	-2,2	186,8	234 364	-6944,0	-2,9	134,0

населения при показателях темпа прироста 0,4 и 7,1% соответственно и показателе динамики 112,0% в 2007 г. (в 2006 г. — 104,6%). В 2011 г. темп прироста равен нулю.

Среди численности сельского населения в 2002–2003 гг. наблюдалась убыль населения при темпе прироста -0,4 и -0,2%, также убыль населения зафиксирована в 2005 г. (-1,95) и 2020 г. (-2,9%).

Наибольший темп прироста населения по районам установлен в 2016 г. (6,7%) при показателе наглядности 122,9%, наименьший — в 2011 г. (0,0%).

В 2011 г. темп прироста городского и сельского населения старше трудоспособного возраста равен нулю (см. табл. 5).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведённый анализ численности населения в Республике Дагестан выявил следующие тенденции: общая численность населения за изучаемый период увеличилась в 1,5 раза при увеличении численности населения трудоспособного возраста в 1,7 раза, старше трудоспособного возраста — в 1,5 раза. Численность городского населения увеличилась в 1,6 раза, при этом численность лиц трудоспособного возраста возросла в 1,8 раза, старше трудоспособного возраста — в 1,9 раза. Анализ динамики населения по районам показал увеличение численности населения за изучаемый период в 1,4 раза при увеличении численности населения трудоспособного в 1,6 раза, старше трудоспособного возраста — в 1,3 раза.

Полученные данные являются основой формирования целевых программ социальной поддержки граждан

трудоспособного и старше трудоспособного возраста на уровне субъекта Российской Федерации.

ДОПОЛНИТЕЛЬНО

Источник финансирования. Авторы заявляют об отсутствии внешнего финансирования при проведении исследования.

Конфликт интересов. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Вклад авторов. Все авторы подтверждают соответствие своего авторства международным критериям ICMJE (все авторы внесли существенный вклад в разработку концепции, проведение исследования и подготовку статьи, прочли и одобрили финальную версию перед публикацией). Наибольший вклад распределён следующим образом: *А.К. Алиев* — формирование идеи исследования, сбор и обработка материала, редактирование статьи, оформление статьи, *О.Н. Владимирова* — редактирование статьи, *С.Н. Пузин* — редактирование статьи, *М.В. Горайнова* — редактирование и оформление статьи.

ADDITIONAL INFORMATION

Funding source. This study was not supported by any external sources of funding.

Competing interests. The authors declare that they have no competing interests.

Authors' contribution. All authors made a substantial contribution to the conception of the work, acquisition, analysis, interpretation of data for the work, drafting and revising the work, final approval of the version to be published and agree to be accountable for all aspects of the work. *A.K. Aliev* — the formation of the idea of the study, the collection and processing of material, editing the article, the design of the article; *O.N. Vladimirova* — article editing; *S.N. Puzin* — article editing; *M.V. Goryainova* — editing and design of the article.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абдулманапов П.Г. Влияние экономических изменений на развитие демографических процессов в Республике Дагестан // Региональные проблемы преобразования экономики. 2018. № 12. С. 275–282. doi: 10.26726/1812-7096-2018-11-275-282
2. Владимирова О.Н. Система комплексной реабилитации инвалидов с ограничением мобильности: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. Москва, 2020. 48 с.

3. Владимирова О.Н., Башкирева А.С., Коробов М.В., и др. Инвалидность как медико-социальный индикатор состояния здоровья и старения населения в Российской Федерации // Успехи геронтологии. 2017. Т. 30, № 3. С. 398–402.
4. Регионы России. Социально-экономические показатели: статистический сборник. Москва: Росстат, 2018. 1162 с.

REFERENCES

1. Abdulmanapov PG. The impact of economic changes on the development of demographic processes in the Republic of Dagestan. *Regional Problems Economic Transformation*. 2018;(12):275–282. (In Russ). doi: 10.26726/1812-7096-2018-11-275-282
2. Vladimirova ON. The system of comprehensive rehabilitation of disabled people with limited mobility [abstract dissertation]. Moscow; 2020. 48 p. (In Russ).

3. Vladimirova ON, Bashkireva AS, Korobov MV, et al. Disability as a medical and social indicator of the state of health and aging of the population in the Russian Federation. *Successes Gerontology*. 2017;30(3):398–402. (In Russ).
4. Regions of Russia. Socio-economic indicators: statistical collection. Moscow: Rosstat; 2018. 1162 p. (In Russ).

ОБ АВТОРАХ

*** Алиев Ахмед Курбанович;**

адрес: Россия, 367032, Махачкала, ул. Джамбулатова М.М., д. 60А; e-mail: m_b@uomc-mail.ru; eLibrary SPIN: 7505-5618; ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4957-6724>

Владимирова Оксана Николаевна, д.м.н., профессор;

e-mail: vladox1204@yandex.ru; eLibrary SPIN: 6405-4757; ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6692-2882>

Пузин Сергей Никифорович, д.м.н., профессор,

академик РАН;
e-mail: s.puzin2012@yandex.ru; eLibrary SPIN: 2206-0700; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9711-3532>

Горайнова Марина Владимировна;

e-mail: marinagoryainova@mail.ru; eLibrary SPIN: 5189-8241; ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8904-8614>

AUTHORS' INFO

*** Ahmed K. Aliev, MD;**

address: 60A st. Dzhambulatova M.M., Makhachkala, 367032, Russia; e-mail: m_b@uomc-mail.ru; eLibrary SPIN 7505-5618; ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4957-6724>

Oksana N. Vladimirova, MD, Dr. Sci. (Med.), Professor;

e-mail: vladox1204@yandex.ru; eLibrary SPIN: 6405-4757; ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6692-2882>

Sergey N. Puzin, MD, Dr. Sci. (Med.), Professor,

Academician of the Russian Academy of Sciences;
e-mail: s.puzin2012@yandex.ru; eLibrary SPIN: 2206-0700; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9711-3532>

Marina V. Goryainova;

e-mail: marinagoryainova@mail.ru; eLibrary SPIN: 5189-8241; ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8904-8614>

* Автор, ответственный за переписку / Corresponding author

<https://doi.org/10.17816/MSER109732>

Состояние здоровья преподавателей высших медицинских и последипломных образовательных организаций

А.М. Магомедова¹, М.Д. Васильев^{1, 2}, А.С. Чумаков², Е.В. Макарова^{1, 3}, Т.П. Васильева¹

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

² Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента, Москва, Российская Федерация

³ Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова, Москва, Российская Федерация

АННОТАЦИЯ

Обоснование. Работа профессорско-преподавательского состава и работа заведующего кафедрой сопровождается большим эмоциональным напряжением, длительным напряжением внимания, возможностью воздействия на зрение компьютерного излучения.

Цель исследования — охарактеризовать состояние здоровья преподавателей высших медицинских и последипломных образовательных организаций.

Материал и методы. В ходе исследования применялись следующие методы медико-статистического анализа: контент-анализ, аналитический, непосредственного наблюдения, организационного эксперимента, выкопировки данных из информационно-статистических документов, экспертных оценок, а также метод анкетирования и персонифицированного опроса. Всего при сплошном исследовании было обработано 1209 анкет (каждый преподаватель и заведующий заполнял по 3 анкеты). Основное значение придавалось выборочному исследованию состояния здоровья.

Результаты. Различные заболевания, независимо от места работы опрошенных, выявлены в 76,6% случаев у заведующих кафедрами и в 75,6% у преподавателей. Уровни заболеваемости болезнями центральной нервной, сердечно-сосудистой системы, а также опорно-двигательного аппарата, повышающиеся с увеличением стажа работы, свидетельствуют о связи заболеваемости с профессиональной деятельностью преподавателей и заведующих кафедрами. Результаты исследования показали, что преподаватели и заведующие кафедрами не всегда четко соблюдают регулярность в прохождении медицинских осмотров, что сказывается на ухудшении состоянии здоровья, а впоследствии негативно влияет на стремление к повышению своих компетенций.

Заключение. Недостаточная профилактическая работа с персоналом различных образовательных организаций способствует поддержанию высокого уровня заболеваемости среди врачей, занимающихся преподавательской или научной деятельностью, и наличию у них расстройств нервной системы, что обуславливает синдром психоэмоционального выгорания у заведующих кафедрами медицинских высших и последипломных образовательных организаций.

Ключевые слова: профессиональное долголетие; преподаватели; профессиональные риски; профессиональное выгорание; образовательные учреждения.

Как цитировать

Магомедова А.М., Васильев М.Д., Чумаков А.С., Макарова Е.В., Васильева Т.П. Состояние здоровья преподавателей высших медицинских и последипломных образовательных организаций // *Медико-социальная экспертиза и реабилитация*. 2022. Т. 25, № 2. С. 125–134. DOI: <https://doi.org/10.17816/MSER109732>

<https://doi.org/10.17816/MSER109732>

State of health among academicians of higher medical and postgraduate educational organizations

Aishat M. Magomedova¹, Mikhail D. Vasiliev^{1, 2}, Aleksandr S. Chumakov², Ekaterina V. Makarova^{1, 3}, Tatiana P. Vasilieva¹

¹ N.A. Semashko National Research Institute of Public Health, Moscow, Russian Federation

² Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management, Moscow, Russian Federation

³ Moscow State University of Medicine and Dentistry named after A.I. Evdokimov, Moscow, Russian Federation

ABSTRACT

BACKGROUND: The work of the teaching staff and department head is associated with great emotional stress, prolonged attention strain, and possibility of computer radiation exposure that affects vision.

AIMS: To characterize the state of health of teachers of higher medical and postgraduate educational organizations.

MATERIALS AND METHODS: During the study, content analysis, analytical methods, direct observation, organizational experiment, copying data from information and statistical documents, expert assessments, and questionnaire and personalized survey were conducted. In total, 1209 questionnaires were processed during the study (each teacher and head filled out 3 questionnaires). The main importance was on the state of health.

RESULTS: Various diseases, regardless of the workplace, were detected in 76.6% of the interviewed department heads and 75.6% of the teachers. Risks for morbidity with central nervous, cardiovascular, and musculoskeletal diseases increased with work experience, indicating the relationship between morbidity and professional activities of teachers and department heads. The results showed that teachers and department heads do not always undergo regular medical examinations, which causes health deterioration and subsequently negatively affects the desire to improve their competencies.

CONCLUSIONS: Insufficient preventive work in various educational organizations contributes to high levels of morbidity among doctors, especially nervous system disorders, leading to the syndrome of “psycho-emotional burnout” in the department heads of medical higher and postgraduate educational organizations.

Keywords: professional longevity, teachers, professional risks, professional burnout, educational institutions.

To cite this article

Magomedova AM, Vasiliev MD, Chumakov AS, Makarova EV, Vasilieva TP. State of health among academicians of higher medical and postgraduate educational organizations. *Medical and social expert evaluation and rehabilitation*. 2022;25(2):125–134. DOI: <https://doi.org/10.17816/MSER109732>

ОБОСНОВАНИЕ

В ряде работ, посвящённых исследованию условий труда работников умственного труда, отмечалось, что работа врачей, занимающихся преподавательской или научной деятельностью, сопровождается большим психическим и эмоциональным напряжением [1–3], повышенной нагрузкой внимания [4], возможностью негативного воздействия компьютера [5, 6] и пребыванием в однообразной позе [7].

Работа профессорско-преподавательского состава и работа заведующего кафедрой сопровождается ещё большим эмоциональным напряжением [8], ассоциирована с повышенным стрессом руководящей должности [9], требует многозадачности и несёт дополнительную нагрузку не только на нервную систему и опорно-двигательный аппарат [10], но и на голосовые связки, орган зрения [11, 12]. В связи с этим представляет интерес выяснить, какие субъективные ощущения характеризуют профессиональную деятельность преподавателей и заведующих кафедрами медицинских высших и последипломных образовательных организаций.

Цель исследования — охарактеризовать состояние здоровья преподавателей высших медицинских и последипломных образовательных организаций.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Дизайн исследования

Аналитическое исследование поперечного среза методом анкетирования.

Критерии соответствия

Критерии включения: сплошным методом включались преподаватели кафедр общественного здоровья высшего последипломного образования Академии постдипломного образования (ПДО) ФНКЦ ФМБА России (Москва); Дагестанского государственного медицинского университета (ДГМУ); Медицинского института Тамбовского государственного университета имени Г.Р. Державина (ТГУ).

Условия проведения

Период проведения исследования — 2016–2019 гг.

Методы исследования

В ходе исследования применялись следующие методы медико-статистического анализа: контент-анализ, аналитический, непосредственного наблюдения, организационного эксперимента, выкопировки данных из информационно-статистических документов, экспертных оценок, а также метод анкетирования и персонифицированного опроса.

Основное значение придавалось выборочному исследованию состояния здоровья.

Статистический анализ

Статистическая обработка результатов исследования произведена с помощью пакета прикладных программ CCS Statistica for Windows v.10. с использованием описательной статистики, параметрических и непараметрических методов. В случае нормального распределения использовалось среднее и стандартное отклонение ($M \pm m$). Сравнение межгрупповых различий проводилось с использованием Т-критерия Стьюдента с поправкой Бонферрони при нормальном распределении. Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез принимался равным 0,05.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Всего при сплошном исследовании обработано 1209 анкет (каждый преподаватель и заведующий заполнял по 3 анкеты).

Частота субъективных ощущений в зависимости от стажа, возраста и пола

Анализ ответов позволил установить, что большинство опрошенных ($88,9 \pm 2,0$), характеризуя условия труда, отметили ряд субъективных ощущений, связанных со спецификой работы, в частности большое эмоциональное напряжение ($55,3 \pm 3,5$ среди преподавателей и $65,3 \pm 3,6$ среди заведующих) и длительное напряжение внимания ($50,5 \pm 3,5$ и $46,1 \pm 2,9$ соответственно). Преподаватели дополнительно отметили длительное статическое напряжение ($51,2 \pm 3,5$ в расчёте на 100 опрошенных). В связи с тем, что частота предъявления субъективных ощущений лицами обоего пола была практически одинакова, можно считать, что возникновение их не зависело от пола.

С увеличением стажа также не выявлено статически значимых различий в частоте отдельных субъективных ощущений, однако количество преподавателей со стажем 0–3 года, отмечавших различные субъективные ощущения, по сравнению с преподавателями со стажем 12–20 лет было достоверно выше ($93,1 \pm 5,1$ против $87,5 \pm 2,7$ на 100 опрошенных). Следует указать на статически значимое превышение удельного веса мужчин со стажем работы 12–20 лет, отметивших ряд субъективных ощущений, по сравнению с женщинами этой же группы ($90,5 \pm 3,3$ против $81,0 \pm 8,0$). Говоря о частоте отдельных субъективных ощущений, необходимо отметить более высокую частоту ощущений длительного статического напряжения у женщин, имеющих стаж более 20 лет, по сравнению с мужчинами той же группы ($57,6 \pm 11$ против $39,7 \pm 13$).

Представляет некоторый интерес и тот факт, что у респондентов, имеющих стаж до 12 лет, на 1–2-м втором месте (по частоте) стоят такие субъективные ощущения, как большое эмоциональное напряжение и длительное статическое напряжение. Преподаватели со стажем

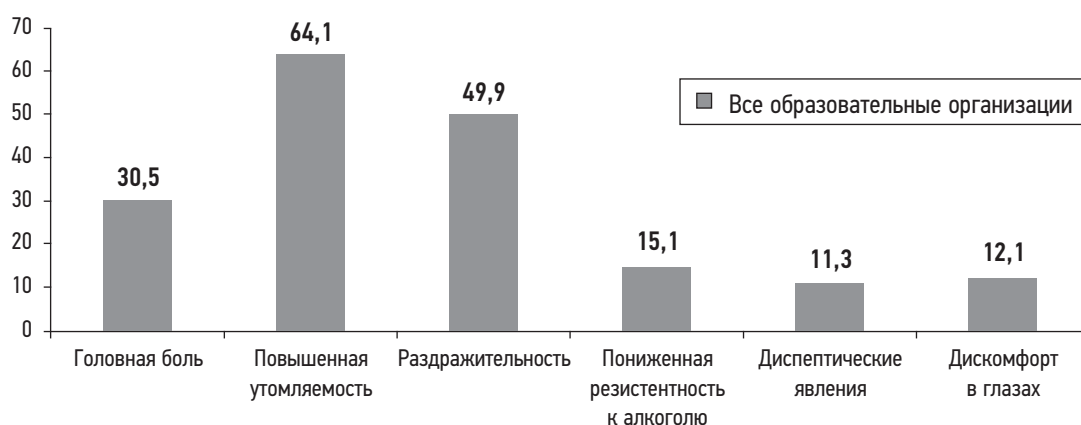


Рис. 1. Частота субъективных ощущений у обследуемых преподавателей и заведующих кафедрами образовательных организаций, %.

Fig. 1. The frequency of subjective feelings in the examined teachers and heads of departments of educational organizations, %.

работы более 12 лет реже обращают внимания на длительное статическое напряжение, делая основной упор на большое эмоциональное напряжение и длительное напряжение внимания.

Анализ предыдущих материалов опроса преподавателей и заведующих кафедрами медицинских высших и последипломных образовательных организаций о субъективных ощущениях показывает, что их длительное воздействие способно вызвать изменения функционального состояния организма, которые, несомненно, должны проявляться в оценке самочувствия преподавателей.

В результате анализа статистически обработанных ответов установлено, что наиболее часто отмечались жалобы на повышенную утомляемость ($64,1 \pm 3,2$ на 100 опрошенных), раздражительность ($49,9 \pm 3,8$), головную боль

($3,5 \pm 4,1$). Частота прочих жалоб была значительно меньше (рис. 1).

Постоянные жалобы предъявляли $85,9 \pm 2,4$ опрошенных, причём частота предъявления жалоб врачами обоего пола в различных лечебных учреждениях была одинакова (рис. 2).

Как правило, врачи анестезиологи-реаниматологи предъявляли одновременно несколько жалоб: всего было предъявлено 192,6 жалоб на 100 опрошенных, при этом частота всех жалоб у женщин была выше, чем у мужчин ($218,6$ против $181,9$).

Частота предъявления отдельных жалоб у респондентов кафедр общественного здоровья всех учреждений была практически одинакова ($57,0 \pm 1,0$; $36,1 \pm 3,2$; $59,8 \pm 3,1$; $66,8 \pm 4,8$ и $63,9 \pm 4,8$).

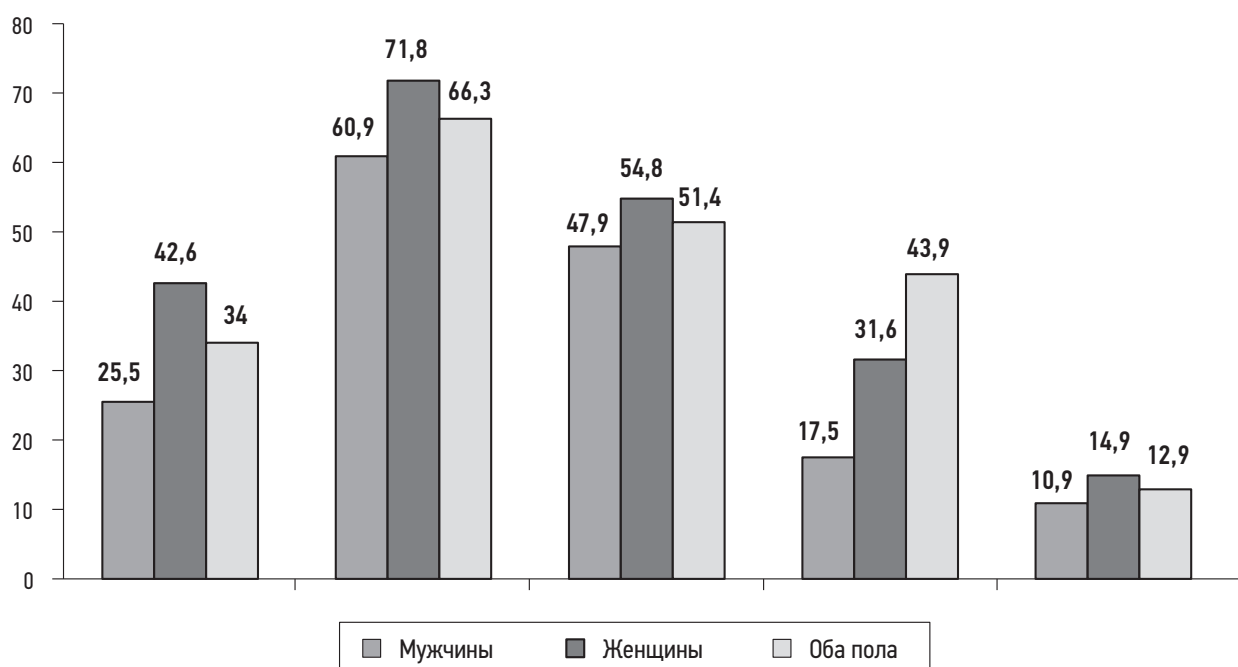


Рис. 2. Частота постоянных жалоб преподавателей и заведующих кафедрами в зависимости от пола, % к итогу.

Fig. 2. The frequency of the prevalence of constant complaints of teachers and heads of departments, depending on gender, % of the total.

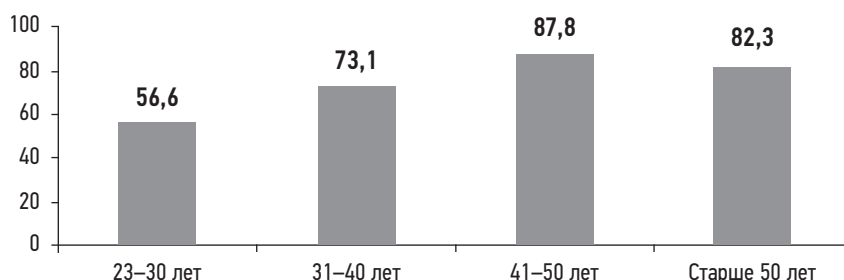


Рис. 3. Частота заболеваний опрошенных преподавателей и заведующих кафедрами образовательных организаций в зависимости от возраста, на 100 опрошенных, %.

Fig. 3. The frequency of diseases of interviewed teachers and heads of departments of educational organizations, depending on age, per 100 respondents, %.

С увеличением возраста преподавателей частота предъявления жалоб повышается (рис. 3). Так, достоверный рост частоты жалоб отмечается у опрошенных в возрастных группах 31–40 и 41–50 лет по сравнению с группой 23–30 лет ($85,1 \pm 3,2$ и $92,9 \pm 2,6$ против $76,8 \pm 8,7$ соответственно на 100 опрошенных). Особенно значительно ($p=0,05$) возрастают жалобы на повышенную утомляемость и раздражительность с увеличением возраста с 25–30 до 41–50 лет.

Статистически достоверной разницы в частоте отдельных жалоб у мужчин и женщин не выявлено, хотя женщины отмечали больше жалоб, за исключением жалоб на головную боль и повышенную утомляемость, которые были достоверно выше у женщин, чем у мужчин ($42,6 \pm 7,0$ и $71,8 \pm 5,3$ против $25,5 \pm 5,0$ и $60,9 \pm 4,0$ на 100 опрошенных).

Исследование частоты предъявления жалоб среди преподавателей и заведующих кафедрами в зависимости от стажа позволило установить достоверное её повышение у врачей со стажем более 4 лет, по сравнению с врачами со стажем до 3 лет ($t \geq 2$). Говоря об изменении частоты отдельных жалоб в зависимости от стажа, следует указать на достоверное повышение частоты жалоб на раздражительность в группах 12–20 и более 20 лет по сравнению с группой респондентов, стаж которых не превышает 3 лет работы ($53,6 \pm 4,5$ и $53,7 \pm 5,8$ против $34,2 \pm 9,6$ из 100 опрошенных).

Частота остальных жалоб практически не изменилась с увеличением стажа работы преподавателей и заведующих кафедрами (рис. 4).

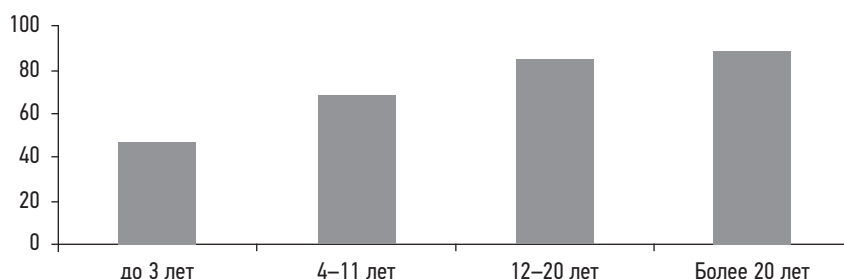


Рис. 4. Частота заболеваний преподавателей и заведующих кафедрами образовательных организаций в зависимости от стажа, на 100 опрошенных.

Fig. 4. The frequency of diseases of teachers and heads of departments of educational organizations, depending on the length of service, per 100 respondents.

Исследование влияния вида анестезиологического пособия, применяемого во время операции, на возникновение постоянных жалоб показало, что частота предъявления жалоб врачами при использовании общей анестезии была выше по сравнению с регионарной, а также частотой отдельных жалоб ($86,2 \pm 3,6$ против $30,9 \pm 8,0$ на 100 опрошенных; $p \leq 0,5$).

Таким образом, при анализе ответов врачей анестезиологов-реаниматологов на вопрос о постоянных жалобах обращает на себя внимание как большая доля врачей, предъявляющих эти жалобы, так и высокая частота отдельных жалоб.

Заболеемость среди преподавателей и заведующих кафедрами образовательных организаций

Многочисленные работы отечественных и зарубежных авторов свидетельствуют о высоких уровнях заболеваемости медицинских работников, а также преподавателей и научных работников в сфере медицины по сравнению с другими группами населения.

Как известно, под заболеваемостью подразумеваются исследования болезней по обращаемости на основании данных медицинских осмотров, а также по причинам смерти. Однако мы сочли возможным использовать этот термин в данной работе, учитывая, что опрашиваемые указывают болезни, диагностированные в лечебном учреждении, а также их специальную врачебную подготовку.

Изучение материалов о заболеваемости преподавателей образовательных организаций, как и заведующих кафедрами, по данным опроса, показало, что 76,6±2,9% сотрудников кафедр страдают различными заболеваниями. При этом доля сотрудников, сообщивших о наличии различных заболеваний, не была статистически различна.

Как показало исследование, частота различных заболеваний преподавателей кафедр и заведующих кафедрами (на 100 опрошенных) распределилась следующим образом: наиболее высокие уровни зафиксированы для стенокардии (31,4±4,1) и неврастении (28,4±4,6); промежуточное положение занимают гипотоническая болезнь, варикозное расширение вен (по 22,4±4,6) и геморрой (21,6±4,6); относительно низкие уровни, по сравнению с предыдущими, у гипертонической болезни (14,8±5,1), плоскостопия (11,3±4,3) и аллергических заболеваний (9,5±6,0). Небольшое количество врачей сообщило, что они страдают язвенной болезнью или перенесли инфаркт миокарда.

Что касается заведующих реанимационными отделениями, то у них на первое место вышла гипертоническая болезнь (32,4±4,1), заболевания нервной системы (30,1±3,6) и стенокардия (22,9±3,5), что связано, скорее всего, с дополнительной психоэмоциональной нагрузкой.

Следует отметить, что в большинстве случаев опрошенные указывали на наличие у них нескольких заболеваний (165,4 случая на 100 опрошенных).

Согласно анализу материалов исследования, женщины болеют чаще, чем мужчины, о чём свидетельствует достоверная разница в доле больных мужчин и женщин (75,2±3,2 против 86,4±3,6). Это увеличение обусловлено, по-видимому, более высокой частотой отдельных заболеваний у женщин, в частности гипотонической болезни, неврастении и стенокардии, уровни заболеваемости которых у женщин были достоверно выше, чем у мужчин.

Существенной разницы в частоте отдельных заболеваний среди сотрудников кафедр, работающих в различных образовательных организациях, выявить не удалось.

С увеличением возраста повышается удельный вес респондентов, указавших на наличие той или иной патологии, причём достоверность этого роста подтверждается в каждой последующей возрастной группе, начиная с 31–40 лет, по отношению к предыдущей. Исключением является группа преподавателей и заведующих кафедрами старше 50 лет, где заболеваемость ниже, чем в группе 41–50 лет, хотя и выше, чем в остальных. Частота заболеваемости отдельными нозологическими формами также последовательно увеличивается с возрастом. У преподавателей и заведующих в возрасте 41–50 лет этот показатель почти для всех исследованных нозологических форм был примерно в 3 раза выше, чем у их коллег в возрасте 23–30 лет. Особенно значительна частота заболеваемости плоскостопием. Статистическая достоверность повышения заболеваемости у сотрудников кафедр вышеуказанной возрастной группы подтвердилась

по гипертонической болезни и стенокардии по отношению к возрастной группе 31–40 и неврастении по отношению к группе 23–30 лет; у преподавателей старше 50 лет — только по гипертонической болезни и неврастении. Заболеваемость остальными формами сохранялась на уровне предыдущей группы или несколько понизилась.

Следует отметить, что заболеваемость язвенной болезнью была весьма незначительна (в среднем 3,1 на 100 опрошенных), причём с увеличением возраста этот показатель практически не изменялся. Число преподавателей, сообщивших о перенесённом инфаркте миокарда, составляло в среднем 0,3 на 100 опрошенных, причём это были лица в возрасте 41 года.

Следует отметить, что распространённость отдельных заболеваний в различных возрастных группах была неодинаковой. Так, если в возрастной группе 23–30 лет на 1-м месте стоит неврастения, то в группах преподавателей старше 30 лет она уходит на 2-е место. Совершенно обратная закономерность отмечается в отношении стенокардии: со 2-го места в возрастной группе 23–30 лет она переходит на 1-е место в более старших группах.

Что касается гипертонической болезни, то в возрастных группах 23–50 лет она занимает 6-е место, в то время как в группе старше 50 лет переходит на 3-е место.

Как правило, частота заболеваемости отдельными нозологическими формами у женщин была выше, чем у мужчин, подтверждаясь статистически в возрастных группах 31–40 и 41–50 лет для гипертонической болезни.

При анализе зависимости заболеваемости от стажа выявлено закономерное повышение удельного веса преподавателей и врачей, указавших в своих ответах на наличие у них различных заболеваний с увеличением стажа работы, что характерно и для заведующих кафедрами. При этом данный показатель был достоверно выше в каждой последующей стажевой группе по сравнению с предыдущей, что справедливо для первых трёх стажевых групп.

Удельный вес преподавателей и заведующих кафедрами со стажем более 20 лет, страдающих какими-либо заболеваниями, практически не отличается от этого показателя в стажевой группе 12–20 лет.

Говоря о влиянии стажа работы преподавателей и заведующих на частоту заболеваемости отдельными нозологическими формами, следует в первую очередь указать на закономерное повышение этого показателя с увеличением стажа работы преподавателя, а у заведующих кафедрой — стажа работы в должности заведующего. При этом у преподавателей со стажем более 20 лет частота заболеваемости геморроем была в 8 раз, гипертонической болезнью в 5 раз, стенокардией в 4 раза, а всеми остальными нозологическими формами примерно в 3 раза выше, чем у врачей со стажем до 3 лет.

Всё вышеизложенное свидетельствует о доминирующей роли профессиональной деятельности на развитие заболеваемости у преподавателей и заведующих

кафедрами образовательных организаций и позволяет рассматривать стаж как результат интегрированного воздействия на организм последнего всех факторов, являющихся специфическими для этой специальности.

Анализ особенностей развития заболеваний в профессорско-преподавательском составе

В свете изложенного нами были проанализированы ответы преподавателей и заведующих на вопрос о времени возникновения у них того или иного заболевания. Полученные материалы, позволили выявить следующие особенности возникновения изученных нами заболеваний.

Гипертоническая болезнь регистрируется уже в первые годы работы преподавателей и заведующих кафедрами и по частоте возникновения занимает 7-е место среди остальных заболеваний этой стажевой группы. С увеличением стажа работы доля случаев заболевания гипертонией нарастает, достигая максимума (24,7%) на 10–12-м году работы преподавателей. Среди заведующих этот максимум (25,6%) достигается уже при 5-летнем стаже работы в должности заведующего. В дальнейшем число случаев гипертонии вновь снижается до 9–10%. В то же время повышается удельный вес этого заболевания среди остальных заболеваний к данному сроку. Так, среди заболеваний, выявленных на 13–15-м году профессиональной деятельности, стоит на 4-м месте, а на 16–18-м — уже на третьем.

Расстройства нервной системы занимают 2-е место среди заболеваний у заведующих кафедрами и 6-е место среди заболеваний, возникающих в первые годы работы преподавателей, а вот вероятность их возникновения весьма невелика (3,2%) среди преподавателей, но достаточно высока у заведующих (12,3%). Однако уже на 4–6-м году работы у преподавателей резко возрастает вероятность заболевания (35,4% всех случаев заболевания падает на этот срок), и по значимости расстройства нервной системы выходят на 1-е место среди остальных заболеваний. В дальнейшем, с увеличением стажа работы, число случаев возникновения, например, неврастении, несколько снижается (при стаже 7–9 лет — 24,3%; при стаже 10–12 — 20,7%), но по значимости среди остальных выявленных страданий неврастения удерживается на 1–2-м местах. Лишь у лиц со стажем от 16 лет и более заметно снижается как число случаев возникновения неврастении, так и распространение этого заболевания (3–5-е место).

Варикозное расширение вен нижних конечностей регистрируется у преподавателей с небольшим стажем работы и занимает уже в это время 4-е место среди остальных заболеваний. На 4–6-м году работы резко увеличивается число случаев возникновения этого заболевания, достигая своего максимума. С увеличением стажа работы наблюдается некоторое снижение, но по удельному весу среди остальных заболеваний оно удерживается на 4-м месте. Число случаев возникновения этого заболевания у преподавателей со стажем более 16 лет и у заведующих

кафедрами со стажем работы 10 лет сравнительно невелико (7,2–7,5%), зато удельный вес этого заболевания среди остальных выявленных в этот период значительно повышается и занимает 2-е место после стенокардии.

Геморрой занимает 3-е место среди заболеваний, возникающих на 1–3-м году, и вероятность его возникновения в этот период составляет 9,7%. Уже на 4–6-м году работы это заболевание занимает 2-е место по удельному весу и даёт наибольшее количество случаев его развития. С увеличением стажа работы постепенно снижается как значимость этого заболевания среди остальных, так и возможность его возникновения.

Плоскостопие среди прочих заболеваний занимает одно из последних мест. В первые 12 лет работы оно стоит на 7–9-м месте, а начиная с 15-го года работы смещается на 3–5-е места. Возникает это заболевание постепенно, с увеличением стажа работы: максимум этого страдания зарегистрирован на 10-м году работы преподавателей. В дальнейшем частота его возникновения вновь снижается.

Стенокардия является наиболее распространённым заболеванием у заведующих кафедрами со стажем работы 5–7 лет и у преподавателей со стажем от 10 лет и более. Характерно, что повышение удельного веса стенокардии среди прочих заболеваний происходит постепенно: у преподавателей, имеющих стаж работы до 6 лет, по значимости среди остальных заболеваний она занимает 5-е место, при стаже 7–9 лет — уже 2-е место, а в дальнейшем прочно удерживается на 1-м месте. Резко возрастает число случаев появления стенокардии на 4–6-м году работы и практически держится на этом уровне вплоть до 10–12-го года, а затем несколько снижается.

Аллергические заболевания среди других изученных занимают особое место. Как по доле в структуре, так и по вероятности возникновения они занимают 1-е место у преподавателей со стажем до 5 лет. Уже на 4–6-м году оба эти показателя резко падают и в дальнейшем не изменяются.

Язвенная болезнь среди прочих заболеваний занимает последнее место по удельному весу во всех стажевых группах как преподавателей, так и заведующих кафедрами, однако возникает уже у преподавателей с небольшим стажем работы, достигая максимума к 4–6-му году работы (45,1%). Увеличение стажа до 10 лет и выше не оказывает заметного влияния на частоту возникновения этой болезни, а врачи со стажем более 18 лет вообще не отмечали этой болезни.

Анализ вышеуказанных материалов позволяет представить общую картину развития заболеваемости у преподавателей и заведующих кафедрами.

На 1–3-м году профессиональной деятельности подавляющее число преподавателей отмечает аллергические заболевания (64,5%), на 4–6-м году появляются заболевания, связанные как с нагрузкой на центральную нервную систему (гипертоническая болезнь, неврастения, язвенная болезнь), так и с влиянием позы у врачей

Таблица. Распределение заведующих кафедрами медицинских высших и последиplomных образовательных организаций и преподавателей по периодичности прохождения медосмотров, %

Table. Distribution of heads of departments of medical higher and postgraduate educational organizations, and teachers according to the frequency of medical examinations, %

Прохождение медосмотров	Образовательные организации			В среднем по образовательным организациям
	Академия ПДО ФГБУ ФНКЦ ФМБА (Москва)	ДГМУ (Махачкала)	Медицинский институт ТГУ (Тамбов)	
Не проходят	40,2	41,7	43,9	41,9
Проходят:				
• через 6 мес	6,4	5,8	9,3	7,2
• ежегодно	45,6	47,6	42,1	45,1
• 1 раз в 2 года	7,8	4,9	4,7	5,8
• всего	59,8	58,3	56,1	41,9
Итого	100,0	100,0	100,0	100,0

Примечание. ПДО — последиplomное образование; ДГМУ — Дагестанский медицинский университет; ТГУ — Тамбовский государственный университет.

Note: ПДО — postgraduate education; ДГМУ — Dagestan Medical University; ТГУ — Tambov State University.

анестезиолога-реаниматолога (варикозное расширение вен, геморрой); на 10–12-му году работы под влиянием постоянно действующих вышеперечисленных факторов эти явления углубляются, что выражается появлением таких заболеваний, как гипертоническая болезнь, стенокардия и плоскостопие.

Рассматривая значимость каждого заболевания среди остальных в различных стажевых группах, видно, что на 1–3-м году основным страданием преподавателей являются аллергические заболевания, на 4–6-м году на 1-е место выходит невралгия, т.е. несмотря на то, что в этот же период возникает ещё целый ряд заболеваний, основным местом приложения воздействия различных неблагоприятных профессиональных факторов своеобразным *locus minoris resistentiae* (лат.), или местом меньшего сопротивления, является центральная нервная система. В дальнейшем, начиная с 10–12-го года работы, на 1-е место по значимости среди остальных заболеваний выходит стенокардия.

Вышеизложенные данные о сроках развития заболеваний хорошо согласуются с материалом о частоте заболеваемости у преподавателей, полученным опросным путём, и позволяют считать, что сердечно-сосудистые заболевания и заболевания, связанные с функциональным напряжением центральной нервной системы, в известной степени являются профессиональными.

Медосмотры как профилактика профессиональных заболеваний

Результаты опроса преподавателей и заведующих кафедрами показали, что значительное количество опрошенных (37,7%) отрицает для себя прохождение медосмотров, часть других сотрудников обследуется 1 раз в 2 года (таблица).

Таким образом, результаты исследования показали, что преподаватели и заведующие кафедрами не всегда чётко соблюдают регулярность прохождения медицинских осмотров, что сказывается на ухудшении состояния здоровья, а в последствие негативно влияет на стремление к повышению собственных компетенций.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Материалы опросов по заболеваемости преподавателей и заведующих кафедр медицинских высших и последиplomных образовательных организаций позволяют сделать ряд выводов. Так, различные заболевания выявлены у 76,6% опрошенных заведующих кафедрами и 75,6% преподавателей, независимо от места их работы. Высокие уровни патологии центральной нервной, сердечно-сосудистой системы, а также опорно-двигательного аппарата, повышающиеся с увеличением стажа работы, свидетельствует о связи заболеваемости с профессиональной деятельностью преподавателей и заведующих кафедрами.

Недостаточная профилактическая работа с персоналом различных образовательных организаций способствует поддержанию высокого уровня заболеваемости и наличию расстройств нервной системы у врачей, что приводит к синдрому психоэмоционального выгорания у заведующих кафедрами медицинских высших и последиplomных образовательных организаций.

ДОПОЛНИТЕЛЬНО

Источник финансирования. Авторы заявляют об отсутствии внешнего финансирования при проведении исследования.

Конфликт интересов. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Вклад авторов. Все авторы подтверждают соответствие своего авторства международным критериям ICMJE (все авторы внесли существенный вклад в разработку концепции, проведение исследования и подготовку статьи, прочли и одобрили финальную версию перед публикацией). Наибольший вклад распределён следующим образом: *А.М. Магомедова* — сбор данных, обработка материала; *М.Д. Васильев* — статистический анализ; *А.С. Чумаков* — научное консультирование; *Е.В. Макарова* — написание текста статьи; *Т.П. Васильева* — концепция исследования.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абанкина И.В., Абанкина Т.В. Место вузов в новой экономике: стратегии и угрозы // Отечественные записки. 2013. № 4. С. 171–180.
2. Абанкина И.В., Алескеров Ф.Т., Белоусова В.Ю., и др. Типология и анализ научно-образовательной результативности российских вузов // Форсайт. 2013. Т. 7, № 3. С. 48–62. doi: 10.17323/1995-459X.2013.3.48.63
3. Альбицкий В.Ю., Гурылева М.Э., Добровольская М.Л., Хузиева Л.В. Качество жизни медицинских работников // Здравоохранение Российской Федерации. 2003. № 3. С. 35–38.
4. Адыширин-заде К.А. Профессионально-ориентированный подход к самоопределению будущих врачей // Вектор науки Тольяттинского государственного университета. 2010. № 1. С. 7–9.
5. Бердяева А.В. Оценка состояния здоровья врачей Амурской области // Бюллетень физиологии и патологии дыхания. 2012. № 43. С. 99–106.
6. Грудзинский А.О., Захарова Л.Н., Саралиева З.М. Технология разработки модели базовых компетенций сотрудников университета в условиях реализации программы повышения конкурентоспособности // Университетское управление: практика и анализ. 2014. № 1. С. 24–32.

REFERENCES

1. Abankina IV, Abankina TV. The place of universities in the new economy: strategies and threats. *Domestic Notes*. 2013;(4):171–180. (In Russ).
2. Abankina IV, Aleskerov FT, Belousova VY, et al. Typology and analysis of scientific and educational performance of Russian universities. *Fore-sight*. 2013;7(3):48–62. (In Russ). doi: 10.17323/1995-459X.2013.3.48.63
3. Albitsky VY, Guryleva ME, Dobrovolskaya ML, Guzeeva LV. Quality of life of medical workers. *Healthcare Russ Federation*. 2003;(3):35–38. (In Russ).
4. Adyshirin-zadeh KA. Professionally-oriented approach to self-determination of future doctors. *Vector Sci Togliatti State University*. 2010(1):7–9. (In Russ).
5. Berdyayeva AV. Assessment of the state of health of doctors of the Amur region. *Bulletin Physiology Pathology Respiration*. 2012;(43):99–106. (In Russ).

ADDITIONAL INFORMATION

Funding source. This study was not supported by any external sources of funding.

Competing interests. The authors declare that they have no competing interests.

Authors' contribution. All authors made a substantial contribution to the conception of the work, acquisition, analysis, interpretation of data for the work, drafting and revising the work, final approval of the version to be published and agree to be accountable for all aspects of the work. *A.M. Magomedova* — data collection, material processing; *M.D. Vasiliev* — statistical analysis; *A.S. Chumakov* — scientific consulting; *E.V. Makarova* — writing the text of the article; *T.P. Vasilyeva* — the concept of the study.

7. Сафоничева О.Г., Мартынич С.А. Задачи развития научной платформы «профилактическая среда»: технологические решения // Успехи современного естествознания. 2015. № 3. С. 102–106.
8. Rahimi K., Duncan M., Pitcher A., et al. Mortality from heart failure, acute myocardial infarction and other ischemic heart disease in England and Oxford: a trend study of multiple-cause-coded death certification // *J Epidemiol Community Health*. 2015. Vol. 69, N 10. P. 1000–1005. doi: 10.1136/jech-2015-205689
9. Шипова В.М., Сибатян С.М., Гаенко О.Н., Плутницкий А.Н. Штатное обеспечение медицинских осмотров населения // Главная медицинская сестра. 2011. № 9. С. 52–59.
10. Wall M.M., Huang J., Oswald J., McCullen D. Factors associated with reporting multiple causes of death // *BMC Medical Research Methodology*. 2005. Vol. 5, N 1. P. 4. doi: 10.1186/1471-2288-5-4
11. Ionova T.A., Gandek B., Novik A., et al. Comparative study of physical and mental health in Russia and the United States // *Qual Life Res*. 2001. Vol. 10, N 3. P. 286.
12. Hill D. Healthy again and the quality of life // *World Health Forum*. 1995. Vol. 16. P. 335–343.

6. Grudzinsky AO, Zakharova LN, Saraliev ZM. Technology for developing a model of basic competencies of university staff in the context of the implementation of the competitiveness improvement program. *University Management: Practice Alys*. 2014;(1):24–32. (In Russ).
7. Safonicheva OG, Martynchik SA. Tasks of development of the scientific platform “preventive environment”: technological solutions. *Successes Modern Natural Sci*. 2015;(3):102–106. (In Russ).
8. Rahimi K, Duncan M, Pitcher A, et al. Mortality from heart failure, acute myocardial infarction and other ischemic heart disease in England and Oxford: a trend study of multiple-cause-coded death certification. *J Epidemiol Community Health*. 2015;69(10):1000–1005. doi: 10.1136/jech-2015-205689

9. Shipova VM, Smbatyan SM, Gayenko ON, Plutnitsky AN. Staffing of medical examinations of the population. *Chief Med Nurse*. 2011;(9):52–59. (In Russ).
10. Wall MM, Huang J, Oswald J, McCullen D. Factors associated with reporting multiple causes of death. *BMC Medical Research Methodology*. 2005;5(1):4. doi: 10.1186/1471-2288-5-4

11. Ionova TA, Gandek B, Novik A, et al. Comparative study of physical and mental health in Russia and the United States. *Qual Life Res*. 2001;10(3):286.
12. Hill D. Healthy again and the quality of life. *World Health Forum*. 1995;16:335–343.

ОБ АВТОРАХ

* **Макарова Екатерина Владимировна**, к.м.н., с.н.с.;
адрес: Россия, 105064, Москва, ул. Воронцово поле,
д. 12, стр. 1;
e-mail: rue-royal@inbox.ru; eLibrary SPIN: 1305-6152;
ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-3767-8475>

Магомедова Айшат Магомедхабибовна, н.с.;
e-mail: aishatmagomedova2020@mail.ru;
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7559-2456>

Васильев Михаил Дмитриевич, к.м.н., с.н.с.;
e-mail: m.vasilev@mail.ru;
eLibrary SPIN: 5154-9259;
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1646-7345>

Чумаков Александр Сергеевич, д.м.н., профессор;
e-mail: 8910677503@mail.ru; eLibrary SPIN: 7133-8504;
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7678-3772>

Васильева Татьяна Павловна, д.м.н.,
профессор, в.н.с.;
e-mail: vasileva_tp@mail.ru; eLibrary SPIN: 8950-4987;
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3605-8592>

AUTHORS' INFO

* **Ekaterina V. Makarova**, MD, Cand. Sci. (Med.),
Senior Research Associate; address: 12-1, Vorontsovo Pole street,
Moscow, 105064, Russia;
e-mail: rue-royal@inbox.ru; eLibrary SPIN: 1305-6152;
ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-3767-8475>

Aishat M. Magomedova, Research Associate;
e-mail: aishatmagomedova2020@mail.ru;
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7559-2456>

Mikhail D. Vasiliev, MD, Cand. Sci. (Med.),
Senior Research Associate;
e-mail: m.vasilev@mail.ru; eLibrary SPIN: 5154-9259;
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1646-7345>

Aleksandr S. Chumakov, MD, Dr. Sci. (Med.), Professor;
e-mail: 8910677503@mail.ru; eLibrary SPIN: 7133-8504;
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7678-3772>

Tatiana P. Vasilieva, MD, Dr. Sci. (Med.), Professor, Leading
Researcher;
e-mail: vasileva_tp@mail.ru; eLibrary SPIN: 8950-4987;
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3605-8592>

* Автор, ответственный за переписку / Corresponding author

DOI: <https://doi.org/10.17816/MSER109639>

О компетенциях специалистов, занятых в процессе жизнеустройства и сопровождения граждан с психическими расстройствами

Е.М. Старобина, Е.О. Гордиевская

Федеральный научный центр реабилитации инвалидов им. Г.А. Альбрехта, Санкт-Петербург, Российская Федерация

АННОТАЦИЯ

Обоснование. Актуальность исследования определяется необходимостью формирования квалифицированного кадрового потенциала учреждений и организаций, задействованных в комплексной реабилитации и абилитации лиц с психическими расстройствами.

Цель исследования — изучение содержания имеющихся профессиональных стандартов специалистов по актуальному современному направлению организации жизнеустройства и сопровождения граждан с психическими расстройствами на предмет внесения необходимых дополнений и изменений на основе перечня актуальных компетенций.

Материал и методы. При проведении исследования осуществлялись информационный поиск, анализ содержательной части профессиональных стандартов специалистов социального профиля, анализ и обобщение информационных источников в отношении целевой направленности деятельности специалистов, содействующих жизнеустройству и сопровождению граждан с психическими расстройствами.

Результаты. Определены перечни общепрофессиональных, личностных, специальных компетенций, характерных для специалистов, участвующих в организации жизнеустройства и сопровождения граждан с психическими расстройствами. Сформулированы предложения по корректировке и внесению новых формулировок в содержательные части профессиональных стандартов на основе актуальных компетенций профильных специалистов.

Заключение. Изложенные предложения являются основой внесения обоснованных дополнений в профессиональные стандарты специалистов, занятых в процессе жизнеустройства и сопровождения граждан с психическими расстройствами, для совершенствования системы повышения их квалификации и переподготовки.

Ключевые слова: компетенции; профессиональные стандарты; жизнеустройство; сопровождение; психические расстройства.

Как цитировать

Старобина Е.М., Гордиевская Е.О. О компетенциях специалистов, занятых в процессе жизнеустройства и сопровождения граждан с психическими расстройствами // *Медико-социальная экспертиза и реабилитация*. 2022. Т. 25, № 2. С. 135–144. DOI: <https://doi.org/10.17816/MSER109639>

DOI: <https://doi.org/10.17816/MSER109639>

Competencies of specialists engaged in the life management rehabilitation

Elena M. Starobina, Elena O. Gordievskaya

Federal Scientific Center of Rehabilitation of the Disabled named after G.A. Albrecht, Saint Petersburg, Russian Federation

ABSTRACT

BACKGROUND: The need to create qualified human resources of institutions and organizations involved in the comprehensive rehabilitation and habilitation of persons with mental disorders is relevant.

AIMS: To study the content of available professional standards of specialists in the current modern direction of the life management and support for citizens with mental disorders to make the necessary additions and changes based on relevant competencies.

MATERIALS AND METHODS: During the study, data search was conducted. The content of the professional standards of social profile specialists was analyzed. Moreover, information sources regarding the target orientation of the activities of specialists who promote the life and support of citizens with mental disorders were analyzed.

RESULTS: The lists of general professional, personal, and special competencies of specialists involved in the life management and support of citizens with mental disorders were determined. Proposals were made to adjust and introduce new formulations into the substantive parts of their professional standards based on relevant competencies of specialists.

CONCLUSION: The above proposals will be the basis for making reasonable additions to the professional standards of specialists engaged in the life management and support of citizens with mental disorders to improve the system of their professional development and retraining.

Keywords: competencies, professional standards, lifestyle, support, mental disorders.

To cite this article

Starobina EM, Gordievskaya EO. Competencies of specialists engaged in the life management rehabilitation. *Medical and social expert evaluation and rehabilitation*. 2022;25(2):135–144. DOI: <https://doi.org/10.17816/MSER109639>

Received: 05.08.2022

Accepted: 20.10.2022

Published: 03.11.2022

ОБОСНОВАНИЕ

Актуальность работы обусловлена важностью и необходимостью повышения квалификационного уровня специалистов, участвующих в новом направлении их деятельности — обеспечении процесса жизнеустройства и сопровождения лиц с психическими расстройствами в ходе осуществления мероприятий по комплексной реабилитации и абилитации данных граждан.

В Концепции развития в Российской Федерации системы комплексной реабилитации и абилитации лиц с инвалидностью, в том числе детей с инвалидностью, на период до 2025 года (далее — Концепция) [1] подчёркивается, что «технологии и подходы к реабилитации и абилитации, социальному сопровождению инвалидов, в том числе детей-инвалидов, вследствие психических расстройств имеют существенные особенности». Для лиц с инвалидностью с нарушениями, значимо затрудняющими ведение самостоятельного образа жизни (психические расстройства и расстройства поведения; нарушения функций слуха, зрения, речи, двигательных и других функций, сочетанные и тяжёлые множественные нарушения), особое значение имеют вопросы сопровождения при предоставлении как реабилитационных услуг, так и услуг по организации жизнеустройства в целом, созданию постоянной реабилитационной среды по месту их жительства, обучения, работы, досуга.

Процесс жизнеустройства и сопровождения граждан с психическими расстройствами (далее — целевая группа) предполагает участие в его реализации широкого спектра специалистов различной профессиональной направленности. Данный процесс предусматривает содействие в предоставлении инвалидам социальных услуг, услуг по реабилитации и абилитации, образовательных, социокультурных услуг, услуг в сфере физической культуры и спорта и проведение мероприятий по социальному сопровождению инвалидов (содействие в предоставлении медицинской, психологической, педагогической, юридической, социальной помощи, не относящейся к социальным услугам). Это осуществляется в целях компенсации (устранения) обстоятельств, которые ухудшают или могут ухудшить условия их жизнедеятельности, и, по возможности, сохранения пребывания в привычной, благоприятной для них среде, выработки навыков, обеспечивающих максимально возможную самостоятельность в реализации основных жизненных потребностей (организация быта, досуга, общения и социальных связей) и адаптации к самостоятельной жизни [1, 2].

Стратегической задачей современной социальной политики государства является обеспечение лицам с ограниченными возможностями здоровья (далее — ОВЗ), включая лиц с психическими расстройствами, достойного уровня и качества жизни. В настоящее время активно прорабатываются вопросы изменения подходов к жизнеустройству данных лиц, повышения уровня и качества их

жизни, в том числе граждан, проживающих в психоневрологических интернатах [3–6].

Ратификация Конвенции ООН о правах инвалидов (далее — Конвенция) [7], внесение изменений в ряд законов Российской Федерации во исполнение положений этой Конвенции, принятие Концепции развития в Российской Федерации системы комплексной реабилитации и абилитации лиц с инвалидностью, в том числе детей с инвалидностью, на период до 2025 года [1], свидетельствует о намерении государства и общества создавать условия для включения людей с инвалидностью в активную жизнь общества, и, в частности, обеспечить переход от стационарных форм обслуживания к предоставлению услуг в обычных местах проживания людей, занятость доступными видами труда. Приоритетным направлением социальной политики государства является обеспечение всех граждан равными возможностями для доступа к социальным, экономическим, культурным ценностям, гарантирование всем членам общества уважения к личности и соблюдения прав каждого. Для реализации своих гражданских прав и обязанностей инвалиды нуждаются в поддержке общества и государства.

Инвалиды с нарушениями психических функций имеют, как правило, коммуникативные, поведенческие, интеллектуальные и эмоциональные отклонения, значительно влияющие на их интеграцию и социализацию в обществе и требующие особых мер для организации их жизне- и трудоустройства, включая сопровождение. Жизнеустройство, рассматриваемое как создание нормальных условий жизни и быта для инвалидов вследствие психических расстройств, должно предусматривать различные виды сопровождения [2, 4, 6, 8–12].

Отмечается необходимость реализации мероприятий по социальному сопровождению инвалидов на основе межведомственного взаимодействия, привлечения организаций, оказывающих психологическую, педагогическую, юридическую, медицинскую, социальную помощь, не относящуюся к социальным услугам [3, 8, 9]. В литературе описываются различные технологии и методики сопровождения инвалидов, в том числе стационарозамещающие [3–6, 8–13]. Инвалиды с ментальными нарушениями, находящиеся в интернатных учреждениях, должны иметь право выбора своего дальнейшего жизнеустройства, в том числе с учётом этапности и сроков развития альтернативных форм их жизнеустройства при реформировании, разукрупнении интернатных учреждений. Организация жизнеустройства инвалидов с ментальными нарушениями, проживающих вне интернатных учреждений (в семьях), должна осуществляться с сохранением привычной социальной среды, родственных и дружеских связей с целью обеспечения необходимых им условий нормальной жизни, исходя из их потребностей и состояния здоровья, с учётом их мнения и с их согласия [3, 14–16]. При определении перечня услуг, необходимых при сопровождаемом проживании

инвалидов, указывается на необходимость учёта нуждаемости инвалида в получении таких услуг, состояния здоровья, возраста, зависимости от посторонней помощи [17, 18].

В части особенностей организации комплексной реабилитации и абилитации, социального жизнеустройства лиц с инвалидностью с психическими расстройствами и расстройствами поведения в Концепции в разделе VI «Особенности организации комплексной реабилитации и абилитации, социализации и жизнеустройства лиц с инвалидностью с психическими расстройствами и расстройствами поведения» в отношении кадрового состава, реализующего данный процесс, подчёркивается необходимость решения задач обеспечения социальной сферы квалифицированными кадрами. В том числе, делается акцент на включение трудовых функций по сопровождению лиц с ментальной инвалидностью и соответствующих требований к знаниям и умениям в профессиональные стандарты работников сферы социального обслуживания или на разработку отдельных профессиональных стандартов [1].

Цель исследования — обоснование предложений по совершенствованию деятельности специалистов, участвующих в процессе жизнеустройства и сопровождения граждан с психическими расстройствами, по внесению изменений в содержание имеющихся профессиональных стандартов для данных специалистов на основе формирования перечня актуальных компетенций.

Задачи исследования включали анализ имеющихся профессиональных стандартов специалистов, участвующих в процессе жизнеустройства и сопровождения граждан с психическими расстройствами; разработку для данных специалистов перечней новых компетенций, появившихся в связи с их участием в процессе жизнеустройства; подготовку предложений по доработке профессиональных стандартов в связи с новыми функциями данных специалистов.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Дизайн исследования

Аналитическое, обзорное, описательное.

Условия проведения

Исследование проводилось на базе Федерального государственного бюджетного учреждения «Федеральный научный центр реабилитации инвалидов им. Г.А. Альбрехта» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации, в рамках реализации научно-исследовательской тематики.

Продолжительность исследования

Исследование осуществлялось в течение 2021–2022 гг. в рамках выполнения госзаказа при реализации научно-исследовательской работы.

Методы

Проведение исследования по изучению содержания имеющихся профессиональных стандартов специалистов по актуальному в настоящее время направлению организации жизнеустройства и сопровождения граждан с психическими расстройствами включало следующие методы: осуществление информационного поиска; анализ содержательной части профессиональных стандартов специалистов социального профиля; анализ и обобщение информационных источников в отношении целевой направленности деятельности специалистов, содействующих жизнеустройству и сопровождению граждан с психическими расстройствами.

Этическое утверждение

В ходе исследования не предполагалось задействование конкретных лиц, предполагающее информированное согласие на обработку персональных данных и участие в обследовании.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Объект (участники) исследования

Объектом исследования явились профессиональные стандарты специалистов, занятых в процессе жизнеустройства и сопровождения граждан с психическими расстройствами.

Основные результаты исследования

Анализ нормативных правовых актов и опыта реализации жизнеустройства инвалидов показал, что процесс организации жизнеустройства и сопровождения гражданам с психическими расстройствами и расстройствами поведения предполагает предоставление обширного перечня услуг и участие в его реализации широкого круга специалистов различной профессиональной направленности. Данный процесс не только предусматривает содействие в предоставлении инвалидам социальных услуг, услуг по реабилитации и абилитации, образовательных, социокультурных услуг, услуг в сфере физической культуры и спорта, осуществление мероприятий по социальному сопровождению инвалидов в целях компенсации (устранения) обстоятельств, которые ухудшают или могут ухудшить условия жизнедеятельности, но и обеспечивает по возможности сохранение пребывания в привычной, благоприятной для них среде, выработку навыков, обеспечивающих максимально возможную самостоятельность в реализации основных жизненных потребностей (организация быта, досуга, общения и социальных связей) и адаптацию к самостоятельной жизни.

Особенности организации комплексной реабилитации и абилитации, социального жизнеустройства лиц с инвалидностью с психическими расстройствами и расстройствами поведения определяют перечень услуг, которые должны быть реализованы в ходе сопровождения

при организации жизнеустройства данной категории инвалидов [1]:

- содействие лицам с ментальной инвалидностью в получении различных услуг (социальных, медицинских, реабилитационных, образовательных, досуговых, услуг в области адаптивной физической культуры и адаптивного спорта, услуг содействия занятости и др.);
- координацию их предоставления, в том числе мониторинг жизненной ситуации лиц с ментальной инвалидностью;
- оказание содействия при решении существующих проблем в органах и организациях различной ведомственной принадлежности;
- сопровождение к месту получения услуг и в процессе их получения;
- содействие лицам с ментальной инвалидностью в удовлетворении их основных жизненных потребностей в бытовой и социальной жизни посредством поддержания самостоятельных действий и помощи в их совершении и замещения действий, которые они не могут совершить самостоятельно.

Соответственно, специалисты, занятые в процессе жизнеустройства и сопровождения граждан с психическими расстройствами, должны обладать набором специальных знаний, навыков и умений или компетенций, определяющих возможность ориентации как в широком спектре вышеперечисленных услуг, специфики их оказания для целевой группы, так и в перечне организаций, учреждений, на базе которых реализуются основные услуги, осуществляется обеспечение жизнеустройства и повышение уровня участия граждан целевой группы в повседневной жизни.

Специалисты должны обладать знаниями, умениями и навыками, позволяющими осуществлять информационные, организационные, координационные функции, определяющие в итоге эффективность и результативность процесса жизнеустройства и сопровождения граждан целевой группы. Данные специалисты должны ориентироваться в актуальных потребностях инвалидов, составляющих целевую группу, что также требует владения специфическими знаниями и умениями, включая знания об особенностях инвалидизирующей патологии целевой группы, о специфике процесса их жизнеустройства, включая специфику стационарозамещающих технологий, технологий сопровождения, в том числе в процессе проведения реабилитационных мероприятий, осуществления трудовой деятельности на открытом рынке труда, социальной занятости, а также об особенностях социального взаимодействия с ними.

В результате анализа опыта организаций, которые в течение многих лет реализуют технологии сопровождаемого проживания инвалидов, обобщения информационных материалов, характеризующих специфику жизнеустройства и сопровождения граждан с психическими

расстройствами [2, 4, 6, 8–12], авторами был сформирован перечень специалистов, участие которых является актуальным и необходимым в процессе организации жизнеустройства и сопровождения граждан с психическими расстройствами. Данный перечень включает следующих специалистов: специалист по социальной работе, социальный работник, психолог в социальной сфере, сопровождающий инвалидов, лиц с ограниченными возможностями здоровья и несовершеннолетних, ассистент (помощник) по оказанию технической помощи инвалидам и лицам с ограниченными возможностями здоровья, специалист в области воспитания (социальный педагог, тьютор).

В результате исследования с учётом особенностей профессиональной деятельности специалистов, для качественного решения профессиональных задач и эффективной организации процесса жизнеустройства и сопровождения были выделены специальные компетенции. Специальные компетенции, являющиеся основой трудовых действий и умений, определяют особенности профессиональной деятельности специалистов, участвующих в ходе реализации процесса жизнеустройства и сопровождения лиц с психическими расстройствами, исходя из перечня индивидуальных особенностей участников целевой группы. Выделены следующие специальные компетенции:

- владение специалистами информацией о нозологических особенностях лиц, входящих в целевую группу (умственная отсталость, психические заболевания, аутизм, сенсорные и сочетанные нарушения, и др.);
- компетенции как общие, универсальные — в рамках специальности, так и владение специальными приёмами взаимодействия с гражданами, входящими в целевую группу, проявляющими деструктивные поведенческие и личностные реакции (агрессия, манипуляции, махинации и др.);
- умение выстраивать индивидуальный план сопровождения в зависимости от ситуаций социального развития граждан с психическими расстройствами в ходе реализации процесса жизнеустройства и сопровождения, корректировать план в зависимости от динамики/стагнации;
- владение навыками прогнозирования рисков, сопряжёнными с особенностями развития и поведения граждан с психическими расстройствами в процессе реализации их жизнеустройства и сопровождения;
- умение осуществлять сопровождение в экстремальных и нестандартных ситуациях/быть готовыми к посреднической деятельности в ходе возникающих проблем данного рода;
- способность принимать решение в ситуациях профессиональных отношений и нести за них ответственность;

- чувствовать границы своей профессиональной компетенции, вовремя определять необходимость привлечения внешних специалистов для решения более узких/глубоких проблем.

Перечень профессиональных компетенций целевых специалистов формируется непосредственно из функций специалистов и их должностных обязанностей, включая приёмы совместной профессиональной деятельности специалистов и их сотрудничество.

Проанализированы профессиональные стандарты следующих специалистов: специалист по социальной работе [19]; социальный работник [20]; психолог в социальной сфере [21]; сопровождающий инвалидов, лиц с ограниченными возможностями здоровья и несовершеннолетних [22]; ассистент (помощник) по оказанию технической помощи инвалидам и лицам с ограниченными возможностями здоровья [23]; специалист в области воспитания (социальный педагог, тьютор) [24].

Анализ перечисленных профессиональных стандартов показал, что не все действующие профессиональные стандарты содержат компетенции, необходимые при оказании услуг по содействию жизнеустройства и сопровождению граждан с психическими расстройствами. На основании сформулированных специальных компетенций авторами предложены конкретные изменения в содержательные части вышеперечисленных профессиональных стандартов.

Одним из основных специалистов, участвующих в реализации мероприятий по жизнеустройству и сопровождению граждан с психическими расстройствами, является социальный работник. В качестве примера приводятся предложения по внесению изменений в конкретные формулировки трудовых функций профессионального стандарта «Социальный работник» [20].

Трудовые функции, входящие в профессиональный стандарт «Социальный работник»

Авторами предлагается внести следующие изменения в профессиональный стандарт «Социальный работник» в части трудовых функций:

1. В пункте 3.1.1 «Предоставление социально-бытовых услуг получателям социальных услуг»:

- изложить в новой редакции трудовые действия:
 - «Содействие в покупке/покупка и доставка на дом продуктов питания, промышленных товаров первой необходимости, средств санитарии и гигиены, лекарственных средств и изделий медицинского назначения, средств ухода, книг, газет, журналов за счёт средств получателя социальных услуг»;
 - «Содействие в оплате/оплата социальных услуг, жилищно-коммунальных услуг и услуг связи за счёт средств получателя социальных услуг»;

- «Содействие в сдаче и доставке/сдача вещей в стирку, химчистку, ремонт, обратная их доставка за счёт средств получателя социальных услуг»;
- «Содействие в покупке/покупка топлива, содействие в топке/топка печей, содействие в обеспечении водой/обеспечение водой (в жилых помещениях без центрального отопления и/или водоснабжения) за счёт средств получателя социальных услуг»;
- «Содействие в уборке/уборка жилых помещений»;
- «Содействие в осуществлении гигиенических процедур/предоставление гигиенических услуг лицам, не способным по состоянию здоровья самостоятельно осуществлять уход за собой»;
- «Содействие в отправке /отправка почтовой корреспонденции за счёт средств получателя социальных услуг»;
- изложить в новой редакции необходимые умения:
 - «Осуществлять содействие в приготовлении/готовить пищу»;
 - «Осуществлять содействие в эксплуатации печи/осуществлять эксплуатацию печи (закладку и розжиг топлива, вынос золы)»;
 - «Осуществлять содействие в выполнении санитарно-гигиенических процедур получателям социальных услуг/выполнять санитарно-гигиенические процедуры в отношении получателей социальных услуг, не способных по состоянию здоровья выполнять их самостоятельно»;
 - «Осуществлять содействие/организовывать приобретение и доставку товаров первой необходимости (воды, продуктов, топлива, средств санитарии и гигиены, лекарственных средств и изделий медицинского назначения, средств ухода, книг, газет, журналов)»;
 - «Осуществлять содействие/производить уборку жилых помещений, в том числе с помощью специальных моющих и подручных средств»;
 - «Осуществлять содействие/снимать показания счётчиков электро-, газо- и водоснабжения, заполнять квитанции на оплату жилищно-коммунальных услуг, в том числе с использованием Единого портала государственных и муниципальных услуг»;
 - «Взаимодействовать с различными категориями получателей социальных услуг, включая лиц с ОВЗ и инвалидностью»;
- дополнить позицией:
 - «Осуществлять содействие в осуществлении самообслуживания и жизнеобеспечения различным категориям получателей социальных услуг, включая лиц с ОВЗ и инвалидностью»;

- необходимые знания изложить в новой редакции:
 - «Основы этики в социальной работе, включая этические правила взаимодействия с лицами с ОВЗ, психическими расстройствами, инвалидностью»;
- II. В пункте 3.1.3 «Предоставление социально-психологических услуг получателям социальных услуг»:
 - изложить в новой редакции необходимые знания:
 - «Основы этики в социальной работе, включая этические правила взаимодействия с лицами с ОВЗ, психическими расстройствами и инвалидностью»;
- III. В пункте 3.1.4 «Предоставление социально-педагогических услуг получателям социальных услуг»:
 - изложить в новой редакции трудовые действия:
 - «Организация помощи в обучении навыкам самообслуживания и бытовым навыкам получателей социальных услуг, имеющих ограничения жизнедеятельности»;
 - изложить в новой редакции необходимые умения:
 - «Привлекать профильных специалистов для обучения получателей социальных услуг навыкам самообслуживания и общения, бытовым навыкам»;
 - изложить в новой редакции необходимые знания:
 - «Методики обучения навыкам самообслуживания, бытовым навыкам граждан, имеющих ограничения жизнедеятельности, в том числе детей-инвалидов»;
 - «Основы этики в социальной работе, включая этические правила взаимодействия с лицами с ОВЗ, психическими расстройствами, инвалидностью»;
- IV. В пункте 3.1.5 «Предоставление социально-правовых услуг получателям социальных услуг»:
 - изложить в новой редакции необходимые знания:
 - «Основы этики в социальной работе, включая этические правила взаимодействия с лицами с ОВЗ, психическими расстройствами, инвалидностью»;
- V. В пункте 3.1.6 «Предоставление социально-трудовых услуг получателям социальных услуг»:
 - изложить в новой редакции необходимые знания:
 - «Основы этики в социальной работе, включая этические правила взаимодействия с лицами с ОВЗ, психическими расстройствами и инвалидностью»;
- VI. В пункте 3.1.7 «Предоставление услуг в целях повышения коммуникативного потенциала получателей социальных услуг, имеющих ограничения жизнедеятельности, в том числе детей-инвалидов»:
 - изложить в новой редакции необходимые знания:
 - «Основы этики в социальной работе, включая этические правила взаимодействия с лицами с ОВЗ, психическими расстройствами и инвалидностью»;

VII. В пункте 3.1.8 «Предоставление срочных социальных услуг получателям социальных услуг»:

- изложить в новой редакции необходимые знания:
 - «Основы этики в социальной работе, включая этические правила взаимодействия с лицами с ОВЗ, психическими расстройствами и инвалидностью».

ОБСУЖДЕНИЕ

Отсутствие актуальных для организации жизнеустройства лиц с ментальными нарушениями специальных компетенций для вышеперечисленных специалистов в виде дополнений в трудовые действия, знания и умения профессиональных стандартов может явиться причиной недооценки значимости получения актуальных и востребованных компетенций соответствующими специалистами, в том числе в ходе повышения их квалификации — при прохождении соответствующего обучения по дополнительным профессиональным образовательным программам.

Для устранения (коррекции) возможного пробела в компетенциях целевых специалистов целесообразно включение в перечисленные выше профессиональные стандарты специальных компетенций, относящихся к реализации мероприятий по жизнеустройству и сопровождению граждан с психическими расстройствами, или уточнение имеющихся компетенций в части реализации мероприятий по жизнеустройству и сопровождению данных лиц.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, сформированный перечень компетенций явился основой для конкретизации формулировок с целью внесения изменений в профессиональные стандарты для данных специалистов, участвующих в реализации процесса жизнеустройства и сопровождения граждан с психическими расстройствами.

Сформированные предложения по корректировке профессиональных стандартов позволят подойти к совершенствованию программ повышения квалификации данной категории специалистов с позиций научного обоснования, что будет способствовать росту квалификационного уровня кадрового потенциала и в итоге — повышению эффективности и результативности процесса жизнеустройства и сопровождения граждан с психическими расстройствами.

Результаты данного исследования вносят актуальный вклад в реализацию положений Концепции развития в Российской Федерации системы комплексной реабилитации и абилитации лиц с инвалидностью, в том числе детей-инвалидов, на период до 2025 года в части кадрового обеспечения процесса жизнеустройства и сопровождения граждан с психическими расстройствами.

Внедрение результатов работы позволит осуществлять эффективную образовательную деятельность в сфере повышения квалификации и переподготовки кадрового состава специалистов с учётом актуальных направлений их деятельности на основании требований, сформулированных в профессиональных стандартах.

ДОПОЛНИТЕЛЬНО

Источник финансирования. Авторы заявляют об отсутствии внешнего финансирования при проведении поисково-аналитической работы и подготовке рукописи.

Конфликт интересов. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Вклад авторов. Все авторы подтверждают соответствие своего авторства международным критериям ICMJE (все авторы внесли существенный вклад в разработку концепции, проведение исследования и подготовку статьи, прочли и одобрили финальную

версию перед публикацией). Наибольший вклад распределён следующим образом: *Е.М. Старобина* — концепция и дизайн исследования, редактирование; *Е.О. Гордиевская* — сбор и обработка материалов, анализ полученных данных, написание текста.

ADDITIONAL INFORMATION

Funding source. This study was not supported by any external sources of funding.

Competing interests. The authors declare that they have no competing interests.

Authors' contribution. All authors made a substantial contribution to the conception of the work, acquisition, analysis, interpretation of data for the work, drafting and revising the work, final approval of the version to be published and agree to be accountable for all aspects of the work. *E.M. Starobina* — concept and design of the study, editing; *E.O. Gordievskaya* — collection and processing of materials, analysis of the received data, writing of the text.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Концепция развития в Российской Федерации системы комплексной реабилитации и абилитации лиц с инвалидностью, в том числе детей с инвалидностью, на период до 2025 года (утв. распоряжением Правительства Российской Федерации от 18 декабря 2021 г. № 3711-р). Режим доступа: <https://mintrud.gov.ru/ministry/programms/25/kontsepsia>. Дата обращения: 28.06.2022.
2. Приказ Минтруда России от 14.12.2017 № 847 «Об утверждении методических рекомендаций по организации различных технологий сопровождаемого проживания инвалидов, в том числе такой технологии, как сопровождаемое совместное проживание малых групп инвалидов в отдельных жилых помещениях». Режим доступа: <https://docs.cntd.ru/document/556115542>. Дата обращения 25.06.2022.
3. Демина Э.Н., Джавид О.С. Сопровождаемое проживание: новый сервис для инвалидов. Обзор литературы // Сервис plus. 2018. Т. 12, № 3. С. 146–152. doi: 10.24411/2413-693X-2018-10315
4. Ключко Е.Ю. Жизнь без барьеров: о перспективах // Психологическая наука и образование. 2016. Т. 21, № 1. С. 94–107. doi: 10.17759/pse.2016210108
5. Социальная квартира интернатного учреждения: подготовка воспитанников к самостоятельной жизни: методическое пособие / под ред. А.А. Аббасова. Москва: Благотворительный фонд социальной помощи детям «Расправь крылья!», 2011. 120 с.
6. Чечерина О.Б. Сопровождаемое проживание как эффективная альтернатива психоневрологическим интернатам // Практика социальной работы. Открытый методический ресурс: электронный журнал. 2016. № 1. Режим доступа: <http://files.rmc24.ru/actualno/2018/soprov.pdf>. Дата обращения 25.06.2022.
7. Конвенция о правах инвалидов. Принята резолюцией 61/106 Генеральной Ассамблеи от 13 декабря 2006 года. Режим доступа: https://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/disability.shtml. Дата обращения 29.06.2022.
8. Альдашева А.Б., Сиротина Т.В. Сопровождаемое проживание лиц с инвалидностью в Российской Федерации: возможности социальной интеграции // Социальная интеграция и развитие этнокультур в евразийском пространстве. 2017. № 5-2. С. 14–18.
9. Горбунова В.В., Берко И.В. Сопровождаемое проживание инвалидов с ментальными нарушениями // Международный журнал гуманитарных и естественных наук. 2020. Т. 2, № 1. С. 161–164. doi: 10.24411/2500-1000-2020-10131
10. Кожушко Л.А., Гордиевская Е.О., Демина Э.Н. Сопровождаемое проживание: опыт, проблемы, перспективы развития // Физическая и реабилитационная медицина. 2019. Т. 1, № 2. С. 26–36. doi: 10.26211/2658-4522-2019-1-2-26-36
11. Жизнь с достоинством (сопровождаемое проживание). Практическое пособие / под ред. А.М. Царева. Москва: Перо, 2017. 272 с.
12. Кац Л.И., Сторожук О.Г., Кац Ю.М. Формы сопровождаемого проживания во Владимирской области. Юридические аспекты и опыт работы ВОО АРДИ «Свет». Владимир, 2015. 202 с.
13. Шестакова Е.В., Рогачева Т.В. Модель сопровождаемого проживания с позиции положений Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ) // Медицинская психология в России. 2019. Т. 11, № 3. С. 6. doi: 10.24412/2219-8245-2019-3-6
14. Кожушко Л.А., Владимиров О.Н. Оценка системы сопровождаемого проживания инвалидов с нарушением психических функций // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2022. Т. 122, № 4. С. 117–121. doi: 10.17116/jnevro202212204117
15. Дрозденко И.Г., Иванов П.В., Миллер Ю.С., Самойлов Н.С. Модель сопровождаемого проживания лиц с интеллектуальными нарушениями Ленинградской области: методические рекомендации / под ред. Л.А. Кожушко, О.Н. Владимировой. Санкт-Петербург, 2020. 112 с.
16. Фуряева Т.В., Маркевич А.Н. Моделирование сопровождаемого проживания молодых людей с РАС как условие создания новой социальной инклюзивной практики // Сибирский вестник специального образования. 2016. № 3. С. 43–49.

17. Хунагова Д.М. Теоретические основы проектирования технологии социальной работы по сопровождаемому проживанию детей-инвалидов // Материалы X Международной студенческой научной конференции «Студенческий научный форум-2018». Режим доступа: <https://scienceforum.ru/2018/article/2018001770>. Дата обращения: 28.07.2022.

18. Федеральный закон от 28.12.2013 N 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации». Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_156558/. Дата обращения 29.06.2022.

19. Профессиональный стандарт «Специалист по социальной работе» (утвержден Приказом Минтруда России от 18 июня 2020 г. N 351н). Режим доступа: <https://classinform.ru/profstandarty/03.001-spetsialist-po-sotsialnoi-rabote.html>. Дата обращения 25.06.2022.

20. Профессиональный стандарт «Социальный работник» (утвержден Приказом Минтруда России от 18 июня 2020 г. N 354н). Режим доступа: <https://classinform.ru/profstandarty/03.002-sotsialnyi-rabotnik.html>. Дата обращения 25.06.2022.

21. Профессиональный стандарт «Психолог в социальной сфере» (утвержден Приказом Минтруда России от 18 ноября 2013 г. № 682н). Режим доступа: <https://classinform.ru/>

profstandarty/03.008-psiholog-v-sotsialnoi-sfere.html. Дата обращения 25.06.2022.

22. Профессиональный стандарт «Сопровождающий инвалидов, лиц с ограниченными возможностями здоровья и несовершеннолетних» (утвержден Приказом Минтруда России от 16 ноября 2015 г. № 871н). Режим доступа: <https://classinform.ru/profstandarty/05.006-soprovozhdaushchii-invalidov-litc-s-ogranichennymi-vozmozhnostiami-zdorovia-i-nesovershennoletnykh.html>. Дата обращения 25.06.2022.

23. Профессиональный стандарт «Ассистент (помощник) по оказанию технической помощи инвалидам и лицам с ограниченными возможностями здоровья» (утвержден Приказом Минтруда России от 12 апреля 2017 г. № 351н). Режим доступа: <https://classinform.ru/profstandarty/03.012-assistent-pomoshchnik-po-okazaniyu-tekhnicheskoi-pomoshchi-invalidam-i-litcam-s-ogranichennymi-vozmozhnostiami-zdorovia.html>. Дата обращения 25.06.2022.

24. Профессиональный стандарт «Специалист в области воспитания» (утвержден Приказом Минтруда России от 10 января 2017 г. N 10н). Режим доступа: <https://classinform.ru/profstandarty/01.005-spetsialist-v-oblasti-vospitaniia.html>. Дата обращения 25.06.2022.

REFERENCES

1. The concept of development in the Russian Federation of a system of comprehensive rehabilitation and habilitation of persons with disabilities, including children with disabilities, for the period up to 2025. (approved by the Decree of the Government of the Russian Federation No 3711-r dated December 18, 2021). (In Russ). Available from: <https://mintrud.gov.ru/ministry/programms/25/kontsepsia>. Accessed: 28.06.2022.

2. Order of the Ministry of Labor of the Russian Federation No 847 dated December 14, 2017 "On approval of Methodological recommendations on the organization of various technologies for accompanied accommodation of disabled people, including such technology as accompanied cohabitation of small groups of disabled people in separate residential premises". (In Russ). Available from: <https://docs.cntd.ru/document/556115542>. Accessed: 25.06.2022.

3. Demina EN, Javid OS. Accompanied accommodation: a new service for the disabled. Literature review. *Service plus*. 2018;12(3):146–152. (In Russ). doi: 10.24411/2413-693X-2018-10315

4. Klochko EY. Life without barriers: about prospects. *Psychological Science and Education*. 2016;21(1):94–107. (In Russ). doi: 10.17759/pse.2016210108

5. Social apartment of a boarding institution: preparing pupils for independent life: A methodological guide. Ed. by A.A. Abbasova. Moscow: Blagotvoritel'nyi fond sotsial'noi pomoshchi detyam "Rasprav' kryl'ya". 2011. 120 p. (In Russ).

6. Checherina OB. Accompanied accommodation as an effective alternative to psychoneurological boarding schools. *Practice of social work. Open methodological resource*: Electronic journal. 2016;1. (In Russ). Available from: <http://files.rmc24.ru/actualno/2018/soprov.pdf>. Accessed: 25.06.2022.

7. Convention on the Rights of Persons with Disabilities. Adopted by General Assembly resolution 61/106 of December 13, 2006. (In Russ). Available from: https://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/disability.shtml. Accessed: 29.06.2022.

8. Aldasheva AB, Sirotna TV. Accompanied residence of persons with disabilities in the Russian Federation: opportunities for social integration. *Social Integration and Development of Ethnocultures in the Eurasian Space*. 2017;(5-2):14–18. (In Russ).

9. Gorbunova VV, Berko IV. Accompanied accommodation of disabled people with mental disorders. *International Journal of Humanities and Natural Sciences*. 2020;2(1):161–164. (In Russ). doi: 10.24411/2500-1000-2020-10131

10. Kozhushko LA, Gordievskaya EO, Demina EN. Accompanied accommodation: experience, problems, development prospects. *Physical and Rehabilitation Medicine*. 2019;1(2):26–36. (In Russ). doi: 10.26211/2658-4522-2019-1-2-26-36

11. Living with dignity (accompanied accommodation). Practical guide. Ed. by A.M. Tsarev. Moscow: Pero; 2017. 272 p. (In Russ).

12. Katz LI, Storozhuk OG, Katz YM. Forms of accompanied residence in the Vladimir region. Legal aspects and work experience of the LLC ARDI "Svet". Vladimir; 2015. 202 p. (In Russ).

13. Shestakova EV, Rogacheva TV. The model of accompanied residence under International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). *Med psihol Ross*. 2019;11(3):6. (In Russ). doi: 10.24412/2219-8245-2019-3-6

14. Kozhushko LA, Vladimirova ON. Assessment of the system of assisted living of disabled people with impaired mental functions. *Journal of Neurology and Psychiatry named after S.S. Korsakov*. 2022;122(4):117–121. (In Russ). doi: 10.17116/jnevro2022122041117

15. Drozdenko IG, Ivanov PV, Miller YS, Samoilov NS. The model of accompanied residence of persons with intellectual disabilities of the Leningrad region: method. Recommendations. Ed. by L.A. Kozhushko, O.N. Vladimirova. Saint Petersburg; 2020. 112 p. (In Russ).

16. Furyaeva TV, Markevich AN. Modeling of accompanied residence of young people with ASD as a condition for creating a new social inclusive practice. *Siberian Bulletin of special education*. 2016;(3):43–49. (In Russ).

17. Hunagova DM. Theoretical foundations of the design of social work technology for the accompanied accommodation of disabled children. In: Collection of materials of the international student scientific conference «Modern problems of science and education». (In Russ). Available from: <https://scienceforum.ru/2018/article/2018001770>. Accessed: 25.06.2022.

18. Federal Law No. 442-FZ of 28.12.2013 «On the basics of social services for citizens in the Russian Federation». (In Russ). Available from: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_156558/. Accessed: 29.06.2022.

19. Professional standard «Social Work Specialist» (approved by the Order of the Ministry of Labor of Russia dated June 18, 2020 N 351n). (In Russ). Available from: <https://classinform.ru/profstandarty/03.001-spetsialist-po-sotsialnoi-rabote.html>. Accessed: 25.06.2022.

20. Professional standard «Social worker» (approved by the Order of the Ministry of Labor of Russia dated June 18, 2020 N 354n). (In Russ). Available from: <https://classinform.ru/profstandarty/03.002-sotsialnyi-rabotnik.html>. Accessed: 25.06.2022.

21. Professional standard «Psychologist in the social sphere» (approved by the Order of the Ministry of Labor of Russia dated November 18, 2013 No 682n). (In Russ). Available from: <https://classinform.ru/profstandarty/03.008-psiholog-v-sotsialnoi-sfere.html>. Accessed: 25.06.2022.

22. Professional standard «Accompanying handicapped people, persons with disabilities and minors» (approved by Order No 871n of the Ministry of Labor of the Russian Federation dated November 16, 2015). (In Russ). Available from: <https://classinform.ru/profstandarty/05.006-soprovozhdaiushchii-invalidov-litc-s-ogranichennymi-vozmozhnostiami-zdorovia-i-nesovershennoletneykh.html>. Accessed: 25.06.2022.

23. Professional standard «Assistant (assistant) for providing technical assistance to handicapped people and persons with disabilities» (approved by Order of the Ministry of Labor of the Russian Federation No 351n dated April 12, 2017). (In Russ). Available from: <https://classinform.ru/profstandarty/03.012-assistent-pomoshchnik-po-okazaniyu-tekhnikeskoi-pomoshchi-invalidam-i-litcam-s-ogranichennymi-vozmozhnostiami-zdorovia.html>. Accessed: 25.06.2022.

24. Professional standard «Specialist in the field of upbringing» (approved by the Order of the Ministry of Labor of Russia dated January 10, 2017 N 10n). (In Russ). Available from: <https://classinform.ru/profstandarty/01.005-spetsialist-v-oblasti-vospitaniia.html>. Accessed: 25.06.2022.

ОБ АВТОРАХ

* **Старобина Елена Михайловна**, д-р пед. наук, гл. науч. сотр.; адрес: Россия, 195067, Санкт-Петербург, ул. Бестужевская, д. 50; e-mail: estarobina@yandex.ru; eLibrary SPIN: 7199-0037; ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1820-9307>

Гордиевская Елена Олеговна, канд. пед. наук, ст. науч. сотр.; eLibrary SPIN: 3628-1726; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7617-298X>

AUTHORS' INFO

* **Elena M. Starobina**, Dr. Sci. (Ped.), Chief Researcher; address: 50, Bestughevskaya street, Sankt-Petersburg, 195067, Russia; e-mail: estarobina@yandex.ru; eLibrary SPIN: 7199-0037; ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1820-9307>

Elena O. Gordievskaya, Cand. Sci. (Ped.), Senior Researcher; eLibrary SPIN: 3628-1726; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7617-298X>

* Автор, ответственный за переписку / Corresponding author