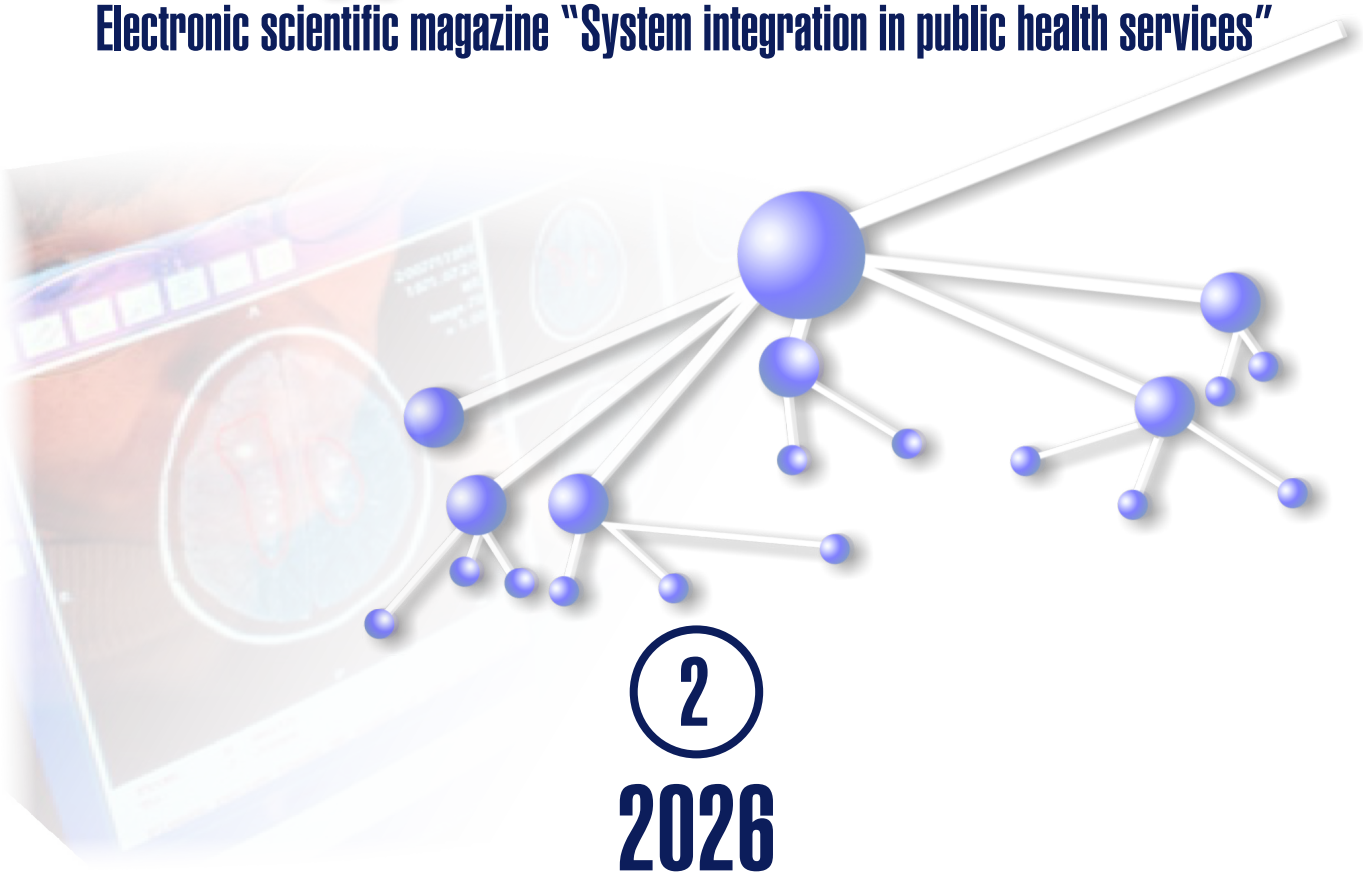
ISSN 1997-3276
УДК 616+614,2+004+316+37.013+159.9
ББК 5+65.495+60.5+88+74
3 445

электронный научный журнал

СИСТЕМНАЯ ИНТЕГРАЦИЯ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Electronic scientific magazine "System integration in public health services"



2
2026

УЧРЕДИТЕЛЬ И ИЗДАТЕЛЬ
ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ “МНОГОПРОФИЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР “БОНУМ”
www.bonum.info

Государственное учреждение Научный центр здоровья детей Российской академии медицинских наук

Свердловский филиал

www.nczd.ru

АДРЕС РЕДАКЦИИ
г. Екатеринбург,
ул. Академика Бардина, 9а
тел./факс (343) 2877770, 2403697
Почтовый адрес: 620149,
г. Екатеринбург, а/я 187

sys-int@sys-int.ru
www.sys-int.ru

Электронный научный журнал “Системная интеграция в здравоохранении” зарегистрирован Федеральной службой по надзору в сфере массовых коммуникаций, связи и охраны культурного наследия Российской Федерации Свидетельство Эл №ФС77-32479 от 09 июня 2008 г.

ISSN 1997-3276

При использовании материалов ссылка на журнал “Системная интеграция в здравоохранении” обязательна.

© ГАУЗ СО «МКМЦ «Бонум», 2026

электронный научный журнал

СИСТЕМНАЯ ИНТЕГРАЦИЯ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

WWW.SYS-INT.RU

ЭЛЕКТРОННЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, ЭКОНОМИКИ И УПРАВЛЕНИЯ, ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ, ПЕДАГОГИКИ, ПСИХОЛОГИИ И СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ

№ 2 (72) 2026

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ
Главный редактор Е.А.ДУГИНА
Заместители главного редактора
С.И.БЛОХИНА, С.Л.ГОЛЬДШТЕЙН

Уважаемые читатели!



Предлагаем Вашему вниманию очередной выпуск сборника «Системная интеграция в здравоохранении», в котором представлены последние научные достижения молодых ученых и ведущих профессоров в области медицины общественного здравоохранения, экономики здравоохранения и истории медицины.

Традиционно выпуск представлен тремя разделами: актуальные проблемы медицины и здравоохранения, актуальные проблемы экономики здравоохранения и актуальные проблемы истории медицины. В первый раздел вошли статьи, посвященные оценке и ранжированию клинических рисков в сестринском деле, двигательной активности при лечении персистирующего постурального перцептивного головокружения. Второй раздел представлен работами об особенностях финансирования специализированных медицинских организаций в Свердловской области, повышении конкурентоспособности медицинских учреждений, учетно-аналитическом обеспечении доходов и расходов частных медицинских организаций, оптимизации тарифной политики при стационарном лечении пациентов с острыми вирусными кишечными инфекциями. Третий раздел представлен работами истории медицины, в том числе по жизни и деятельности выдающихся уральских хирургов, и отдельным особняком является работа по мобилизации женщин-медиков в годы Великой Отечественной войны. Эта тематика особенно актуальна в связи с празднованием 81-й годовщины Великой Победы. Раздел «Читальный зал» продолжает патриотическую тематику, анализирую образ патриота в юношеском возрасте.

Д.С. Лихачев писал: «Любовь к родному краю, знание его истории — основа, на которой только и может осуществляться рост духовной культуры всего общества». Патриотизм, любовь к Родине – те скрепы, без которых немыслимы ни формирование гражданского общества, ни становление ученого.

Надеемся, что этот выпуск позволит глубже познакомиться с актуальными проблемами современных исследований в здравоохранении, медицине, экономике здравоохранении, истории медицины я и вызовет широкий интерес читателей.

Доктор медицинских наук, врач высшей категории,
главный врач ГАУЗ СО «МКМЦ «Бонум»
Дугина Елена Александровна

СОДЕРЖАНИЕ

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ МЕДИЦИНЫ И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Галиулина О.В., Шугаева О.Е., Дорощенкова А.Ю.
ОЦЕНКА И РАНЖИРОВАНИЕ КЛИНИЧЕСКИХ РИСКОВ В СЕСТРИНСКОМ ДЕЛЕ (НА ПРИМЕРЕ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ Г. ТЮМЕНЬ)..... 5

Браславец О.Н.
ДВИГАТЕЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЕРСИСТИРУЕЩЕГО ПОСТУРАЛЬНОГО ПЕРЦЕПТИВНОГО ГОЛОВОКРУЖЕНИЯ 16

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ЭКОНОМИКИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Ошкордина А.А., Зильберберг, Н.В., Пазина М.В.
ОСОБЕННОСТИ ФИНАНСИРОВАНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ В СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ..... 29

Борзунов И.В., Зильберберг, Н.В., Пазина М.В.
ФАКТОРЫ ПОВЫШЕНИЯ КОНКУРЕНТОСПОСОБНОСТИ МЕДИЦИНСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ 35

Мустафина О.В., Федосеева О.Б., Борзунова Н.С.
КОНЦЕПТУАЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ УЧЕТНО-АНАЛИТИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ДОХОДОВ И РАСХОДОВ ЧАСТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ 42

Фадеева П.М., Кузнецов П.Л., Борзунов И.В.
ОПТИМИЗАЦИЯ ТАРИФНОЙ ПОЛИТИКИ КАК ФАКТОР ПОВЫШЕНИЯ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМИ ВИРУСНЫМИ КИШЕЧНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ К СТАЦИОНАРНОМУ ЛЕЧЕНИЮ..... 55

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ИСТОРИИ МЕДИЦИНЫ

Устинов А.Л., Уторова А.В., Панина О.О.
МОБИЛИЗАЦИЯ ЖЕНЩИН-МЕДИКОВ В 1941–1945 ГГ.: МАСШТАБЫ, МЕХАНИЗМЫ, РЕЗУЛЬТАТЫ..... 62

Устинов А.Л., Дудинская М.А.
ЖИЗНЬ И ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ПАВЛА ДМИТРИЕВИЧА БОРОДИНА И ЕГО ВКЛАД В РАЗВИТИЕ УРАЛЬСКОЙ ХИРУРГИИ 74

ЧИТАЛЬНЫЙ ЗАЛ

Курочкина И.А., Мухлынина О.В.
ИЗУЧЕНИЯ ОБРАЗА ПАТРИОТА В ЮНОШЕСКОМ ВОЗРАСТЕ..... 86

© Галиулина О.В., Шугаева О.Е., Дорощенкова А.Ю.

УДК 614.253.5

ОЦЕНКА И РАНЖИРОВАНИЕ КЛИНИЧЕСКИХ РИСКОВ В СЕСТРИНСКОМ ДЕЛЕ (НА ПРИМЕРЕ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ Г. ТЮМЕНЬ)

Галиулина О.В.[1], Шугаева О.Е.[1], Дорощенкова А.Ю.[1]

[1]Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования Тюменский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения Российской Федерации, Тюмень, Россия

Кафедра теории и практики сестринского дела

Резюме. Безопасность пациентов – приоритетная задача здравоохранения. Медицинские сестры, выполняющий основной, объем лечебно-диагностических манипуляций, нуждается в инструментах для проактивного выявления и оценки клинических рисков. Предложенная методика может быть рекомендована для внедрения в систему внутреннего контроля организации.

Ключевые слова: сестринское дело, управление рисками, метод Файна-Кинни, чек-лист, безопасность пациентов.

RISK-BASED TECHNOLOGIES IN NURSING: ASSESSMENT AND RANKING OF CLINICAL RISKS (EVIDENCE FROM MEDICAL ORGANIZATIONS IN TYUMEN)

Galiulina O.V.[1], Shugaeva O.E.[1], Doroshchenkova A.Yu.[1]

[1]Tyumen State Medical Universit,

Tyumen, Russia,

Department of Theory and Practice of Nursing

Summary. Patient safety is a healthcare priority. Nurses, who perform the bulk of diagnostic and treatment procedures, need tools to proactively identify and assess clinical risks. The proposed methodology can be recommended for implementation in the internal control system of an organization.

Key words: nursing, risk management, Fine-Kinney method, checklist, patient safety.

Введение

Безопасность медицинской деятельности сегодня рассматривается как один из ключевых показателей качества оказания помощи. Особое значение эта проблема приобретает в работе среднего медицинского персонала, поскольку медсестры и

медбратья ежедневно выполняют множество манипуляций, непосредственно влияющих на состояние пациента [1]. От их действий зависит не только эффективность лечения, но и вероятность возникновения осложнений, включая внутрибольничные инфекции, травмы и правовые конфликты.

Несмотря на наличие стандартов и протоколов, реальная клиническая практика нередко отстает от нормативных требований. Исследователи отмечают, что в большинстве медицинских организаций сохраняется реактивный подход к управлению рисками: инциденты разбираются уже после их возникновения, а не предупреждаются [2, 3]. Отсутствие единых методик для объективного сравнения и ранжирования угроз затрудняет распределение ограниченных ресурсов и планирование профилактических мер.

Для решения этой проблемы необходимы инструменты, позволяющие не только фиксировать нарушения, но и количественно оценивать их потенциальную опасность. Одним из таких методов является подход Файна-Кинни, широко применяемый в охране труда и адаптированный для медицинских организаций [4, 5]. Он дает возможность рассчитать индекс профессионального риска (ИПР) на основе вероятности события, частоты воздействия и тяжести последствий. Сочетание этого метода с регулярным наблюдением с помощью чек-листов может стать основой для проактивного управления безопасностью пациентов.

Настоящее исследование выполнено на базе медицинских организаций г. Тюмени. Выбор региона обусловлен необходимостью получения локализованных данных о структуре и уровне рисков в сестринской практике, что позволит разработать адресные рекомендации для учреждений здравоохранения.

Цель работы

Изучить наиболее значимые клинические риски в сестринской практике медицинских организаций г. Тюмени, провести их количественную оценку и ранжирование по методу Файна-Кинни для определения приоритетов корректирующих мероприятий.

Материалы и методы

Исследование проводилось в период с 18 ноября 2025 г. по 21 января 2026 г. Объектом изучения стали 24 подразделения 10 медицинских организаций г. Тюмени (стационары и поликлиники). Выборка формировалась случайным образом с охватом

различных профилей: терапевтические, хирургические, педиатрические отделения, а также отделения реанимации и интенсивной терапии.

На первом этапе использовался метод прямого анонимного наблюдения. Для сбора данных был разработан специализированный чек-лист, включающий 18 контролируемых действий (критериев), которые охватывают основные аспекты сестринской деятельности: идентификацию пациентов, гигиеническую обработку рук, использование стерильных инструментов, соблюдение техники манипуляций, утилизацию отходов, применение средств индивидуальной защиты (СИЗ), оформление информированного добровольного согласия (ИДС), передачу информации при смене дежурств, ведение документации, обеспечение безопасности пациентов из группы риска падений, контролируемый доступ в отделения и безопасное хранение документов. Каждый критерий оценивался дихотомически: «выполняется» или «не выполняется» (с возможностью пометки «не применимо»). Наблюдатели (авторы и обученные волонтеры из числа студентов старших курсов) не вмешивались в работу персонала, фиксируя только видимые факты.

На втором этапе для каждого выявленного нарушения была проведена количественная оценка риска по методу Файна-Кинни [6, 7]. Индекс профессионального риска (ИПР) рассчитывался по формуле: ИПР = В × П × С, где:

В – вероятность возникновения события (от 0,1 до 10 баллов);

П – подверженность опасности (частота воздействия, от 0,5 до 10);

С – тяжесть возможных последствий (от 1 до 100 баллов).

Значения В, П и С определялись экспертной группой, в состав которой вошли авторы, главные медсестры учреждений и независимые эксперты (специалисты по качеству). При назначении баллов учитывались данные наблюдений, клинический опыт и ретроспективный анализ инцидентов. Полученные ИПР интерпретировались следующим образом:

400 – крайне высокий (критический) риск – требует немедленного прекращения опасной практики и пересмотра процедур;

201–400 – высокий риск – нуждается в неотложных мерах и усиленном контроле;

71–200 – серьезный риск – требуются плановые корректирующие мероприятия;

21–70 – умеренный риск – требует внимания и мониторинга;

<20 – низкий (приемлемый) риск – меры не требуются.

Статистическая обработка данных включала расчет относительных частот (долей) нарушений. Для сравнения показателей использовался критерий χ^2 (при необходимости). Различия считались значимыми при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

Частота нарушений по данным чек-листов. Анализ 24 заполненных чек-листов показал, что ни одно из подразделений не соблюдало все 18 критериев в полном объеме. Наиболее распространенными оказались следующие дефекты, представленные в таблице 1.

Таблица 1.

Наиболее частые нарушения в сестринской практике (n = 24)

Контролируемое действие	Число подразделений с нарушением	Доля (%)
Обработка поверхностей по графику	10	41,7
Двухэтапная идентификация пациента	9	37,5
Соблюдение техники выполнения манипуляций	9	37,5
Использование СИЗ персоналом	9	37,5
Наличие оформленного ИДС	9	37,5
Контейнеры для острых отходов	7	29,2
Использование стерильных инструментов	6	25,0
Передача информации при смене дежурств	5	20,8
Гигиеническая обработка рук	6	25,0

Примечание: в таблице представлены нарушения, зафиксированные не менее чем в 5 подразделениях.

Обращает на себя внимание, что в 37,5% подразделений идентификация пациентов проводилась неполно (только по имени, без проверки даты рождения или номера истории болезни). Почти в каждом втором отделении (41,7%) график уборки не соблюдался: журналы не заполнялись, уборка проводилась «на глаз», фиксировались видимые загрязнения. В 9 из 24 подразделений медперсонал не использовал полный комплект СИЗ (отсутствие масок, перчаток, защитных очков при необходимости). Столько же отделений не имели оформленных информированных согласий на

конкретные виды вмешательств (физиотерапия, рентген, вакцинация). Нарушения техники манипуляций (неправильный выбор инструментов, отклонения от алгоритмов) также отмечались в 9 подразделениях.

Менее распространенными, но все же значимыми оказались проблемы с утилизацией острых отходов (переполненные контейнеры, отсутствие маркировки) – 29,2%, и использование нестерильных инструментов (нарушение целостности упаковки, вскрытие заранее) – 25,0%. Передача смены без ключевых деталей (АД, динамика состояния) зафиксирована в 20,8% случаев. Нарушение гигиены рук (отсутствие обработки перед процедурой, недостаточное время) выявлено в каждом четвертом отделении.

В то же время некоторые аспекты соблюдались лучше. Своевременное отражение данных в документации, безопасное хранение медицинских документов, немедленная утилизация отходов и контролируемый доступ в отделение выполнялись в большинстве подразделений (более 15 из 24, т.е. >62,5%).

Количественная оценка рисков по методу Файна-Кинни. Для каждого из выявленных нарушений были рассчитаны значения ИПР. Результаты ранжирования представлены в таблице 2.

Таблица 2.

Ранжирование клинических рисков в сестринской практике

Риск	В	П	С	ИПР	Уровень риска
Ошибка идентификации пациента	3	10	40	1200	Критический
Некачественная передача смены	3	10	40	1200	Критический
Нарушение гигиены рук	3	10	15	450	Критический
Нарушение техники манипуляций	3	10	15	450	Критический
Несоблюдение графика уборки	6	10	7	420	Высокий
Использование нестерильных инструментов	1	6	40	240	Высокий
Неполное использование СИЗ	6	10	3	180	Серьезный
Отсутствие ИДС	6	3	7	126	Серьезный
Неправильная утилизация отходов	3	6	7	126	Серьезный

Несвоевременное внесение данных	3	6	3	54	Умеренный
Нарушение маршрутизации	1	2	15	30	Умеренный
Несанкционированный доступ	1	2	3	6	Низкий

Примечание: В – вероятность, П – подверженность, С – последствия, ИПР – индекс профессионального риска.

Как видно из таблицы, четыре риска получили критическую оценку (ИПР > 400). Максимальные значения (1200) зафиксированы для ошибки идентификации пациента и некачественной передачи смены. В первом случае высокая тяжесть последствий (40 баллов – возможен летальный исход) сочетается с постоянной подверженностью (10 – идентификация проводится перед каждой манипуляцией) и вероятностью 3 (нехарактерно, но возможно). Во втором – аналогичные параметры, что подчеркивает значимость коммуникационных дефектов.

Нарушение гигиены рук и техники манипуляций получили по 450 баллов: вероятность 3, подверженность 10, последствия 15 (тяжелые осложнения, инвалидизация). Эти риски также требуют немедленного вмешательства.

Граница высокого уровня (ИПР = 420) достигнута для несоблюдения графика уборки. Здесь высокая вероятность (6) и постоянная подверженность (10) при тяжести последствий 7 (вспышки ВБИ) делают этот риск почти столь же опасным, как критические.

Использование нестерильных инструментов (ИПР = 240) отнесено к высоким рискам: при невысокой вероятности (1) и подверженности (6) последствия оцениваются в 40 баллов.

Серьезные риски (ИПР 126–180) связаны с недостаточным использованием СИЗ, отсутствием ИДС и неправильной утилизацией отходов. Их последствия менее тяжелы (3–7 баллов), но требуют плановых корректировок.

Умеренные и низкие риски (например, нарушение маршрутизации, несанкционированный доступ) не представляют непосредственной угрозы, но должны контролироваться.

Статистический анализ не выявил значимых различий в частоте нарушений между стационарами и поликлиниками ($p > 0,05$ для большинства критериев), что позволяет рассматривать выявленные тенденции как общие для разных типов учреждений.

ОБСУЖДЕНИЕ. Полученные результаты подтверждают наличие системных проблем в организации сестринской помощи, характерных не только для Тюменского региона, но и для многих медицинских организаций России [12]. Высокая распространенность нарушений идентификации пациентов (37,5%) и несоблюдения графика уборок (41,7%) указывает на недостаточный контроль за выполнением базовых процедур, регламентированных приказами и санитарными правилами [2, 3].

Особого внимания заслуживает тот факт, что два риска с максимальным ИПР (1200) относятся к разным категориям: ошибка идентификации (манипуляционный риск) и некачественная передача смены (коммуникационный риск). Это означает, что традиционное сосредоточение внимания только на технике выполнения процедур не учитывает всей полноты угроз. Дефекты обмена информацией между сменами могут приводить к таким же катастрофическим последствиям, как и грубые процедурные ошибки. Международные исследования также подчеркивают важность эффективной коммуникации для безопасности пациентов [13].

Высокий уровень риска для несоблюдения графика уборки (ИПР = 420) объясняется сочетанием частых нарушений (41,7%) и потенциальной возможностью вспышек внутрибольничных инфекций. Национальная концепция профилактики ИСМП [4] прямо указывает на необходимость строгого соблюдения санитарно-эпидемиологического режима. Тем не менее, наши данные свидетельствуют, что в реальной практике этому аспекту уделяется недостаточно внимания.

Интересно, что нарушение гигиены рук, которое считается самым доступным и эффективным способом профилактики инфекций, также вошло в группу критических (ИПР = 450). Несмотря на постоянные напоминания и наличие стандартов, персонал в каждом четвертом отделении пренебрегает правильной обработкой рук. Это подтверждает необходимость не только обучения, но и регулярного контроля с обратной связью.

Риски, связанные с документацией (отсутствие ИДС, несвоевременное внесение данных), получили более низкие индексы, однако их нельзя игнорировать. Формальное оформление информированного согласия без разъяснения пациенту создает правовые риски для медицинской организации и подрывает доверие [1]. Внедрение чек-листов для проверки полноты документации могло бы снизить эти риски.

Сравнение с данными других авторов показывает схожие тенденции. Например, исследование, проведенное в московских стационарах, также выявило высокую частоту нарушений идентификации пациентов (около 30%) и недостаточное использование СИЗ [12]. Однако количественное ранжирование по методу Файна-Кинни в тех работах не применялось, что затрудняет прямое сопоставление приоритетов.

Практическая применимость результатов. Предложенный нами подход (регулярное наблюдение с помощью чек-листа и последующая оценка рисков по методу Файна-Кинни) может быть легко воспроизведен в любой медицинской организации. Он не требует сложного оборудования и специальной подготовки. Чек-лист из 18 пунктов позволяет за один обход охватить ключевые аспекты безопасности. Расчет ИПР может выполняться экспертной группой (главная медсестра, заведующие отделениями, специалист по качеству) на основе выявленных нарушений.

Полученные индексы дают объективное основание для:

- определения первоочередных направлений вмешательства (критические и высокие риски);
- обоснования запросов на дополнительное финансирование (например, для закупки расходных материалов или обучения);
- разработки стандартных операционных процедур (СОП) для наиболее проблемных зон;
- повторной оценки эффективности принятых мер через заданный интервал.

Важно подчеркнуть, что сам по себе чек-лист не решает проблему – он лишь инструмент диагностики. Ключевое значение имеет дальнейшая работа по устранению выявленных дефектов, включая административные и образовательные меры.

Ограничения исследования. Настоящая работа имеет несколько ограничений. Во-первых, наблюдение проводилось в течение ограниченного периода (2 месяца), что не позволяет оценить сезонные колебания. Во-вторых, сбор данных осуществлялся анонимно и скрыто: наблюдатели не раскрывали цель своего присутствия и не вмешивались в рабочий процесс, что позволило максимально снизить влияние на поведение персонала и зафиксировать именно типичные, повседневные действия сотрудников, хотя полностью исключить эффект наблюдения невозможно. В-третьих, оценка вероятности и последствий при расчете ИПР носит экспертный характер и

может содержать субъективный компонент. Для повышения надежности мы использовали согласованные мнения нескольких экспертов.

Тем не менее, полученные данные дают репрезентативную картину текущего состояния сестринской практики в регионе и могут служить основой для дальнейших исследований.

Выводы

Проведенное исследование позволяет сделать ряд выводов, имеющих практическую значимость для организации сестринской помощи.

Результаты анализа чек-листов констатируют наличие устойчивых паттернов нарушений в основных областях деятельности. Наиболее распространенными оказались дефекты, связанные с организацией труда и соблюдением регламентов: формальное ведение документации (графики уборки, ИДС), несоблюдение алгоритмов идентификации и недостаточный контроль за использованием СИЗ. Это указывает не на единичные случаи, а на системные проблемы в процедурах и контроле их выполнения.

Применение метода Файна-Кинни позволило перейти от качественного описания нарушений к их количественному ранжированию. Это дало объективное основание для распределения ограниченных ресурсов и времени на корректирующие действия. Выявлено, что критический уровень риска несут не только прямые манипуляционные ошибки, но и процессы коммуникации (передача смены) и соблюдения базовых санитарных норм (гигиена рук). Данный факт расширяет традиционное понимание клинических рисков.

Применимость в клинической практике представленной методики оценивается как высокая. Разработанный нами чек-лист и метод оценки рисков по Файну-Кинни являются относительно простым, наглядным и воспроизводимым инструментом для внутреннего аудита безопасности в медицинской организации. Он позволяет:

1. Сфокусировать внимание персонала и администрации на конкретных, измеримых параметрах работы.
2. Обосновать необходимость изменений в рабочих инструкциях или процессах не субъективными мнениями, а рассчитанными индексами.
3. Поэтапно планировать улучшения, начиная с устранения критических и высоких рисков.

4. Повторно проводить оценку для контроля эффективности внедренных мероприятий.

Таким образом, использование риск-ориентированного подхода на основе структурированного наблюдения и количественной оценки формирует доказательную базу для управления безопасностью. Перспективой является интеграция подобных оценочных процедур в систему непрерывного внутреннего контроля качества [6], их адаптация для различных клинических профилей и цифровизация процесса сбора данных для оперативного анализа.

Список литературы

1. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (ред. от 25.12.2023).
2. СанПиН 2.1.3678-20 «Санитарно-эпидемиологические требования к эксплуатации помещений...» (утв. постановлением Главного государственного санитарного врача РФ от 24.12.2020 № 44).
3. Приказ Минздрава России от 11.12.2020 № 1317н «Об утверждении требований к организации и выполнению работ по сестринскому делу».
4. Национальная концепция профилактики инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (ИСМП) (утв. Главным государственным санитарным врачом РФ 06.11.2011).
5. ГОСТ Р 56034-2014 «Клинические рекомендации (протоколы лечения). Общие положения» (утв. приказом Росстандарта от 04.06.2014 № 503-ст).
6. Организация внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации (стационаре): методические рекомендации Минздрава России. 2021.
7. Обуховец, Т. П. Сестринское дело и сестринский уход: учебное пособие / Т. П. Обуховец. – М. : КНОРУС, 2016. – 680 с.
8. ГОСТ 12.0.230.5-2018 «Система стандартов безопасности труда. Менеджмент риска. Методы оценки профессиональных рисков».
9. Метод оценки рисков на рабочем месте: подход Файна-Кинни. URL: https://otub.ru/news/razbiraem-metod-otsenki-riskov-fayna-kinni/ (дата обращения: 21.01.2026). Текст: электронный

10. Файнбург, Г. З. Метод Файна-Кинни и развитие рискометрии оценки профессионального риска / Г. З. Файнбург // Биота. – 2022. – № 4. URL: https://biota.ru/publishing/magazine/g.-z.-fajnburg-metod-fajna-kinni-i-razvitie-riskometrii-oczenki-professionalnogo-riska-(№4,2022).html (дата обращения: 21.01.2026). Текст: электронный
11. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 27 октября 2021 г. N 1018н «Об утверждении перечня индикаторов риска нарушения обязательных требований при осуществлении федерального государственного контроля (надзора) качества и безопасности медицинской деятельности». URL: https://base.garant.ru/403210132/ (дата обращения: 21.01.2026). Текст: электронный
12. Риск-менеджмент в медицинской организации: как извлечь пользу из медицинских ошибок. URL: https://cyberleninka.ru/article/n/risk-menedzhment-v-meditsinskoy-organizatsii-kak-izvlech-polzu-iz-meditsinskih-oshibok (дата обращения: 21.01.2026). Текст: электронный
13. ВОЗ: Коммуникация в здравоохранении. 2019. URL:https://www.who.int/about/communications (дата обращения: 21.01.2026). Текст: электронный

© Браславец О.Н.

УДК 614.2

ДВИГАТЕЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЕРСИСТИРУЕЩЕГО ПОСТУРАЛЬНОГО ПЕРЦЕПТИВНОГО ГОЛОВОКРУЖЕНИЯ

Браславец О.Н.[1]

[1] *Уральский государственный медицинский университет, Россия, Екатеринбург*

Резюме. В статье поднимается проблема определения места ППППГ среди типов головокружения и дается обзор методик лечения ППППГ. Автор приходит к выводу, что большая часть мозга занимается двигательными функциями, а равновесие и вестибулярный аппарат нужен этому механизму именно для реализации этих функций.

Ключевые слова: персистирующее постуральное перцептивное головокружение, двигательная активность, патология, пациенты, врачи.

MOTOR ACTIVITY IN THE TREATMENT OF PERSISTENT POSTURAL PERCEPTUAL DYSURGERY

Braslavets O.N.[1]

[1] *Ural State Medical University, Russia, Yekaterinburg*

Summary. The article raises the problem of determining the place of PPPD among the types of vertigo and provides an overview of PPPD treatment methods. The author concludes that most of the brain is responsible for motor functions, and the balance and vestibular system are necessary for this mechanism to perform these functions.

Key words: persistent postural perceptual vertigo, motor activity, pathology, patients, and doctors.

«Вполне ожидаемо, что такой сенсорный орган (вестибулярный аппарат), получающий только полусознательные впечатления и ведущий к моторике инстинктивного и примитивного типа, будет очень чувствителен к эмоциям и поэтому играет важную роль в неврозах и психозах. Его реакции будут острыми, и можно даже ожидать, что изменения в психике немедленно проявятся в вестибулярных ощущениях и тонусе. Органические изменения вестибулярного аппарата отразятся на структурах психики. Они повлияют не только на тонус, вегетативную систему и положение тела, но также изменят весь наш аппарат восприятия и даже сознание.

Эти общие соображения помогают прояснить, почему изучение вестибулярного аппарата может иметь большое значение для понимания психотических и невротических состояний».

Введение

Ни для кого не секрет, что эмоциональная сфера может оказывать немалое влияние на самые разные области функционирования тела человека. В данной статье мы попытались осветить связь этой сферы с опорно-двигательным и вестибулярным аппаратами.

Люди, имеющие разного рода проблемы с ОДА, нередко описывают среди сопутствующих состояний головокружения различного характера. Это связано с тем, что имея патологию, например, позвоночника или одной из нижних конечностей, человек ограничен в движении, теряет долю устойчивости и испытывает затруднения при перемещении в пространстве. Также, ограничения в движении могут быть связаны не только с патологическими изменениями в тканях, но и со страхом, который испытывает пациент. Этот страх может быть следствием нежелания снова испытать боль, попытки избежать повторного повреждения пораженного региона, усугубить ситуацию и замедлить период восстановления. Другими словами, оберегая больную часть тела, человек сам еще более ограничивает движения и, вместе с этим, испытывает различные негативные эмоции, в том числе и тревогу.

Вместе с тем, не только патологии ОДА могут вызывать подобный эффект. Впервые связь между тревогой и головокружением отметили немецкие неврологи в 1872 году. Они предложили термин «постуральная фобическая неустойчивость» для тех случаев, когда субъективные расстройства равновесия не связаны с органической патологией ЦНС, а обусловлены тревогой. Этим термином описывались ощущения субъективной неустойчивости, возникающие у пациентов под влиянием окружающей обстановки или других социальных факторов. Этот феномен за историю изучения трактовался учеными по-разному и носил различные названия. Термин ППГ для описания этого синдромокомплекса впервые был предложен в 2017 г. В настоящее время ППГ признано клиническим диагнозом и включено в новую версию Международной классификации болезней 11-го пересмотра, которая уже в ближайшее время будет внедряться в клиническую практику. ППГ был присвоен код AB32.0, что относится к рубрике «10. Болезни уха или сосцевидного отростка» (AB32 Хронический

вестибулярный синдром).

Распространённость ППГ (актуальность).

Согласно одному британскому исследованию, примерно 4 % от всех пациентов врачей общей практики (терапевтов, педиатров) страдают от длительного головокружения, с которым они не могли справиться самостоятельно. Примерно 2 % от всех вторичных обращений в неврологические отделения также вызваны головокружением, при этом половина из них относится к психогенным или функциональным. По данным другого исследования, ППГ диагностируют у 15–20 % пациентов неврологических центров.

Среди взрослых такое расстройство чаще наблюдается в возрасте от 53 до 59 лет (женщины болеют вдвое чаще мужчин), среди детей — в 14 лет (девушки обращаются в 5 раз чаще, чем юноши). Вероятно, предрасположенность женского пола к ППГ связана с особенностями обработки стресса, большей тревожностью и гормональными особенностями. Кроме того, женщины чаще страдают от мигреней, что является важным фактором риска развития ППГ [1; 2].

Цель работы

Обозначить место ППГ среди других типов головокружений, а также провести обзор/анализ современной литературы на предмет методик лечения ППГ различными средствами: медикаментозными, психотерапевтическими, двигательными. Определить место двигательной активности и физической нагрузки при этом лечении.

Материалы и методы

В специальной литературе можно найти несколько классификаций, приведем одну из них.

Классификация головокружений:

1. *Вестибулярное* головокружение развивается из-за поражения или физиологической стимуляции периферического вестибулярного аппарата и центральных вегетативных структур. Как правило, трудности с ориентацией в пространстве возникают при вращении головой. Все это проходит с потерей равновесия, периодическими падениями, тошнотой и другими неприятными проявлениями.
2. *Липотимическое* головокружение происходит при пресинкопах — предобморочных состояниях с ощущением близости потери сознания. Характерный симптом — «туман» в голове. Данный вид головокружения обусловлен чаще всего

артериальной ортостатической гипотензией, в том числе ятрогенной (прием некоторых лекарственных препаратов), сердечными аритмиями, инфарктом миокарда, сердечной недостаточностью, каротидным стенозом.

3. *Постуральное* головокружение означает проявление головокружения при определённом положении в пространстве, например, при повороте головы вправо. При этом головокружение проявляется при статичном положении, поддержании положения, может проявляться при стоянии.
4. *Цервикогенное* головокружение провоцируется болезнями шейного отдела позвоночника. Головокружение при этой патологии становится следствием болезненных ощущений и ограниченной подвижности шеи.
5. *Психогенное* головокружение свойственно людям с неврозами и личностными расстройствами. Подобные приступы проявляются из-за чувства тревоги, панических атак в различных ситуациях. Этот вид обычно описывают как ощущение неустойчивости, наличие тяжести в голове, чувство опьянения. Колебательные движения глаз в таком случае отсутствуют, но, в отличие от других разновидностей, после может возникать депрессия. Лечение головокружений у женщин и мужчин включает психотерапию, вестибулярные упражнения, прием антидепрессантов [3].

Результаты и обсуждение

В отечественной практике используются термины «системное головокружение» (вестибулярное) и «несистемное головокружение» (невестибулярное). К первому относят симптомы, обусловленные непосредственным поражением вестибулярного анализатора (вращательное головокружение), ко второму — нарушения равновесия, пресинкопальные эпизоды и психогенное головокружение.

Вертиго (системное головокружение) — истинное вращательное головокружение, ощущение движения (вращения) окружающих предметов и/или самого человека в пространстве. Оно может возникать при доброкачественном пароксизмальном позиционном головокружении, невроме слухового нерва, болезни Меньера, лабиринтите, вестибулярном нейроните, вестибулярной мигрени (мигрень-ассоциированное головокружение), доброкачественном возвратном головокружении у взрослых, базилярной мигрени, инсульте в стволе головного мозга или мозжечка, токсическом поражении вестибулярного аппарата, височной эпилепсии.

J. Staab и соавт. предложили термин «хроническое субъективное головокружение», симптомы которого включают:

1. Персистирующее более 3 мес. ощущение невращательного головокружения, описываемого одним или несколькими из следующих дескрипторов: а) ощущение легкости в голове; б) ощущение тяжести в голове; в) ощущение шаткости (покачивания), которое не заметно для окружающих; г) ощущение вращения чего-то в голове при отсутствии ощущения движения окружающих предметов; д) ощущение движения пола под ногами; е) ощущение диссоциации с окружающим пространством.

2. Хроническая гиперсенситивность к движению собственного тела или окружающих объектов.

3. Нарастание симптоматики в условии множественных визуальных стимулов (например, в больших торговых центрах) или при выполнении работы, требующей точности зрения (например, работа за монитором компьютера).

Как указывали J. Staab и M. Ruckenstein, клиническая картина ППГ может формироваться тремя путями: 1) психогенным (тревога — единственная причина головокружения); 2) отогенным (отоневрологические заболевания являются триггером, активирующим тревожное расстройство); 3) смешанным (отоневрологическое заболевание вызывает головокружение, усиливающее уже имеющуюся тревогу). Современные исследования показывают, что персистенция ППГ имеет прямую связь с тяжестью первичного (инициальный) эпизода головокружения и тяжести тревоги при этом эпизоде. Тревога влияет на постуральный контроль, двигательную координацию и регуляцию взора, что усугубляет симптоматику по механизму «порочного круга» [4].

Современный этап изучения проблемы психогенного головокружения начался в 80-х годах прошлого века, когда на основании клинических наблюдений T. Brandt и M. Dieterich выделили фобическое постуральное головокружение (ФПГ) в качестве клинического синдрома. Авторы описали пациентов с обсессивно-компульсивным расстройством, которые предъявляли жалобы на постуральное головокружение, шаткость при ходьбе постоянного характера, сопровождающиеся тревогой и сниженным фоном настроения. T. Brandt, M. Dieterich и их коллеги показали, что ФПГ является распространенным состоянием, отличающимся от других вестибулярных заболеваний и психических расстройств. Они предположили, что ФПГ формируется у пациентов с повышенным уровнем тревоги ввиду различий между предполагаемыми и реальными движениями, которые присутствуют постоянно в повседневной активности (эфферентно-афферентное несоответствие). Начиная с середины 80-х

годов XX века, R. Jacob и соавт. провели ряд исследований по выявлению взаимосвязи симптомов тревоги, постоянного головокружения и вестибулярной дисфункции у пациентов клиники тревожных расстройств.

Патогенез связан с хронической дисфункцией вестибулярной системы и головного мозга, которая вызывает постоянное ощущение несистемного головокружения и /или неустойчивость при ходьбе. Пусковым фактором является остро возникший эпизод головокружения, который может быть вызван различными нарушениями в работе вестибулярного аппарата, но может быть и не связан напрямую с его повреждением и относиться, например, к проявлениям панической атаки, последствиям черепно-мозговой травмы или обморока. Основные сложности в дальнейшей терапии связаны с частым уже упоминавшимся ранее развитием вторичного функционального расстройства походки, тревоги, поведения избегания и тяжелой социальной дезадаптации, вплоть до инвалидизации [5].

Доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение (ДППГ) или вестибулярная мигрень могут вызывать ППГ, а затем сосуществовать с ним, вызывая повторяющиеся приступы головокружения, наложенные на хронические симптомы ППГ. Пациенты с болезнью Паркинсона и другими структурными нарушениями походки могут параллельно страдать от функционального головокружения. В этой ситуации ППГ наиболее часто проявляется в наличии повышенной чувствительности к зрительным стимулам, когда пациенты сидят. Паническое расстройство и генерализованное тревожное расстройство могут быть причинами или последствиями ППГ. Они также могут предшествовать наступлению ППГ, не вызывая головокружения, но после манифестации ППГ провоцировать усиление симптоматики.

Современные подходы к терапии психогенного (постоянного постурально-перцептивного) головокружения (обзор) Кунельская Н.Л., Байбакова Е.В., Чугунова М.А., Заоева З.О.

Наиболее часто встречающееся определение ППГ или персистирующего постурального перцептивного головокружения — это хроническое дисфункциональное расстройство вестибулярной системы и центральной нервной системы (ЦНС), которое характеризуется стойким ощущением головокружения и/или неустойчивостью во время движения и продолжается 3 мес. и более.

Диагностические критерии ППГ:

1. Постоянное ощущение покачивания или шаткости и/или не вращательного головокружения, длящееся не менее 3 мес., иногда ежедневное:

- симптомы сохраняются часами, но могут колебаться по степени выраженности;
- симптомы необязательно присутствуют постоянно.

2. Ощущение головокружения появляется без специфических провоцирующих факторов, но может усугубляться тремя факторами: при переходе в вертикальное положение; активными и пассивными движениями, а также под воздействием зрительной стимуляции (мелькание предметов вокруг, движущиеся объекты).

3. Заболевание провоцируется неврологическим, соматическим или психогенным расстройством, проявляющимся вестибулярным головокружением, расстройствами равновесия или ощущением неустойчивости. Провоцирующие ППГ расстройства могут возникать остро, рецидивировать или персистировать:

- если заболевание провоцируется острым или рецидивирующим расстройством, то в дебюте проявления ППГ могут также носить эпизодический характер, становясь постоянными лишь со временем;
- если заболевание изначально возникает как результат хронического расстройства, то проявления ППГ сразу воспринимаются как хронические; со временем они прогрессируют и усугубляются.

4. Симптомы заболевания значимо ухудшают качество жизни больного и становятся причиной хронического стресса.

5. Симптомы не могут быть объяснены другими заболеваниями.

Персистирующее постурально-перцептивное головокружение: современные подходы к диагностике и лечению, Антоненко Л. М., Застенская Е.Н.

Стадии развития психогенного головокружения (ППГ):

Персистирующее постурально-перцептивное головокружение определяют как функциональное вестибулярное расстройство. Отдельной классификации, посвящённой ППГ, не существует, поэтому тяжесть симптомов часто оценивают на индивидуальной основе с помощью различных шкал и опросников.

Условно можно говорить о 2 фазах течения расстройства:

1. Начальная фаза. Может начаться после острого вестибулярного нарушения и длится до 3 месяцев (за это время поражённый орган или система постепенно восстанавливаются). Пациенты испытывают головокружение, которое обычно усиливается при движении, изменении положения тела, ходьбе или в сложных

визуальных средах. На этом этапе может быть установлен диагноз «вероятное ППГ», так как восстановление после причинной болезни ещё не завершилось (вместе с его окончанием головокружение может прекратиться). Правильное понимание пациентом причин головокружения, грамотная вестибулярная реабилитация и, при необходимости, адекватное медикаментозное лечение могут могут предотвратить хронизацию симптомов ППГ, т. е. предупредить развитие ППГ в целом.

2. Хроническая фаза. Симптомы сохраняются более 3 месяцев и не связаны с каким-либо видимым органическим поражением. Головокружение становится постоянным, но его интенсивность колеблется. Симптомы могут усиливаться в ситуациях, вызывающих тревогу, или при определённых движениях.

Также ППГ классифицируют по тяжести симптомов: от лёгкого до тяжелого, при котором пациент не может заниматься даже повседневные делами.

Лечение ППГ

Лечение пациентов с ППГ требует комплексного подхода. Для медикаментозной терапии психогенного головокружения могут использоваться антидепрессанты: ингибиторы обратного захвата серотонина или серотонина и норадреналина, три- или тетрациклические антидепрессанты. Препараты этих групп следует принимать длительно, средняя продолжительность курса лечения составляет 3-6 мес. Триггерами развития ППГ могут служить сосудистые заболевания головного мозга. При головокружении на фоне сосудистых поражений головного мозга эффективен стандартизированный экстракт Ginkgo biloba (Танакан), содержащий ряд различных веществ, в частности флавоноиды и терпеноиды, которые обладают нейропротективными и вазоактивными свойствами. Препарат способствует улучшению настроения, предотвращению дефицита памяти, а также уменьшению выраженности головокружения и неустойчивости как периферического, так и центрального генеза. Механизм действия Танакана связывают с повышением выработки NO в кровеносных сосудах, что приводит к улучшению как периферического, так и центрального кровотока в сосудах небольшого калибра. Препарат модулирует различные нейротрансмиттерные системы: он является мощным ингибитором моноаминоксидазы А, а также обратного захвата дофамина и норадреналина. Кроме того, экстракт Ginkgo biloba обладает стабилизирующим и протективным эффектом в отношении функции митохондрий. Показано благоприятное

влияние этого препарата на поведенческие и психологические аспекты, включая тревогу и депрессию. Доказан дозозависимый специфичный анксиолитический эффект Танакана у пациентов с генерализованным тревожным расстройством, что важно при лечении как вестибулярного головокружения, так и ППГ. Для лечения больных с ППГ эффективны селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС) и селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина (СИОЗСН) при продолжительном (8—12 мес.) приеме.

Вестибулярная реабилитация является неотъемлемым компонентом лечения больных с ППГ. Ежедневные упражнения способствуют улучшению регуляции равновесия и баланса тела, а также снижают уровень тревоги и депрессии. Бензодиазепины не являются средством выбора лечения ППГ ввиду того, что могут вызывать сонливость, нарушение координации движений и увеличивать риск падения, особенно у пожилых пациентов.

Необходимо отметить важность активного участия пациента в процессе лечения. К нелекарственным способам коррекции ППГ относятся психотерапевтические методы. Пациента информируют о характере его заболевания, что позволяет ему преодолеть страх перед возможным тяжелым органическим заболеванием. Эффективна когнитивно-поведенческая терапия, которая направлена на коррекцию мыслительных искажений тревожно-депрессивной природы. Методика психической десенсибилизации способствует изменению избегающего поведения: пациент должен сознательно стремиться побороть страх перед головокружением, целенаправленно посещая места, которые провоцируют головокружение.

Положительный эффект продемонстрировало сочетание психотерапии с методиками вестибулярной реабилитации на стабилографической платформе с биологической обратной связью (БОС). Данные постурографии свидетельствуют о трудностях постурального контроля при множественных сенсорных стимулах у пациентов с ППД, что указывает на нарушение адаптивных реакций системы поддержания равновесия у данной категории больных. Программы реабилитации на стабилографической платформе с БОС включают в себя упражнения на габитуацию и адаптацию. В результате происходит редукция патологических реакций вестибулярной системы, формируются новые операционные модели поддержания устойчивости. Большую роль также играет самостоятельное регулярное выполнение пациентами упражнений для тренировки равновесия, поскольку они дают уверенность

в своих силах и способствуют редукции патологических реакций. Е.Н. Застенская и Л.М. Антоненко при проведении исследования эффективности терапии ППГ, показали более значимую эффективность комбинированной терапии, состоящей из рациональной и когнитивно-поведенческой терапии, вестибулярной реабилитации и назначения СИОЗС. В исследовании пациенты получали комплексное лечение ППГ, включавшее рациональную психотерапию, СИОЗС, противотревожные средства, вестибулярную гимнастику [6].

Поскольку ППГ не всегда может быть связано с поражением вестибулярного аппарата, то имеет смысл обратиться к концепции J. Staab и соавт., в которой отмечено влияние тревоги на постуральный контроль, двигательную координацию и регуляцию взора. Рассмотрим это более подробно.

Берштейн Н.А. в своем «Очерке по физиологии движений и физиологии активностей» отмечает, что постуральный контроль и равновесие всего тела связаны с работой стабилизаторов, т.е. глубокой мускулатуры. Кроме того, сложные движения (ходьба, например) предполагают слаженную работу всех уровней построения координации:

- рубро-спинальный уровень (красное ядро и ядра спинного мозга) в кооперации с мозжечком отвечает за динамическое распределение тонуса, реципрокную иннервацию и вестибулярную регулировку равновесия.

- таламопаллидарный уровень обеспечивает тотальную синергию ходьбы, включающей в ритмизированной последовательности почти всю скелетную мускулатуру тела (уровень проприоцепции).

- стриальный уровень приспосабливает предыдущий уровень к реальным условиям движения. Например, неровности поверхности, наклон, ступени.

- пирамидальный подуровень обеспечивает целевой характер этого реального акта передвижения.

В этом же очерке мы находим утверждение о том, что правильная координация и соответствие двигательного результата с намерением возможны только при условии, что центральная нервная система будет располагать постоянной информацией о том, что происходит с телом и строить свои эффекторные импульсы в точной зависимости от изменения этой информации. Информация такого рода обеспечивается, прежде всего, проприоцептивной системой.

Со всеми этими апектами хорошо работает система пилатес, которая в последние

десятилетия совершила качественный скачок в методике, обрела научную базу на основании современных знаний о функционировании тела человека, а также вобрала в себя многое из учения Моше Фельденкрайза, который уделил большое внимание влиянию движения глаз на движения тела.

Базовый уровень системы пилатес предполагает развитие проприоцепции, путем выведения на сознательный уровень движения суставов, костей, работы мышц, тем самым улучшая контроль за движением. Следующий уровень еще больше развивает двигательный контроль, предполагают углубленную работу с балансом и координацией, включает в себя многосуставную работу. Таким образом, возможна коррекция двигательных паттернов, так называемая «перезапись» сложившихся в нервной системе схем движения. Для этого необходимо показать мозгу другие варианты движения, научиться их контролировать и, постепенно повышая сложность и уровень интеграции, снова перевести на уровень автоматизма. За счет этого повышается адаптивность двигательной функции, что затрагивает и способность поддерживать равновесие.

Наконец, поскольку пилатес основан на холистическом подходе, он не работает с отдельными зонами, его целью является вовлечение в движение всего тела целиком, интеграция тела в единую функциональную систему. И задача последнего уровня – выполнение сложных амплитудных движений на основании уже усвоенных двигательных навыков, которые по большей части должны снова перейти в автоматизмы, но уже на новом качественном уровне. Кроме того, все уровни предполагают работу с паттерном ходьбы как базовым для формирования биомеханики человека. Также, очень широко используются дыхательные практики, особенно на первом уровне, что способствует не только вовлечение в работу дыхательной мускулатуры, но и расслаблению, релаксации, снижению тревоги и беспокойства.

Выводы

Акцентирование внимания на движении не случайно. Как видно из первой части исследования, ППГ, чаще всего, связано с выполнением повседневных задач и проявляется, в том числе, во время действий, связанных с движением. Это можно сказать о всей жизни человека как биологического механизма, сформированного эволюцией и предназначенного для движения. Огромная часть мозга занимается двигательными функциями, а равновесие и вестибулярный аппарат нужен этому

механизму именно для реализации этих функций.

Поэтому так важно использовать для лечения ППГ именно комплексный подход, а не только медикаментозный, к которому тяготеет современная медицина. Психотерапия очень органично сочетается с физическими упражнениями, что наглядно показывает эффективность телесно-ориентированнного подхода.

Список литературы

1. Staab J. P. Persistent Postural-Perceptual Dizziness: Review and Update on Key Mechanisms of the Most Common Functional Neuro-otologic Disorder // Neurol Clin. — 2023. — № 4. — P. 647–664.
2. Yagi C., Morita Y., Kitazawa M., Nonomura Y. et al. A Validated Questionnaire to Assess the Severity of Persistent Postural-Perceptual Dizziness (PPPD): The Niigata PPPD Questionnaire (NPQ) // Otol Neurotol. — 2019. — № 7. — P. e747–e752.
3. Толмачева В. А. Причины головокружения //Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2010. – №. 4. – С. 18-24.
4. Есин Р.Г., Хайруллин И.Х., Мухаметова Э.Р., Есин О.Р. Персистирующее постурально-перцептивное головокружение. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2017;117(4):28-33.
5. Кунельская Н.Л., Байбакова Е.В., Заоева З.О. Психогенное головокружение. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2019;119(10):89-93.
6. Застенская Е.Н., Антоненко Л.М. Персистирующее постуральное перцептивное головокружение и коморбидные нарушения: современные подходы к диагностике и лечению. Эффективная фармакотерапия. 2022; 18 (43): 38–44.
7. Антоненко Л. М. Персистирующее постурально-перцептивное головокружение: современные подходы к диагностике и лечению // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. — 2019. — № 4.
8. Гусева А. Л., Пальчун В. Т. Хроническое головокружение: подходы к диагностике и лечению // Журнал неврологии и психиатрии имени С. С. Корсакова. — 2020..
9. Вавилова А. А., Кочергин Г. А. К вопросу о вестибулотоксическом действии антибиотиков-аминогликозидов // РМЖ. — 2017. — № 6.
10. Кунельская Н. Л., Байбакова Е. В., Заоева З. О. Психогенное головокружение // Журнал неврологии и психиатрии имени С. С. Корсакова. — 2019. — № 10.

11. Jacobson G. P., Newman C. W. The development of the Dizziness Handicap Inventory // Arch Otolaryngol Head Neck Surg. — 1990. — № 4. — P. 424–427.
12. Шаповалова М.В., Замерград М.В. Персистирующее постуральное перцептивное головокружение в пожилом возрасте. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Спецвыпуски. 2019; 119(9-2): 5–9. [Shapovalova M.V. Persistent postural perceptual dizziness of the elderly. S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry = Zhurnal Nevrologii i Psikhiatrii im. S.S. Korsakova. 2019; 119(9-2): 5–9. (in Russian)

©Ошкордина А.А., Зильберберг, Н.В., Пазина М.В.

УДК 331.44

ОСОБЕННОСТИ ФИНАНСИРОВАНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ В СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Ошкордина А. А.[1], Зильберберг Н.В.[1], Пазина М.В.[1]

[1]ФБГУ ВО «Уральский государственный экономический университет», кафедра экономики социальной сферы

Резюме. Сфера здравоохранения, являясь ключевым элементом социальной инфраструктуры государства, требует устойчивого функционирования для обеспечения общественного здоровья и национальной безопасности, что обусловливает высокий уровень актуальности тематики представленного научного исследования. В статье авторами рассмотрены теоретико-методические подходы современной системы финансирования медицинских учреждений государственной собственности в условиях турбулентности экономического развития страны. Выявлены специфические особенности формирования финансовых источников в системе консолидированного финансирования медицинских учреждений.

Ключевые слова: здравоохранение, финансирование, доходы, структура, источники, медицинское учреждение

FEATURES OF FINANCING SPECIALIZED MEDICAL ORGANIZATIONS IN THE SVERDLOVSK REGION

Oshkordina A.A.[1], Zilberberg N.V.[1], Pazina M.V.[1]

[1]Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "Ural State Economic University", Department of Social Sphere Economics

Summary. The healthcare sector, being a key element of the state's social infrastructure, requires sustainable functioning to ensure public health and national security, which determines the high level of relevance of the topic of the presented scientific research. In this article, the authors examine the theoretical and methodological approaches to the modern system of financing state-owned medical institutions in the context of turbulent economic development of the country. Specific features of the formation of financial sources in the system of consolidated financing of medical institutions were identified.

Keywords: healthcare, financing, income, structure, sources, medical institution

Введение

Высокая актуальность темы исследования обусловлена высоким уровнем волатильности во всех сферах социально-экономической деятельности, в том числе и в организациях здравоохранения, что предполагает мгновенное реагирование и адаптацию со стороны всех уровней управления здравоохранением в принятии управленческих решений. Кроме того, вопросы финансирования социально значимых отраслей народного хозяйства во всех странах и в любые периоды времени являются ключевыми факторами их развития. Таким образом, особенности и проблемы финансирования были и в дальнейшем будут являться актуальными и значимыми, особенно в периоды глобальных политических, климатических, экономических и социальных изменений в обществе.

Переход на одноканальное финансирование через систему обязательного медицинского страхования (ОМС), внедрение подушевых нормативов и эффективных контрактов кардинально изменили подходы к управлению финансовыми потоками медицинских учреждений [1]. Финансирование перестает быть просто сметным обеспечением расходов, а становится активным фактором, определяющим возможности развития медицинской организации [2]. От того, насколько эффективно учреждение управляет своими доходами и расходами, привлекает внебюджетные источники и оптимизирует использование ресурсов, зависит его способность к модернизации материально-технической базы, внедрению инновационных методов лечебно-диагностического процесса и, как следствие, достижению целей устойчивого развития медицинской организации в будущих периодах времени.

Цель работы

Цель заключается в выявлении изменений в динамике и структуре финансовых источников специализированной медицинской организации для формирования эффективных направлений в их использовании.

Материалы и методы

Материалами и исследовательской базой послужили труды отечественных экономистов и ученых в области организации и управления здравоохранения. Эмпирической базой исследования послужили отчетно-учетные источники внутриучрежденческой документации специализированного медицинского учреждения Свердловской области. При обработке и систематизации информационно-аналитического материала использовались методы группировки, детализации и методы экономического и статистического анализа.

Результаты и обсуждение

Теоретические и методологические аспекты финансирования учреждений здравоохранения нашли отражение в трудах таких ученых, как Исаевой П.Г., Умамовой Л.А.[3], Филиной М. А., Оруджевой С. А. [4], Градобоева [5], Стародубова В.И. с группой единомышленников [6], Кадырова Ф. Н. с коллегами [7] и др. Вышеперечисленные авторы отражают особенности многоканальной системы финансового обеспечения медицинских организаций, которая имеет как свои положительные, так и отрицательные моменты, отмечая при этом важность применения экономических инструментов в оценке динамики и структуры изменения их показателей. Вместе с тем, Дашибылов С.В. выделяет фактор многоканальности источников финансирования в качестве основного недостатка существующей модели финансирования государственного здравоохранения Российской Федерации на текущий момент времени [8]. Таким образом, существующая система финансирования медицинских государственных учреждений не совершенна и имеет как свои положительные, так и отрицательные стороны. Кроме того, в зависимости от типа и вида оказываемой медицинской помощи, а также технологического уровня оснащенности и сложности курации структура доходов и методические подходы их формирования могут значительно разниться в силу видов и способов оплаты за оказываемые объемы медицинской помощи.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Свердловской области «Уральский научно-исследовательский институт дерматовенерологии и иммунопатологии» (УрНИИДВиИ) является специализированным медицинским учреждением, предоставляющим широкий спектр медицинской помощи как в рамках государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи населению РФ, так и на платной основе. История развития медицинского учреждения свидетельствует масштабированном векторе развития учреждения с момента его основания в начале 30-х годов прошлого столетия. Так, из созданного кожно-венерологического института в начале 20 века учреждение расширило свою профессиональную, научную и образовательную деятельность.

Таблица 1. Динамика изменения структуры источников и объемов финансирования УрНИИДВиИ

	Всего	**ОМС, (%)**	**Бюджет, (%)**	**Внебюджет, (%)**
2017	100%	67,1	13,5	19,4
2018	100%	65,3	15,6	19,1
2019	100%	63,6	14,4	22,0
2020	100%	57,3	17,5	25,2
2021	100%	55,4	15,5	29,1
2022	100%	54,8	17,5	27,7
2023	100%	57,9	15,1	27,0
2024	100%	58,9	15,0	26,1
2025	100%	56,5	13,5	30,0

Как свидетельствуют данные табл. 1, существенных кардинальных изменений, носящих глобальный характер, который влияет на изменение принципов финансово-хозяйственной деятельности медицинского учреждения не выявлено. Вместе с тем, необходимо отразить увеличение объемов внебюджетной деятельности в пределах 10%. Так, на протяжении анализируемого периода времени доля средств ОМС в общем объеме консолидированного бюджета медицинского учреждения ежегодно планомерно снижалась в пределах 1% и в 2025 году показала снижение на 10,6% (в 2017 году доля средств составляла 67,1% в общей структуре доходов, а в 2025 году — 56,5%), в то время как собственные источники учреждения, сформированные от

иной приносящей доход деятельности, показали планомерный рост в общем объеме финансовых средств и составили за анализируемый период увеличение 10,5%. Другими словами, можно констатировать некое смещение в структуре финансирования медицинского учреждения с системы ОМС на внебюджетную деятельность, что свидетельствует о расширении спектра и объема оказания услуг на коммерческой основе. Бюджетное финансирование за данный анализируемый период времени не претерпело существенных изменений.

Безусловно, для более полного и всестороннего анализа необходимо анализировать динамику изменения объемов финансирования медицинского учреждения и в абсолютных значениях. Так, в соответствии с официальной статистикой финансово-хозяйственной деятельности медицинского учреждения, объем доходов в 2025 году превысил доходы 2017 года более, чем в 2 раза. Необходимо отметить доминирующий фактор увеличения объемов финансирования, который сопряжен с увеличением потребительских цен на многие товары и услуги в стране за анализируемый период времени более, чем в 3-4 раза, что объяснимо влиянием инфляционных процессов в стране в силу общественно-политических изменений глобального характера в мировой экономике.

Выводы

Таким образом, эффективность финансового механизма, включающего оптимального сочетания источников дохода, рациональную структуру расходов и наличие внутренних резервов для инвестирования в развитие внебюджетной деятельности медицинского учреждения, напрямую влияет на способность организации адаптироваться к внешним вызовам, модернизировать материально-техническую базу и достигать конечных социально-медицинских результатов.

Список литературы

1. Улумбекова Г.Э., Альвианская Н.В. Финансирование системы здравоохранения в РФ: динамика, прогнозы, сравнение с другими странами // ОРГЗДРАВ: Новости, Мнения, Обучение. ВЕСТНИК ВШОУЗ. – 2021. – Т. 7. – № 3(25). – С. 36-47. DOI: 10.33029/2411-8621-2021-7-3-36-47 URL: https://cyberleninka.ru/article/n/finansirovanie-sistemy-zdravoohraneniya-rf-dinamika-prognozy-sravnenie-s-razvitymi-stranami/viewer (дата обращения: 15.03.2026)

2. Гончарова Н.А., Ошкордина А.А. Роль финансового планирования в обеспечении долгосрочной стабильности компании // Глобальный научный потенциал. – 2025. - № 3-1 (168). – С. 226- 229. URL: https://elibrary.ru/download/elibrary_82305119_77080819.pdf (дата обращения: 15.04.2026)
3. Исаева П.Г., Умамова Л.А. Особенности зарубежных моделей финансирования здравоохранения. // Экономика и предпринимательство. - 2021. - №5 (130). - с. 1245 -1249. URL: https://elibrary.ru/item.asp?id=46178890 (дата обращения: 15.03.2026)
4. Филина М.А., Оруджева С.А. Особенности финансирования учреждений здравоохранения на современном этапе. // Региональные проблемы преобразования экономики. 2023. № 7 (153). С. 26-32. DOI: 10.26726/1812-7096-2023-7-26-32 URL: https://elibrary.ru/item.asp?id=54404140 (дата обращения 15.03.2026).
5. Градобоев Е.В. Методологические особенности формирования модели финансирования здравоохранения. // Baikal Research Journal. 2021. Т. 12. № 2. DOI: 10.17150/2411-6262.2021.12(2).6 URL: https://elibrary.ru/item.asp?id=46331591 (дата обращения: 11.03.2026)
6. Стародубов В. И., Перхов В. И., Нефедова Е. В., Колесников С. И. Финансирование медицинской науки России в рамках государственных программ // Acta Biomedica Scientifica. – 2016. – № 1 С. 39-44. DOI: 10.12737/20613 URL: https://www.actabiomedica.ru/jour/article/view/168 (дата обращения: 20.04.2026)
7. Кадыров Ф. Н., Обухова О. В., Брутова А. С. Финансирование здравоохранения в 2017 году – очередной парадокс: средств стало меньше, чем планировалось на 2016 год, но финансовое обеспечение отрасли улучшилось // Менеджер здравоохранения. – 2017. - №1. – С. 61-74. URL: https://cyberleninka.ru/article/n/finansirovanie-zdravoohraneniya-v-2017-godu-ocherednoy-paradoks-sredstv-stalo-menshe-chem-planirovalos-na-2016-god-no-finansovoe/viewer (дата обращения: 18.04.2026)
8. Дашибылов С.В. Особенности финансирования здравоохранения Российской Федерации. //Молодой ученый. 2020. № 29 (319). С. 218-222. URL: https://elibrary.ru/item.asp?id=43187832 (дата обращения: 115.03.2026)

©Борзунов И.В., Зильберберг, Н.В., Пазина М.В.

УДК 331.44

ФАКТОРЫ ПОВЫШЕНИЯ КОНКУРЕНТОСПОСОБНОСТИ МЕДИЦИНСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

Борзунов И.В.[1,2], Зильберберг Н.В.[1], Пазина М.В.[1]

[1]Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Уральский государственный экономический университет» г. Екатеринбург, Россия

[2]Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Уральский государственный медицинский университет» г. Екатеринбург, Россия

Резюме. Авторами в статье рассмотрены отдельные аспекты финансово-хозяйственной деятельности в рамках предоставления платных услуг как медицинского, так и немедицинского характера. На основании анализа внутриучрежденческой информации медицинского учреждения государственной формы собственности выявлены основные направления внебюджетной деятельности, прямо пропорционально влияющие на формирование конкурентных преимуществ учреждения здравоохранения. В рамках анализа изменения динамики структуры источников финансовых средств, полученных посредством предпринимательской деятельности определен вектор развития учреждения и сформулированы авторские выводы по вопросам повышения конкурентоспособности медицинского учреждения в современных социально-экономических условиях.

Ключевые слова: здравоохранение, рынок, конкурентоспособность, медицинские, образовательные услуги, факторы, эффективность.

FACTORS TO INCREASE THE COMPETITIVENESS OF A MEDICAL INSTITUTION

Borzunov I.V.[1,2], Zilberberg N.V.[1], Pazina M.V.[1]

[1]Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "Ural State University of Economics" Yekaterinburg, Russia

[2]Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "Ural State Medical University" Yekaterinburg, Russia

Summary. In this article, the authors examine certain aspects of financial and economic activities within the framework of providing paid services of both medical and non-medical nature. Based on the analysis of internal information of a state-owned medical institution, the main areas of extra-budgetary activities have been identified that directly influence the formation of competitive advantages of a healthcare institution. As part of the analysis of changes in the dynamics of the structure of sources of financial resources obtained through entrepreneurial activity, the vector of development of the institution was determined and the author's conclusions were formulated on issues of increasing the competitiveness of a medical institution in modern socio-economic conditions.

Keywords: healthcare, market, competitiveness, medical and educational services, factors, efficiency.

Введение

Вопросы конкурентоспособности стали рассматриваться с середины 18 столетия А. Смитом, который определял конкурентоспособность как соперничество между продавцами, которые стремиться контролировать рынок путем изменения цен [1]. Необходимо отметить, что на протяжении более 250 лет данные вопросы не потеряли своей высокой значимости, причем во всех отраслях и подорвался народного хозяйства. Так, актуальность темы исследования обусловлена процессами коммерциализации системы здравоохранения Российской Федерации, в условиях которой необходимо медицинским учреждениям и организациям функционировать по законам и закономерностям рыночной экономики. Данный тезис справедлив для всех организаций и учреждений здравоохранения, оказывающих медицинские и немедицинские услуги на платной основе вне зависимости от организационно-правовой формы, формы собственности, системы финансирования и многих других факторов внешней и внутренней среды. Таким образом, в современных социально-экономических условиях развития здравоохранения особую актуальность носят исследования в области поиска инновационных методов расширения коммерческой деятельности учреждений здравоохранения государственной формы собственности, так как именно эти источники финансирования формируют собственные средства учреждения, позволяющие решать насущные проблемы организационно-управленческого, производственного и социального характера.

Цель работы

Целью данного исследования является поиск путей и методов диверсификации коммерческой деятельности медицинского учреждения государственной формы собственности.

Материалы и методы

Материалами и исследовательской базой послужили труды отечественных ученых, экономистов и маркетологов, ориентирующих свои профессиональные исследовательские на вопросы повышения конкурентоспособности и повышения экономической эффективности учреждений и организаций здравоохранения в современных социально-экономических условиях развития экономики и общества. В качестве эмпирической базы исследования взяты учетно-отчетные внутриучрежденческие документы медицинского учреждения государственной формы собственности. При обработке и систематизации информационно-аналитического материала использовались методы группировки, детализации и методы экономического и статистического анализа.

Результаты и обсуждение

В условиях формирования рынка медицинских услуг и конкурентной среды появляется необходимость аналитической деятельности внутри учреждений здравоохранения государственной собственности, расширяя при этом спектр медицинских услуг на платной основе. Вопросам повышения конкурентоспособности медицинских организаций посвящены работы отечественных ученых: Стародубова В.И., Кадырова Ф.Н., Чичилова А.М., Кобяковой А.С. [2], Абаевой С.К., Кокаевой Д.А. [3], Герасимовой С.В. [4], Макущенко Л.В. [5-7] и многие другие ученые и специалисты в области организации и управления здравоохранением, которые в своих работах отражали высокую значимость повышения уровня соперничества между медицинскими организациями в борьбе за расширение клиентской базы при оказании медицинских услуг на платной основе. При этом отводится особая роль повышению качества и условий предоставления медицинской помощи потребителю, что непосредственно влияет на качество жизни населения, не смотря на коммерческую составляющую в реализации медицинских услуг на платной основе. Таким образом, поиск новых форм и методов повышения конкурентоспособности медицинского учреждения государственной формы собственности позволяет увеличивать уровень

доходов, сформированных за счет источников предпринимательской деятельности, повышая при этом уровень и качество оказываемых услуг медицинского и немедицинского характера.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Свердловской области «Уральский научно-исследовательский институт дерматовенерологии и иммунопатологии» (УрНИИДВиИ) является специализированным медицинским учреждением, предоставляющим широкий спектр медицинской помощи как в рамках государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи населению РФ, так и на платной основе. Необходимо учесть научно-исследовательскую направленность учреждения, в рамках которой осуществляется учебно-образовательная деятельность в целях повышения уровня распространенности и передачи опыта и инновационных форм, и методов лечебно-диагностического процесса организациям здравоохранения других территорий.

В структуре консолидированного бюджета учреждения доходы от предоставления коммерческих услуг как медицинского, так и немедицинского характера в рамках девятилетнего периода времени увеличились более, чем на 10%. Так, в 2017 году доля внебюджетных источников составляла 19,4% в общем объеме финансирования в то время, как в 2025 году данный показатель составил 30%. Более детальный анализ внебюджетных источников финансирования позволит выявить более перспективные направления развития коммерческой деятельности медицинского учреждения.

Таблица 1. Динамика изменения структуры внебюджетных источников финансирования УрНИИДВиИ (%)

Год	Всего	Медицинские услуги	Образование	Научная деятельность
2017	100	75	11	14
2018	100	68	19	13
2019	100	60	27	13
2020	100	54	29	17
2021	100	61	28	11
2022	100	59	27	14
2023	100	56	27	17
2024	100	50	30	20
2025	100	56	33	11

Источники: составлено авторами

Как свидетельствуют данные табл. 1, структура внебюджетных источников претерпела существенные изменения. Так, объем финансовых средств за счет реализации медицинских услуг в общем объеме финансовых результатов от предпринимательской деятельности снизилась практически на 20% в пользу образовательных услуг, которые в 2025 году достигли 33% доли. По сравнению с 2017 годом реализация образовательных услуг в учреждении увеличилась практически в 3 раза (в 2017 г. – 11%, в 2025 г. – 33%), что свидетельствует о расширении спектра программ обучающего характера, на который уверенно увеличивается спрос специалистов в области дерматовенерологии.

Кроме того, необходимо помнить о социальной значимости функционирования медицинских учреждений в рамках реализации государственного заказа по предоставлению медицинской помощи на бесплатной основе населению региона, что значительно может ограничивать расширения видов медицинской помощи на коммерческой основе [6]. Вместе с тем, обращает на себя внимание варьирование примерно в одних и тех же пределах доходы от реализации результатов научно-исследовательской деятельности, что в свою очередь может свидетельствовать о стабильном характере разработки новых методов и форм лечебно-диагностического процесса в области дерматовенерологии.

Выводы:

Таким образом, исходя из детального анализа представленных данных структуры внебюджетных источников финансирования УрНИИДВиИ, можно определить дальнейший вектор повышения конкурентоспособности учреждения за счет расширения объемов реализации образовательных программ на коммерческой основе. Вместе с тем, необходимо отразить важную составляющую научно-исследовательской деятельности в учреждении, которая позволяет расширить спектр инновационных медицинских услуг, реализуемых на платной основе, так увеличить количество образовательных программ. Кроме того, необходимо забывать, что именно за счет внедрения инновационных разработок лечебно-диагностического процесса в области дерматовенерологии формируется так называемый «бренд» учреждения, определяющий определенный уровень лидерства в данном направлении предоставления медицинской помощи населению. Причем, в борьбе за конкурентное

лидерство и преимущество на рынке медицинских услуг предполагается и повышение качественных и количественных характеристик предоставления медицинской помощи населению России.

Список литературы

1. Омаров И. Т., Ешмагамбетов О.К. Актуальные вопросы повышения конкурентоспособности в здравоохранении // Исследования молодых ученых: материалы LXXXIII Междунар. науч. конф. (г. Казань, май 2024 г.). — Казань: Молодой ученый, 2024. — С. 38-44. — URL: https://moluch.ru/conf/stud/archive/517/18533 (дата обращения 15.04.2026)
2. Стародубов В.И., Кадыров Ф.Н., Чичилов А.Н., Кобякова А.С. Новые правила предоставления платных медицинских услуг: обзор и оценка основных новшеств. // Менеджер здравоохранения. - 2023. - №5. - С. 4-12. DOI:10.21045/1811-0185-2023-5-4-12 URL: https://www.elibrary.ru/item.asp?id=54123638 (дата обращения: 15.04.2026)
3. Абаева С.К., Кокаева Д.А. Роль маркетинга в развитии конкурентоспособности предприятий, предоставляющих медицинские услуги в республике Северная Осетия-Алания. // Гуманитарные и социально-экономические науки. 2022. - №5(126). – С. 33 – 35. URL: https://elibrary.ru/item.asp?id=49771195 (дата обращения: 15.04.2026)
4. Герасимова С.В. Ситуационный анализ конкурентоспособности спроса на рынке медицинских услуг. // Экономические науки. 2025. № 246. С. 157-162. DOI: 10.14451/1.246.157 URL: https://elibrary.ru/item.asp?id=82946030 (дата обращения: 15.04.2026)
5. Макущенко Л.В. Формирование конкурентных преимуществ в сфере здравоохранения республики Беларусь на инновационной основе. // Вестник Полоцкого государственного университета. 2011. - № 5. – С. 29-35. URL: https://elibrary.ru/item.asp?id=24275931 (дата обращения: 17.04.2026)
6. Гончарова Н.А., Ошкордина А.А., Хаитова А.И. Успех в современном бизнесе: эволюция и современные тенденции менеджмента. // Наука и бизнес: пути развития. 2025. № 6 (168). С. 149-151. URL: https://www.elibrary.ru/item.asp?id=82798178 (дата обращения: 17.04.2026)

7. Анисимова А.О., Рычкова Л.В. Факторы риска хронических неинфекционных заболеваний у детей и подростков. //Уральский медицинский журнал. 2025. №5. С. 133-148.

© Мустафина О.В., Федосеева О.Б., Борзунова Н.С.

УДК 614.2:338.2:61

КОНЦЕПТУАЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ УЧЕТНО-АНАЛИТИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ДОХОДОВ И РАСХОДОВ ЧАСТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ

Мустафина О.В.[1,2], Федосеева О.Б.[3], Борзунова Н.С.[4]

[1]Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Уральский государственный экономический университет» г. Екатеринбург, Россия

[2]Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Уральский федеральный университет имени первого Президента России Б.Н. Ельцина»

[3]Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения

[4]Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Уральский государственный медицинский университет» г. Екатеринбург, Россия

Резюме. В статье представлены результаты теоретического исследования по вопросам учетно-аналитического обеспечения доходов и расходов частных медицинских организаций. На современном этапе экономического развития возникает необходимость разработки научно-обоснованных положений, которые способствуют формированию достоверной информации о доходах и расходах частных медицинских организаций.

Ключевые слова: частная медицинская организация, учетно-аналитическое обеспечение (УАО), доходы, расходы, учет, анализ.

CONCEPTUAL PROVISIONS FOR ACCOUNTING AND ANALYTICAL SUPPORT OF REVENUES AND EXPENSES OF PRIVATE MEDICAL ORGANIZATIONS

Mustafina O.V.[1,2] Fedoseeva O.B.[3], Borzunova N.S.[4]

[1]Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "Ural State University of Economics" Yekaterinburg, Russia

[2]Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education Ural Federal University named after the First President of Russia B. N. Yeltsin

[3]Federal Service for Healthcare Supervision

[4]Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "Ural State Medical University" Yekaterinburg, Russia

Resume. The article presents the results of a theoretical study on accounting and analytical support of income and expenses of private medical organizations. At the present stage of economic development, there is a need to develop scientifically sound provisions that contribute to the formation of reliable information about the income and expenses of private medical organizations.

Keywords: private medical organization, accounting and analytical support, income, expenses, accounting, analysis.

Введение

Актуальность темы представленного исследования определяется ролью и значением частных медицинских организаций в экономике России. Вне зависимости от региона России частные медицинские организации являются важнейшей составляющей уровня жизни населения территории. В Свердловской области, частные медицинские организации играют важную роль в системе здравоохранения, дополняя и усиливая государственную систему, а также выполняя ряд ключевых функций в обеспечении доступности и качества медицинской помощи. Так, при участии в системе обязательного медицинского страхования (ОМС) частные медицинские организации Свердловской области предоставляют медицинскую помощь в рамках программы ОМС (в перечень доступных услуг входят амбулаторное лечение, стационарная помощь, медицинская реабилитация, неотложная помощь, различные виды диагностики, специализированная и высокотехнологичная медицинская помощь).

Предмет исследования является совокупность теоретических методологических положений по вопросам организационно-методического сопровождения УАО доходов и расходов частных медицинских организаций.

Объект исследования – совокупность профессиональных лечебно-профилактических действий частных медицинских организаций, направленных на сохранение, поддержание и восстановление здоровья пациента, потребляемых в процессе оказания возмездной услуги и учетно-аналитические процессы, характеризующие формирование и обобщение информации о доходах и расходах частных медицинских организаций.

Рабочая гипотеза состоит в необходимости развития положений УАО доходов и расходов частных медицинских организаций в современных условиях хозяйствования (во внимание приняты нововведения практики учетно-аналитической работы).

Несмотря на массив имеющих теоретических положений по заявленной теме не выработаны согласованные позиции в отношении УАО доходов и расходов частных медицинских организаций.

Цель работы

Цель исследования заключается в разработке научно обоснованных концептуальных положений УАО доходов и расходов частных медицинских организаций. Достижение представленной цели обусловило реализацию следующих задач: во-первых, определена роль и значение частных медицинских организаций; во-вторых, исследованы теоретические положения УАО доходов и расходов частных медицинских организаций; в-третьих, разработаны концептуальные положения УАО доходов и расходов частных медицинских организаций.

Материалы и методы

При подготовке представленной публикации использовалась совокупность мыслительных приемов для всестороннего изучения объектов и явлений на теоретическом уровне по заявленной темы исследования.

Результаты и обсуждение

В современных условиях хозяйствования достаточно много вопросов находится в центре внимания ученых теоретиков и практиков, связанных с организацией и ведением УАО доходов и расходов частных медицинских организаций. Необходимо признать, что УАО выступает современным инструментом управления, при помощи которого формируется релевантная информация об основных экономических категориях: доходах и расходах [1-3].

В системе экономической безопасности России медицинские организации — важнейшая составляющая уровня жизни населения. Современные подходы к развитию уровня жизни населения требуют не только перераспределения объемов медицинской помощи, но и пересмотра инфраструктуры здравоохранения. Сегодня инфраструктура должна соответствовать потребностям населения, обеспечивать оказание медицинской помощи в заданных объемах и при этом оставаться эффективной. Одним из наиболее оптимальных способов обеспечения таких требований является развитие частных медицинских организаций. Необходимо отметить, что в Свердловской области

большая доля частных медицинских учреждений. По данным Росстата из 2389 выданных региональным Минздравом медицинских лицензий — 1413 выданы частным медицинским организациям, из 226 медицинских организаций, участвующих в реализации Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Свердловской области на сегодняшний день более 54 частных медицинских организаций [4-6].

Наглядная интерпретация динамики востребованности платных медицинских услуг России продемонстрирована на рисунке 1.

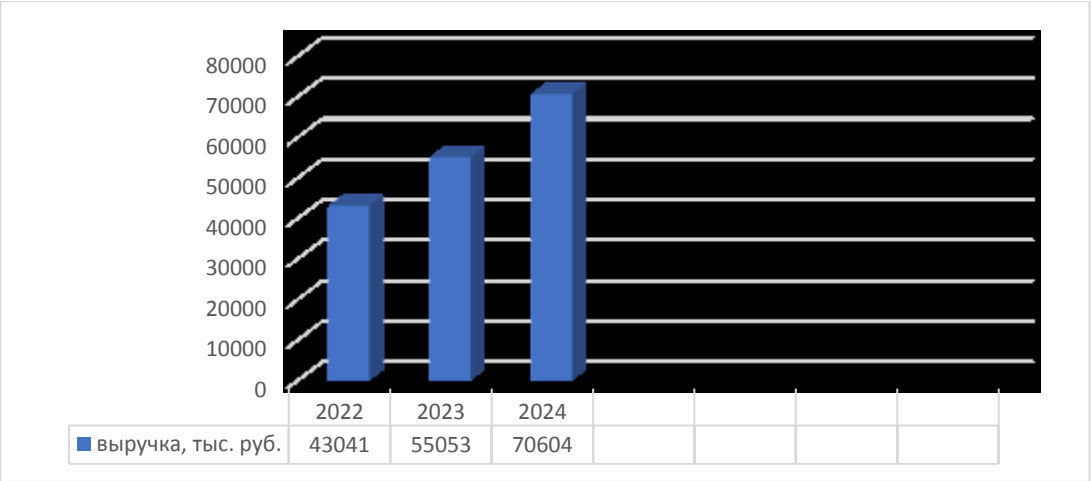


Рисунок 1 – Динамика востребованностии услуг частных медицинских организацийй

Руководители частных медицинских организаций обязаны организовать учетно-аналитическую работу в соответствии с нормами действующего законодательства РФ [8]. На сегодняшний день достаточную популярность приобретает УАО, при этом не выработана единая точка зрения в отношении дефиниции «учетно-аналитическое обеспечение».

Теоретическое исследование дефиниции УАО позволило выделить подходы к трактовке понятия: во-первых, УАО «…система, под которой понимается комплекс взаимодействующих и взаимосвязанных элементов, обеспечивающий процесс непрерывного и целенаправленного сбора, обработки и оценки информации, необходимой для планирования и подготовки эффективных управленческих решений» [7-10] во-вторых, УАО «…процесс целена-правленного и непрерывного подбора соответствующих информативных данных; характеризуется совокупностью внутренних и внешних потоков информации, а также наличием обратной и прямой связи между учетными и аналитическими данными, которые способствуют принятию стратегических управленческих решений» [3], в-третьих, УАО представляет собой

рациональную организацию бухгалтерского учета, которая построена на единой методологии и совокупности приемов, способов и методик сбора, регистрации и обобщения информации об объектах учета и финансово-хозяйственных процессах.

Обобщая вышеизложенные точки зрения авторами определена, трактовка понятия УАО, что заключается в следующем: «УАО – подсистема, которая представляет собой функциональный, комплексный, интегрированный механизм, состоящий из компонентов, способствующих достоверному обеспечению процесса целенаправленного сбора, регистрации, обработки, группировки, систематизации и анализа различной информации о доходах и расходах».

Доходы и расходы частных медицинских организаций, это базовые составляющие результата деятельности.

При этом результат сопоставления доходов и расходов характеризует прибыль, или убыток, иди нулевой результат (рис. 2).

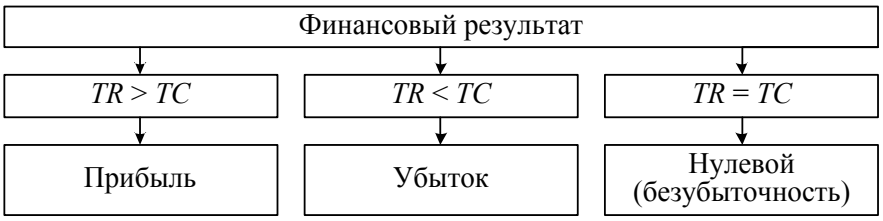


Рисунок 2 - Варианты сопоставления доходов (TR) и расходов (TC) частных медицинских организаций [1]

Доходы являются источником существования частной медицинской организации, при этом имеется уверенность в том, что доходы — это источник реализации социально ориентированных проектов, что достигается благодаря созданию рабочих мест, социальных гарантий (заработная плата), перечислению налоговых обязательств в бюджет [4]. Доходы частной медицинской организации «...увеличение экономических выгод в результате поступления активов (денежных средств, иного имущества) и (или) погашения обязательств, приводящее к увеличению капитала этой организации, за исключением вкладов участников (собственников имущества)» [6].

Необходимо отметить, что доходы частных медицинских организаций формируются из нескольких источников. К таким источникам доходов относятся:

- средства обязательного медицинского страхования (ОМС);

- прямая оплата услуг пациентами; доходы от предпринимательской деятельности за услуги сверх ОМС;

- бюджетные средства (федеральные и областные), в случае если частная медицинская организация участвует в соответствующих программах или получает целевое финансирование.

Таким образом, роль и значение доходов частных медицинских организаций нельзя недооценивать. Во-первых, без доходов нет возможности покрывать расходы (затраты) частной медицинской организации, следовательно если нет доходов, то и нет финансово-хозяйственной деятельности. Во-вторых, доходы являются базовой составляющей, обеспечивающей финансовую устойчивость частных медицинских организаций (доходы от платных услуг и ОМС позволяют поддерживать и развивать материально-техническую базу: закупать новое оборудование, модернизировать основные фонды, повышать оплату труда медицинскому персоналу). В-третьих, доходы позволяют частным медицинским организациям обеспечивать конкурентоспособность (т.е. доходы – конкурентное преимущество) [9]. В свою очередь расходы частной медицинской организации являются той экономической категорией, которая обуславливает получение (зарабатывание) доходов. Расходы частной медицинской организации «...уменьшение экономических выгод в результате выбытия активов (денежных средств, иного имущества) и (или) возникновения обязательств, приводящее к уменьшению капитала этой организации, за исключением уменьшения вкладов по решению участников (собственников имущества)» [7,11]. Расходы обусловлены прежде всего понесенными затратами [2].

В табл. 1 представлено методическое обеспечение УАО доходов и расходов частных медицинских организаций.

Таблица 1

Методическое обеспечение УАО доходов и расходов частных медицинских организаций

Объект учета - доходы	**Объект учета - расходы**
Система бухгалтерского учета [6,7]	
Положение по бухгалтерскому учету 9/99 «Доходы организации»	Положение по бухгалтерскому учету 10/99 «Расходы организации»
П.2: доходом предприятия является увеличение экономических выгод	П.2: расходы предприятия – снижение экономических выгод в результате

вследствие поступления денежных средств или иных активов, а также погашение обязательств, повлекшего прирост стоимости имущества (капитала).	выбытия денежных средств или прочих активов, а также формирование обязательств, привлекших к снижению стоимости источников образования имущества (капитала).
П.5: доходы от обычной деятельности – это выручка от продажи товаров и услуг и иные доходы, являющиеся предметом основной деятельности.	П.5: 10/99: расходы предприятия от основного вида деятельности - это издержки, сопряженные с производством и сбытом; расходы на покупку и продажу товаров; издержки, связанные с выполнением работ и услуг; и иные траты (расходы), которые являются предметом деятельности предприятия.
П.7: выделяет следующие виды поступлений, которые относятся к прочим доходам: - поступление от реализации ОС; - неустойки, пений и штрафные санкции за несоблюдение договорных обязательств; - активы, полученные по договору дарения; - доходы от передачи в аренду активов; - курсовые разницы; - просроченная кредиторская задолженность и иные доходы	П.11: к прочим расходам относит: - отчисления в оценочные резервы; - расходы, сопряженные с выбытием ОС и МПЗ; - проценты, перечисляемые по кредитным договорам; - издержки, связанные с передачей активов во временное пользование, и иные расходы
П.12: определяет условия признания доходов: 1) предприятие имеет право на доходы по договору или на основании иного документа; 2) сумма дохода может быть определена; 3) право владения на актив перешло от продавца к покупателю;	П.16 определяет условия для принятия расходов в бухгалтерском учете: 1) обоснованность расходов подтверждена определенным договором; 2) величина расходов может быть определена;

4) присутствует уверенность, что предприятие получит экономическую выгоду; 5) расходы (издержки), связанные с операциями, могут быть определены	3) наличие уверенность в том, что по итогам хозяйственной операции произойдет снижение экономических выгод
Система налогового учета*	
П.1 ст.41 НК РФ: доходами признается экономическая выгода, выраженная в денежной или натуральной форме.	П.1 ст.41 НК РФ: расходами признается сумма, на которую может быть уменьшен доход.
Ст.248 НК РФ: к доходам относятся: 1) Доходы от реализации товаров (работ, услуг) и имущественных прав; 2) внереализационные доходы.	Ст. 272 НК РФ: расходы признаются в том отчетном (налоговом) периоде, к которому они относятся, независимо от времени фактической выплаты денежных средств или иной формы их оплаты
Ст.249 НК РФ: доходами от реализации признается выручка от реализации товаров, работ, услуг как собственного производства, так и ранее приобретенных, выручка от реализации имущественных прав. Доходы (выручка) определяется исходя из всех поступлений, связанных с расчетами за реализованные товары и услуги или имущественные права, выраженные в денежной или натуральной, форма.	П.2 ст. 252 НК РФ: расходы подразделяются: - на расходы, связанные с производством и реализацией; - внереализационные расходы.

* Налоговый кодекс Российской Федерации (НК РФ)

Ст.250 НК РФ: внереализационными доходами признаются: 1) Доходы от долевого участия в других организациях, за исключением дохода, направляемого на оплату дополнительных долей (акций); 2) доходы в виде положительных курсовых разниц; 3) доходы подлежащие к уплате должником на основании решения суда, вступившего в силу; 4) доходы от сдачи имущества в аренду или субаренду; 5) доходы в виде суммы процентов по договорам займа; 6) доходы в виде безвозмездного получения имущественных прав и прочие виды доходов.	Ст.253 НК РФ: расходы, связанные с производством: 1) расходы, связанные с хранением и доставкой товаров, приобретением и реализацией товаров и имущественных прав; 2) расходы на содержание и эксплуатацию, техническое обслуживание и ремонт ОС и иного имущества; 3) расходы на обязательное и добровольное страхование; 4) прочие расходы, связанные с реализацией.
Ст. 271 НК РФ определяет, что доходы признаются в том отчетном (налоговом) периоде, в котором они имели место, независимо от фактического поступления денежных средств	Ст. 265 НК РФ: в состав внереализационных расходов включаются обоснованные затраты на осуществление финансово-хозяйственной деятельности: 1) Расходы на содержание имущества, переданного в аренду; 2) Расходы в виде процентов по долговым обязательствам; 3) Расходы на организацию эмиссии ценных бумаг; 4) Расходы, связанные с обслуживанием приобретенных ценных бумаг;

	5) Расходы в виде отрицательных курсовых разниц; 6) Суммы, направляемые на формирование резервов по сомнительным долгам в случае применения метода начисления (ст.266 НК РФ) и прочие

Надо сказать, что доходы и расходы можно охарактеризовать сущностными характеристиками, которые можно видеть на рис. 3.

Таким образом, сущностные характеристики доходов и расходов позволяют определить основные свойства (черты), которые раскрывают природу, суть, сущность исследуемых экономических категорий.



Рисунок 3 – Сущностные характеристики доходов и расходов [5]

Разработка концепции УАО доходов и расходов частной медицинской организации преполагает выработку положений по организации и ведения учетно-аналитической работы. К числу таких составляющих отнесем следующие:

1) цель концепции УАО - созданиее эффективной системы учета и анализа, способствующей формированию учетной и аналитической информации для принятия эффективных управленческих решений, способствующих сохранению и приращению стоимости частной медицинской организации. Для достижения цели концепции УАО необходимо решение следующих задач:

- во-первых, научное и практическое обоснование необходимости УАО доходов и расходов частных медицинских организаций;

- во-вторых, определение места и значения УАО доходов и расходов в общей системе управления частных медицинских организаций посредством разработки структуры УАО;

- в-третьих, формирование компетентностных требований к специалистам, осуществляющим учетно-аналитическую работу в частных медицинских организациях;

- в-четвертых, разработка эффективного методического сопровождения УАО доходов и расходов частных медицинских организаций по приоритетным аспектам учета и анализа;

2) механизм реализации концепции УАО доходов и расходов частных медицинских организаций, что предполагает выработку методов и методологии достижения цели концепции. В качестве основной технологии реализации концепции УАО доходов и расходов частной медицинской организации следует принять научный и инновационный способ с применением цифровых продуктов и искусственного интеллекта;

3) приоритетные направления концепции УАО доходов и расходов частной медицинской организации, считается как непрерывная технология формирования учетной и аналитической информации, используемой заинтересованными пользователями. Такая технология направлена на формирование учетной и аналитической информации представляет собой взаимосвязанную совокупность действий по преобразованию учетной информации в различные виды отчетов, на основании которых возможно сформировать аналитическое суждение о доходах, расходах и финансовых результатах;

4) ожидаемые результаты реализации концепции УАО доходов и расходов частных медицинских организаций заключаются в следующем:

- во-первых, создание организационно-методических условий формирования достоверной, понятной, оперативной и результативной учетной и аналитической информации для разных групп пользователей;

- во-вторых, рациональное и целесообразное использование достижений научного прогресса в практике учетно-аналитической работы и управления частной медицинской организацией, что предполагает обязательное внедрение программного обеспечения и искусственного интеллекта;

- в-третьих, обеспечение устойчивого развития, при котором текущая деятельность по оказанию медицинских услуг удовлетворяет потребности современного общества и не наносит вреда окружающей среде территории месторасположения и расширяет возможности конкурентоспособного развития.

Выводы

Таким образом, концепция УАО доходов и расходов частной медицинской организации представляется как структурная составляющая общей системы управления, которая обеспечивает важной и необходимой учетной и аналитической информацией заинтересованных пользователей. Совершенно очевидно, что фундаментом УАО доходов и расходов частной медицинской организации является учетное и аналитическое обеспечение. Развитие положений выделенных структурных составляющих требует дополнительных дискуссионных обсуждений, что является дальнейшим направлением научной работы авторов представленного исследования.

Список литературы

1. Концептуальные основы учетно-аналитического обеспечения результативности / О.В. Мустафина, О.С. Горбунова, Ю.В. Малькова, И.М. Перминова // Проблемы рыночной экономики. – 2025. – № 4. – С. 162-173. – DOI 10.33051/2500-2325-2025-4-162-173. – EDN JJEWTZ.
2. Коршунова, А.С. Учетно-аналитическое обеспечение управления затратами в медицинской организации / А.С. Коршунова // Вестник молодых ученых Самарского государственного экономического университета. – 2024. – № 2(50). – С. 46-47. – EDN HOZYCY.
3. Кузьбожев, Э.Н. Системный или комплексный анализ? / Э.Н. Кузьбожев, М.Г. Световцева, Т.Н. Бабич // Экономический анализ: теория и практика. – 2006. – № 9(66). – С. 9-16. – EDN HSNJQL.
4. Мустафина, О.В. Дефиниции и классификации доходов в контексте социально ориентированного инвестирования / О.В. Мустафина, Н.С. Нечеухина // Финансовые и правовые аспекты социально ориентированного инвестирования: материалы IV Всероссийской научно-практической конференции, Екатеринбург, 24–25 ноября 2020 года. – Екатеринбург: Уральский государственный экономический университет, 2021. – С. 180-188. – EDN EGVVTK.

5. Мустафина, О.В. Развитие учетно-аналитического обеспечения доходов и расходов на предприятиях торговли: специальность 08.00.12 "Бухгалтерский учет, статистика": диссертация на соискание ученой степени кандидата экономических наук / Мустафина Ольга Валерьевна, 2021. – 255 с. – EDN QADTHX.
6. Приказ Минфина России от 06.05.1999 N 32н (ред. от 27.11.2020) "Об утверждении Положения по бухгалтерскому учету "Доходы организации" ПБУ 9/99" (Зарегистрировано в Минюсте России 31.05.1999 N 1791)
7. Приказ Минфина России от 06.05.1999 N 33н (ред. от 06.04.2015) "Об утверждении Положения по бухгалтерскому учету "Расходы организации" ПБУ 10/99" (Зарегистрировано в Минюсте России 31.05.1999 N 1790)
8. Федеральный закон "О бухгалтерском учете" от 06.12.2011 N 402-ФЗ
9. Филонова, А. В. Анализ доходов и расходов медицинской организации / А. В. Филонова // Моделирование и прогнозирование развития отраслей социально-экономической сферы: сборник научных трудов по материалам Международной научно-практической конференции, Курск, 29 марта 2019 года. – Курск: Курский государственный медицинский университет, 2019. – С. 158-162. – EDN ZBSXHV.
10. Экономический анализ в управлении деятельностью коммерческих организаций региона / Г.А. Агарков, И.С. Антонова, М.С. Андрюшина [и др.]; Министерство науки и высшего образования Российской Федерации, Уральский федеральный университет имени первого Президента России Б.Н. Ельцина. – Екатеринбург: Уральский федеральный университет имени первого Президента России Б.Н. Ельцина, 2020. – 196 с. – ISBN 978-5-7996-2998-4. – EDN ZZEGLZ.
11. Анисимова А.О., Рычкова Л.В. Факторы риска хронических неинфекционных заболеваний у детей и подростков //Уральский медицинский журнал. 2025. №5. С. 133-148.

©Фадеева П.М., Кузнецов П.Л., Борзунов И.В.

УДК 616.34-022.7:614.2

ОПТИМИЗАЦИЯ ТАРИФНОЙ ПОЛИТИКИ КАК ФАКТОР ПОВЫШЕНИЯ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМИ ВИРУСНЫМИ КИШЕЧНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ К СТАЦИОНАРНОМУ ЛЕЧЕНИЮ

Фадеева П.М.[1], Кузнецов П.Л.[1,2], Борзунов И.В.[1,2]

[1]Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Уральский государственный медицинский университет» г. Екатеринбург, Россия

[2]Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Уральский государственный экономический университет» г. Екатеринбург, Россия

Резюме. Острые вирусные кишечные инфекции (ОКИ) продолжают оставаться одной из наиболее значимых проблем в структуре инфекционной заболеваемости Российской Федерации. **Цель исследования** — Выявить влияние качества оказания стационарной медицинской помощи на уровень приверженности пациентов с острыми вирусными кишечными инфекциями к лечению и разработать предложения по оптимизации механизма оплаты по КСГ для повышения эффективности оказания помощи в условиях инфекционного стационара Свердловской области. **Материалы и методы.** Проведено ретроспективное когортное исследование (n=678 историй болезни) и проспективное анкетирование (n=180 пациентов) в инфекционном отделении городской больницы за 2024–2025 гг. Приверженность оценивалась с помощью шкалы Morisky-Green (MMAS-4). Статистическая обработка включала описательную статистику, критерии Манна–Уитни, χ^2, корреляционный анализ Спирмена и бинарную логистическую регрессию. Выполнен клинико-экономический анализ. **Результаты.** Доля прерванных случаев составила 18,0 % (122/678). Средний балл приверженности по MMAS-4 — 3,41±0,72. Выявлена сильная отрицательная корреляция между длительностью госпитализации и приверженностью ($r = –0,682$; $p<0,0001$). Независимыми предикторами прерывания лечения стали пребывание ≥4 суток (OR=3,87; 95% ДИ 2,14–7,02), возраст 18–39 лет (OR=2,64) и низкая оценка комфорта палаты (OR=1,92). Действующая тарифная модель приводит к

хроническому недофинансированию стационара (49,9–55,3 % плана) и формирует порочный круг. **Заключение.** Оптимизация тарифной политики путём введения подгруппы st12.008-1 с полной оплатой при длительности ≤3 суток и повышающим коэффициентом 1,08–1,12 позволит повысить приверженность пациентов, сократить долю прерванных случаев на 13–20 п.п., увеличить оборот койки на 28–35 % и обеспечить дополнительное финансирование 4,1–5,4 млн руб. в год по одному отделению. Полученные данные обосновывают необходимость приведения тарифного регулирования в соответствие с клиническими рекомендациями Минздрава РФ.

Ключевые слова: острые кишечные инфекции, вирусные гастроэнтериты, приверженность пациентов, Morisky-Green, качество медицинской помощи, клинико-статистические группы, тарифная политика, короткие госпитализации.

TITLE OF ARTICLE OPTIMIZATION OF TARIFF POLICY AS A FACTOR IN INCREASING TREATMENT ADHERENCE IN PATIENTS WITH ACUTE VIRAL INTESTINAL INFECTIONS TO INPATIENT CARE

Fadeeva P.M.[1], Kuznetsov P.L.[1,2], Borzunov I.V.[1,2]

[1]Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "Ural State Medical University" Yekaterinburg, Russia

[2]Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "Ural State University of Economics" Yekaterinburg, Russia

Summary. Acute viral intestinal infections (AII) remain one of the most significant problems in the structure of infectious morbidity in the Russian Federation. **The aim of the study:** To identify the impact of the quality of inpatient medical care on the level of treatment adherence in patients with acute viral intestinal infections and to develop proposals for optimizing the payment mechanism under the Clinical Statistical Group (CSG) to improve the efficiency of care in an infectious diseases hospital in the Sverdlovsk Region. **Materials and methods.** A retrospective cohort study (n=678 medical records) and a prospective survey (n=180 patients) were conducted in the Infectious Diseases Department of City Hospital for 2024–2025. Adherence was assessed using the Morisky-Green scale (MMAS-4). Statistical analysis included descriptive statistics, Mann–Whitney test, χ^2 test, Spearman correlation, and binary logistic regression. A clinical and economic analysis was performed. **Results.** The proportion of interrupted cases was 18.0% (122/678). The mean adherence score was 3.41±0.72. A strong negative correlation was found between

hospitalization duration and adherence (r = –0.682; p<0.0001). Independent predictors of treatment interruption were stay ≥4 days (OR=3.87; 95% CI 2.14–7.02), age 18–39 years (OR=2.64), and low ward comfort rating (OR=1.92). The existing tariff model leads to chronic underfunding (49.9–55.3% of the plan) and creates a vicious circle. **Conclusion.** Optimization of tariff policy by introducing subgroup st12.008-1 with full payment for stays ≤3 days and an increasing coefficient of 1.08–1.12 will improve patient adherence, reduce interrupted cases by 13–20 percentage points, increase bed turnover by 28–35%, and provide additional funding of 4.1–5.4 million rubles per year for one department. The data substantiate the need to align tariff regulation with the clinical guidelines of the Ministry of Health of the Russian Federation.

Keywords: acute intestinal infections, viral gastroenteritis, patient adherence, Morisky-Green, quality of medical care, clinical statistical groups, tariff policy, short hospitalizations.

Введение

Острые вирусные кишечные инфекции (ОКИ) продолжают занимать одно из ведущих мест в структуре инфекционной заболеваемости взрослого населения Российской Федерации. По данным Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, вирусные формы (норовирусная, ротавирусная, астровирусная и др.) составляют 70–80 % всех лабораторно подтверждённых случаев гастроэнтеритов [1]. В 2024–2025 годах в Российской Федерации отмечался рост заболеваемости норовирусной инфекцией, особенно в холодное время года. Свердловская область неоднократно входила в число регионов с наиболее высокими показателями [2].

В инфекционном отделение городской больницы, включённом в исследование, за указанный период было зарегистрировано 678 случаев вирусных ОКИ. При этом более 70 % пациентов находились в трудоспособном возрасте, что определяет высокую социально-экономическую значимость проблемы.

Современные клинические рекомендации Минздрава РФ 2024 года допускают эффективное лечение лёгких и среднетяжёлых форм вирусных ОКИ в течение 1–3 суток с последующим переводом на амбулаторное лечение [3]. Однако действующая в Свердловской области тарифная модель по КСГ 12.008 предусматривает полную оплату законченного случая только при длительности пребывания 4 суток и более [4,5]. Такое несоответствие клиническим рекомендациям приводит к искусственному

пролонгированию госпитализации, снижению приверженности пациентов (особенно молодого возраста), росту числа прерванных случаев и хроническому недофинансированию инфекционных стационаров. Решение этой проблемы имеет важное значение для повышения качества медицинской помощи и рационального использования ресурсов системы ОМС.

Приверженность пациентов к лечению (комплаентность) является одной из ключевых проблем современной медицины. Классическим инструментом её оценки остаётся четырёхвопросная шкала Morisky-Green (MMAS-4), разработанная в 1986 году [6]. Большинство исследований посвящено хроническим неинфекционным заболеваниям (артериальная гипертензия, сахарный диабет, бронхиальная астма).

В отношении острых инфекционных заболеваний, особенно в условиях боксированного инфекционного стационара, данных значительно меньше. Отдельные работы рассматривают влияние условий пребывания, мотивационной работы персонала и социально-экономических факторов на приверженность [7,8,9]. Экономические аспекты тарифной политики и их влияние на поведение пациентов и работу стационаров освещены в публикациях последних лет [10,11,12,]. Однако комплексных исследований, объединяющих клинические, организационные и тарифно-экономические аспекты применительно к вирусным ОКИ, практически не проводилось [13,14]. Таким образом, данная проблема остаётся недостаточно изученной.

Цель работы

Выявить влияние качества оказания стационарной медицинской помощи на уровень приверженности пациентов с острыми вирусными кишечными инфекциями к лечению и разработать предложения по оптимизации механизма оплаты по КСГ для повышения эффективности оказания помощи в условиях инфекционного стационара Свердловской области.

Задачи исследования:

1. Проанализировать нормативно-правовую базу и современные подходы к оценке качества оказания стационарной помощи и приверженности пациентов при вирусных ОКИ.
2. Изучить показатели качества помощи и длительности госпитализации пациентов с вирусными ОКИ по КСГ 12.008 в исследуемом стационаре за 2024–2025 гг.

3. Оценить уровень приверженности пациентов к лечению и факторы, влияющие на него, с помощью анкетирования.
4. Установить статистически значимую связь между параметрами качества оказания медицинской помощи, длительностью госпитализации и приверженностью пациентов к лечению.
5. Разработать предложения по введению новой подгруппы КСГ (или корректировке существующей 12.008) с полной оплатой при госпитализации ≤ 3 суток для вирусных ОКИ.
6. Обосновать экономическую эффективность и организационные меры внедрения предложений в практику инфекционного стационара.

Материалы и методы

Исследование носило ретроспективно-проспективный характер. Ретроспективно проанализировано 678 историй болезни пациентов с лабораторно подтверждёнными вирусными ОКИ за 2024–2025 годы. Проспективно проведено анкетирование 180 пациентов при выписке с использованием валидизированной шкалы Morisky-Green (MMAS-4) [6] и визуально-аналоговой шкалы удовлетворённости качеством помощи. Статистическая обработка данных осуществлялась с помощью программ Jamovi 2.3 и IBM SPSS Statistics 27 с применением методов описательной статистики, критериев Манна–Уитни, χ^2 Пирсона, корреляции Спирмена и бинарной логистической регрессии. Уровень статистической значимости принят при $p < 0,05$. Выполнен детальный клинико-экономический анализ.

Результаты и обсуждение

В структуре этиологии преобладала норовирусная инфекция (70,1 %). Более 70 % пациентов находились в трудоспособном возрасте. Доля случаев с длительностью пребывания ≤3 суток составила 29,6 %, из них 18,0 % (122 случая) были прерваны досрочно. Средний балл приверженности по MMAS-4 составил 3,41±0,72. Выявлена сильная отрицательная корреляция между длительностью госпитализации и уровнем приверженности ($r = –0,682$; $p < 0,0001$).

Многофакторный анализ показал, что независимыми предикторами прерывания лечения являются: пребывание в стационаре 4 суток и более (OR=3,87; 95% ДИ 2,14–7,02), возраст 18–39 лет (OR=2,64) и низкая оценка комфорта палаты (OR=1,92). Действующая тарифная модель приводит к выполнению финансового плана лишь на

49,9–55,3 %, формируя порочный круг «низкое качество условий — низкая приверженность — недофинансирование — невозможность улучшить условия».

Выводы

Проведённое исследование подтвердило, что действующая тарифная политика является значимым фактором, негативно влияющим на приверженность пациентов с острыми вирусными кишечными инфекциями к стационарному лечению. Оптимизация тарифной политики путём введения новой подгруппы st12.008-1 с полной оплатой коротких случаев (≤3 суток) и повышающим коэффициентом 1,08–1,12 позволит разорвать существующий порочный круг, повысить удовлетворённость пациентов, увеличить оборот койки на 28–35 % и обеспечить дополнительное финансирование медицинской организации в объёме 4,1–5,4 млн рублей в год только по одному отделению. Повышающий коэффициент рассчитан как отношение средней фактической затратоемкости короткого случая к базовому тарифу КСГ 12.008: K=Средняя стоимость короткого случая (50 300-
52 300 руб.)/Базовый тариф (46 732 руб.) ≈1,08−1,12.

Полученные результаты имеют практическую значимость для совершенствования системы оплаты медицинской помощи по ОМС. Перспективы дальнейших исследований связаны с многоцентровой апробацией предложенной тарифной подгруппы, оценкой долгосрочных клинико-экономических результатов и разработкой цифровых инструментов поддержки амбулаторного этапа лечения.

Список литературы

1. Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека. О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации в 2025 году: Государственный доклад. – М., 2026. – 284 с.
2. Управление Роспотребнадзора по Свердловской области. Эпидемиологическая обстановка по острым кишечным инфекциям в Свердловской области в 2024–2025 гг. – Екатеринбург, 2026.
3. Клинические рекомендации «Острые кишечные инфекции у взрослых» / Министерство здравоохранения Российской Федерации. – М., 2024. – 68 с.
4. Тарифное соглашение по обязательному медицинскому страхованию на территории Свердловской области на 2025 год (заключено 24.12.2024). – Екатеринбург, 2024.

5. Дополнительное соглашение № 1 к Тарифному соглашению по ОМС Свердловской области на 2025–2026 годы (от 29.12.2025).
6. Morisky D.E., Green L.W., Levine D.M. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence // Medical Care. – 1986. – Vol. 24, № 1. – P. 67–74.
7. Авдеева Т.Г., Ковалева Е.П. Экономические аспекты оплаты медицинской помощи по клинико-статистическим группам // Экономика здравоохранения. – 2025. – № 3. – С. 18–27.
8. Гайдар Б.В., Соколов А.А. Экономическая эффективность коротких госпитализаций при инфекционной патологии // Экономика здравоохранения. – 2026. – № 1. – С. 29–37.
9. Лебедев В.В. Влияние организационно-экономических факторов на приверженность пациентов в инфекционных стационарах // Менеджер здравоохранения. – 2025. – № 5. – С. 45–53.
10. Сидорова Е.В., Петрова О.А. Влияние условий пребывания на приверженность пациентов в инфекционных отделениях // Здравоохранение Российской Федерации. – 2024. – Т. 68, № 4. – С. 312–319.
11. Киселёва О.Н., Рябова Т.В. Роль мотивационной работы медицинского персонала в повышении приверженности пациентов // Медицинская сестра. – 2025. – № 4. – С. 18–23.
12. Министерство здравоохранения Свердловской области. Отчёт о деятельности инфекционной службы региона за 2025 год. – Екатеринбург, 2026.
13. Методические рекомендации по внедрению стимулирующих коэффициентов при оплате медицинской помощи по ОМС / Федеральный фонд обязательного медицинского страхования. – М., 2026.
14. Анисимова А.О., Рычкова Л.В. Факторы риска хронических неинфекционных заболеваний у детей и подростков. //Уральский медицинский журнал. 2025. №5. С. 133-148.

©Устинов А.Л., Уторова А.В., Панина О.О.

УДК 94(47).084.8

МОБИЛИЗАЦИЯ ЖЕНЩИН-МЕДИКОВ В 1941–1945 ГГ.: МАСШТАБЫ, МЕХАНИЗМЫ, РЕЗУЛЬТАТЫ

Устинов А.Л.[1], Уторова А.В.[1], Панина О.О.[1]

[1]Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования Уральский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения Российской Федерации, Екатеринбург

Резюме. Советский Союз стал единственной страной, где женщины-медики стали основной силой военно-медицинской службы в годы Второй мировой войны. В статье показано, как государство сумело мобилизовать и подготовить миллионы женщин — от врачей до санитарок — для работы на передовой и в госпиталях. Организационными механизмами стали массовые призывы через комсомол, ускоренная подготовка в системе Красного Креста и введение жёстких мобилизационных норм. Результатом стала не только техническая возможность лечить раненых, но и внедрение системы этапной эвакуации и массового донорства, что позволило вернуть в строй 72% раненых — более 17 млн человек. Однако обратной стороной подвига стали колоссальные потери среди самих женщин-медиков (210 тыс. человек). На основе мемуарных свидетельств в статье также раскрываются повседневные трудности и гендерные аспекты службы, долгое время остававшиеся за рамками официальной историографии [1–7].

Ключевые слова: женщины-медики, мобилизация, Великая Отечественная война, этапное лечение, донорство, санитарные потери, медицинские сёстры.

MOBILIZATION OF WOMEN MEDICS IN 1941–1945: SCOPE, MECHANISMS, RESULTS

Ustinov A.L.[1], Utorova A.V.[1], Panina O.O.[1]

[1]FGBOU VO "Ural State Medical University" of the Ministry of Health of Russia, Yekaterinburg, Russia

Summary. The Soviet Union became the only country where female medics formed the backbone of the military medical service during World War II. The article shows how the state managed to mobilize and train millions of women — from doctors to orderlies — for work at the front and in hospitals. The organizational mechanisms were mass

conscription through the Komsomol, accelerated training in the Red Cross system, and the introduction of strict mobilization quotas. The result was not only the technical ability to treat the wounded, but also the implementation of a staged evacuation system and mass blood donation, which made it possible to return 72% of the wounded — more than 17 million people — to duty. However, the flip side of this feat was the colossal losses among the female medics themselves (210 thousand people). Based on memoir evidence, the article also reveals the everyday hardships and gender aspects of service that remained outside the official historiography for a long time [1–7].

Key words: female medics, mobilization, Great Patriotic War, staged treatment, blood donation, sanitary losses, nurses.

Введение

Великая Отечественная война 1941–1945 гг. стала самым тяжёлым испытанием для советского государства, потребовав мобилизации всех людских и материальных ресурсов. В этих условиях исключительное значение приобрела проблема кадрового обеспечения военно-медицинской службы, на которую ложилась основная тяжесть борьбы за жизнь раненых бойцов. Одним из наиболее значимых и одновременно сложных для изучения явлений военного времени стала массовая мобилизация женщин-медиков [1, 2]. Десятки тысяч девушек и женщин, добровольно или по призыву, встали в ряды Красной армии, заменив ушедших на фронт мужчин и заняв ключевые позиции в госпиталях, медсанбатах, санитарных поездах и на передовых перевязочных пунктах [3, 4].

В статье переосмысляеься роль женщины на войне, выхода за рамки формальной статистики и партийно-патриотического дискурса. Современная историография, опирающаяся на военно-историческую антропологию и гендерную историю, требует комплексного анализа, включающего не только количественные показатели, но и качественные аспекты: повседневность, психологическое состояние, мотивацию и цену подвига [5, 6].

Цель работы

На основе анализа статистических данных, архивных документов, научных исследований и мемуарных источников представить комплексную картину мобилизации женщин-медиков в 1941–1945 гг., выявив её масштабы, организационные механизмы и результаты. Особое внимание уделяется региональным

особенностям (на примере Юга России, Ленинграда, Кировской, Ивановской областей), а также сопоставлению официальных данных и личных свидетельств [7, 8, 9].

Материалы и методы

Методологическую основу работы составили принципы историзма, объективности и системного подхода. Исследование опирается на комплекс источников: опубликованные и неопубликованные архивные документы [10, 11], статистические сборники [12, 13], научные труды советского (В.С. Мурманцева, М.К. Кузьмин) и современного периодов (Г.Н. Каменева, И.Д. Янцен, В.Н. Мамяченков, М.Ш. Кнопов, Н.А. Кирсанов) [1, 2, 4, 7, 14–17], а также мемуарная литература [18–21]. Использованы историко-генетический и сравнительно-исторический методы, а также методы исторической статистики и контент-анализа мемуарных текстов. Всего проанализировано 35 источников и литературных работ.

Результаты и обсуждение

Масштабы мобилизации

Анализ статистических данных и региональных исследований показывает, что привлечение советских женщин к военно-медицинской службе в годы Великой Отечественной войны не имело аналогов в мировой истории. Общее число женщин, мобилизованных в Красную армию и Военно-морской флот, оценивается в 800–900 тыс. человек [1, 2]. Женщины-медики составили самую многочисленную профессиональную группу: среди фронтовых врачей они составляли 41%, среди военных хирургов – 43%, среди фельдшеров – 57%, а среди медицинских сестёр – 100% [5, 7, 14]. Однако, как справедливо отмечает Г.Н. Каменева, эти данные неполны, поскольку до весны 1942 г. отдельный учёт женщин в военных округах не вёлся, а в донесениях они часто включались в общую численность военнослужащих [7]. С учётом вольнонаёмного состава и мобилизованных во флот общая численность женщин-медиков могла достигать 1,5–2 млн человек [12, 13, 15]. По данным Генерального штаба, в Красной армии ежегодно находилось от 700 тыс. до 1 млн женщин-военнослужащих и вольнонаёмных [12].

Региональные исследования существенно конкретизируют общесоюзные показатели. На Юге России за годы войны было мобилизовано более 100 тыс. женщин, из них свыше 30 тыс. служили в медицинских частях и учреждениях [7, 22]. Летом 1942 года в эвакогоспиталях Северо-Кавказского военного округа работали около 52

тыс. медиков, из которых две трети составляли женщины [7]. На Северо-Западе страны, по данным Г.Я. Мурадовой, в первые дни войны 27 тыс. девушек только из Ленинграда добровольно ушли на фронт, в народном ополчении насчитывалось 40 тыс. женщин [8]. В Кировской области доля женщин среди врачей тыловых госпиталей к концу войны превышала 85% [9, 14]. Согласно материалам по Ивановской области, там за второе полугодие 1941 г. было мобилизовано 232 499 военнообязанных, сформировано 18 воинских соединений, а также развёрнуто 67 госпиталей [23].

Особого внимания заслуживает возрастной состав мобилизованных. В подавляющем большинстве это были девушки 1921–1925 годов рождения, многие из которых едва достигли 18 лет [6, 7]. Как отмечает М.А. Семёнов, в результате эвакуации медицинских кадров из западных областей в тыловые регионы удалось не только компенсировать потери, но и в ряде случаев увеличить численность врачебного персонала в тыловых областях на 40–50% [24]. При этом на освобождённых территориях к концу 1944 г. обеспеченность врачами составляла лишь 46–55% от довоенного уровня, что создавало огромную нагрузку на оставшийся персонал, в основном женский [13, 24]. Таким образом, война привела к кардинальному территориальному перераспределению медицинских кадров, где женщины стали основой системы здравоохранения как на востоке, так и на западе страны.

Механизмы мобилизации

Организация призыва женщин-медиков опиралась на правовую базу, заложенную ещё в предвоенные годы, и была значительно расширена в ходе войны. Закон «О всеобщей воинской обязанности» от 1 сентября 1939 г. (ст. 13) предусматривал призыв женщин с медицинской подготовкой [16]. Однако вопрос призыва и комплектования частей женщинами в мирное время отработан не был, что вызвало серьёзные трудности на начальном этапе войны [7]. В годы войны на основании постановлений Государственного Комитета Обороны (ГКО) было издано 17 приказов Народного комиссара обороны о мобилизации женщин [17]. Пик мобилизационной активности пришёлся на весну 1942 г. Постановление ГКО от 25 марта 1942 г. предписывало заменить в войсках ПВО 100 тыс. красноармейцев женщинами [10]. В октябре 1942 г. была проведена вторая мобилизация женщин в войска ПВО [11].

Ключевую роль в отборе и направлении добровольцев сыграли комсомольские организации. ЦК ВЛКСМ провёл 73 мобилизации, по которым в армию и на флот было

направлено более 550 тыс. девушек, причём 70% из них служили в действующей армии [6, 17]. Пять мобилизаций было проведено среди женщин-коммунисток [17]. На Юге России более 4 тыс. девушек-комсомолок служили по 25 специальностям в составе Черноморского, Балтийского флотов и Каспийской военной флотилии [22].

Параллельно действовала широкая сеть подготовки санитарных кадров через Общество Красного Креста. За годы войны РОКК подготовил 300 тыс. медицинских сестёр и свыше 500 тыс. сандружинниц [5]. Эти курсы позволяли в сжатые сроки (от 2 до 6 месяцев) обучить девушек навыкам оказания первой помощи. При этом значительная часть обучения проходила непосредственно в военно-полевых условиях, что повышало практическую готовность [25]. На Юге России только силами Красного Креста было подготовлено более 33 тыс. медсестёр и сандружинниц [7].

Кроме того, в системе Всевобуча действовали комсомольско-молодёжные подразделения, где девушки обучались специальностям санитарных инструкторов, связисток, а зачастую – и стрелковому делу. Это позволяло использовать их как санитаров-носильщиков на передовой, где они одновременно спасали раненых и участвовали в бою [16, 17]. Всего через систему Всевобуча прошли подготовку более 222 тыс. женщин-бойцов [17]. Такая форсированная подготовка неизбежно вела к дефициту практического опыта, но на фронте он восполнялся ценой собственной жизни, о чём свидетельствуют многочисленные мемуары [18–21].

Анализ механизмов мобилизации показывает, что государство использовало преимущественно добровольческо-мобилизационный принцип, опираясь на высокий патриотический подъём [16]. Однако имели место и сбои: не всегда медицинские комиссии имели в своём составе гинеколога, отсутствовала женская военная форма необходимых размеров, не была разработана система учёта женского состава ВМФ [7, 22]. В Астрахани, например, девушек призывали в день окончания уроков и отправляли в тот же вечер [7]. Эти «издержки» первого массового опыта мобилизации женщин требуют отдельного изучения [24].

Результаты медицинской деятельности

Несмотря на колоссальные трудности, эффективность работы женщин-медиков оказалась исключительно высокой. По сводкам Главного военно-санитарного управления, в строй было возвращено 72,3% раненых и 90,6% больных – около 17 млн человек [26, 27, 28]. Этот показатель значительно превосходил результаты не только Первой мировой войны (40–50% возвращённых в строй), но и медицинской

службы вермахта (около 40%) [5, 15]. Ключевую роль сыграла система этапного лечения с эвакуацией по назначению, разработанная под руководством Е.И. Смирнова и Н.Н. Бурденко [26, 27, 29, 30].

Высокая возвращаемость раненых объяснялась также внедрением передовых медицинских технологий. Чёткая сортировка раненых, специализированные отделения, широкое применение местной анестезии по методу А.В. Вишневского, массовое использование антибиотиков – всё это было реализовано в значительной мере женскими руками [29, 30, 31]. По данным военно-медицинской статистики, средняя продолжительность лечения раненого составляла 76,4 суток, причём более 85% операций проводилось в армейском и фронтовом тылу [13, 26].

Отдельного внимания заслуживает донорское движение, в котором женщины составили до 90% участников. За годы войны в СССР насчитывалось около 5,5 млн доноров, было заготовлено около 1,7 млн л консервированной крови [7, 32, 33]. Только в медико-санитарные батальоны Северо-Кавказского фронта поступило 25 т донорской крови. В Сталинградской области из 3097 активных доноров 97,3% были женщины [7]. В блокированном Ленинграде было заготовлено 144 тыс. л донорской крови, а 1350 тыс. руб., полученных за сдачу крови, ленинградцы внесли в фонд обороны страны [32, 33].

Мемуарные свидетельства позволяют восстановить не только статистику, но и каждодневный подвиг. Санинструктор Валерия Гнаровская вынесла с поля боя более 300 раненых и погибла, бросившись со связкой гранат под вражеский танк [5, 15]. Медсестра Зинаида Туснолобова-Марченко после ампутации рук и ног писала письма на фронт: «Отомстите за меня!» [2, 14]. Медсестра Вера Кащеева, участница Сталинградской битвы, вынесла десятки раненых под огнём [2, 15]. Как пишет В.Н. Мамяченков, женщины-медики работали в условиях постоянного недосыпа, голода, холода; вместо бинтов использовали чистое бельё, воду добывали под обстрелом [4, 3]. Несмотря на это, чувство юмора и взаимопомощь сохранялись – мемуаристы вспоминают, как девушки в минуты затишья пели песни, писали письма домой [18, 20].

Вместе с тем потери среди самих медиков были огромны: всего медицинская служба потеряла 210 тыс. человек, из них безвозвратные потери – 84,8 тыс. [12, 13, 34]. Из них более 47 тыс. санитаров и санитарок, более 22 тыс. санитарных инструкторов [5]. Потери среди младшего медперсонала, где преобладали женщины, были одними из

самых высоких. Потери медицинских работников в захваченных противником госпиталях были особенно значительны в первый период войны: из более чем 6 тыс. госпиталей 117 были захвачены противником и значатся погибшими [5].

Гендерные аспекты и историческая память

Гендерные отношения на фронте долгое время оставались латентной темой советской историографии. Анализ мемуарной литературы показывает, что подавляющее большинство женщин-медиков отрицали наличие романтических связей или беременностей в период службы [3, 4]. Исследователи объясняют это совокупностью факторов: крайне суровыми бытовыми условиями, предельной психоэмоциональной нагрузкой, жёсткой воинской дисциплиной [5, 6]. Случаи беременности, как правило, заканчивались досрочным увольнением из армии, а информация о них не афишировалась (показательный пример – история санинструктора Нины Калининой-Бормотовой) [3].

В то же время женщины-медики активно участвовали в общественно-политической жизни частей. Среди санитарных инструкторов и медсестёр значительный процент составляли комсомолки и коммунистки, они избирались секретарями комсомольских организаций, членами партийных бюро [17, 25]. Это позволяло поддерживать высокий моральный дух и дисциплину.

Переосмысление роли женщины на войне стало возможным благодаря смене исследовательской парадигмы. Если советская историография акцентировала героико-патриотический нарратив [1, 2, 28], то современные историки активно применяют методы военно-исторической антропологии [5, 6, 35]. Переломным моментом стал выход книги С.А. Алексиевич «У войны не женское лицо» (1985) [18].

Значение сохранения исторической памяти о подвиге женщин-медиков выходит за рамки академической истории. В современной России их опыт востребован при подготовке среднего медицинского персонала для чрезвычайных ситуаций [25]. Однако, как показано в работах И.Д. Янцен, в массовом историческом сознании образ женщины-фронтовика часто остаётся «на периферии» [6]. Поэтому дальнейшая публикация архивных документов и мемуаров остаётся актуальной задачей.

Выводы

Проведённое исследование позволяет сделать следующие выводы.

1. Масштабы мобилизации женщин-медиков были беспрецедентными в мировой истории. Женщины составляли от 41% (среди врачей) до 100% (среди медицинских

сестёр) личного состава военно-медицинской службы Красной армии. С учётом вольнонаёмного персонала и мобилизованных в Военно-морской флот общая численность женщин-медиков достигала 1,5–2 млн человек, что сделало их основной кадровой силой среднего и младшего медицинского звена на всех этапах санитарной эвакуации – от полкового медпункта до тылового эвакогоспиталя [1, 2, 5, 7].

2. Механизмы мобилизации представляли собой сложную многоуровневую систему, опиравшуюся на правовую базу (закон «О всеобщей воинской обязанности» 1939 г., постановления ГКО, приказы НКО) и эффективно действовавшие организационные структуры – комсомольские организации (73 мобилизации, более 550 тыс. девушек) и Общество Красного Креста (300 тыс. медсестёр, 500 тыс. сандружинниц). Форсированная подготовка кадров через краткосрочные курсы (2–6 месяцев) и систему Всевобуча позволила в кратчайшие сроки восполнить колоссальный дефицит персонала, хотя и сопровождалась издержками в виде недостатка практического опыта, который на фронте компенсировался массовым героизмом и самопожертвованием [10, 16, 17, 24].
3. Результаты медицинской деятельности стали одним из ключевых факторов победы. Благодаря труду женщин-медиков в строй было возвращено 72,3% раненых и 90,6% больных – около 17 млн человек. Этот показатель значительно превосходил результаты медицинской службы как царской России в Первую мировую войну (40–50%), так и вермахта (около 40%). Ключевое значение имели внедрённая система этапного лечения с эвакуацией по назначению (Е.И. Смирнов, Н.Н. Бурденко), массовое донорское движение (женщины – до 90% доноров, заготовлено около 1,7 млн л крови), широкая специализация госпиталей и применение новых методов обезболивания и антибиотикотерапии [25–30, 32, 33].
4. Цена подвига была исключительно высока. Общие потери медицинской службы составили 210 тыс. человек, из них безвозвратные – 84,8 тыс. (40,3%), санитарные – 125,8 тыс. (59,7%). Более 88% погибших и раненых приходилось на рядовой и сержантский состав – санитаров, санитарок и санитарных инструкторов, среди которых преобладали женщины. Женщины-медики работали в условиях острейшего дефицита всего – от воды и перевязочных материалов до времени на сон, под непрерывным артиллерийским и пулемётным огнём, зачастую ценой собственной жизни вынося раненых с поля боя. Гендерные аспекты фронтовой повседневности

(бытовые лишения, психологические нагрузки, табуированные темы интимных отношений) долгое время оставались за рамками официальной историографии и требуют дальнейшего беспристрастного изучения [3, 5, 12–15, 34].

5. Методологическое значение исследования заключается в обосновании необходимости комплексного подхода к изучению феномена женщин-фронтовиков. Сопоставление официальной статистики (часто неполной и разрозненной) с региональными архивными материалами и мемуарной литературой позволяет реконструировать более полную и достоверную картину. Поворот к военно-исторической антропологии и гендерной истории, осуществлённый в отечественной науке на рубеже XX–XXI вв., является методологически оправданным и перспективным, так как позволяет перейти от формального подсчёта потерь и наград к «человеческому измерению» войны – изучению повседневности, мотивации, психологических травм и механизмов преодоления [5, 6, 18, 35].
6. Практическая значимость и актуальность исторической памяти. Опыт мобилизации женщин-медиков в 1941–1945 гг. не имеет аналогов и сохраняет своё значение для современной военной медицины, планирования кадрового обеспечения Вооружённых сил в чрезвычайных ситуациях и локальных конфликтах, а также для организации массовой подготовки среднего медицинского персонала. Увековечение памяти о подвиге женщин-медиков (создание музеев, мемориалов, присвоение имён героинь медицинским училищам и колледжам) является важнейшим элементом военно-патриотического воспитания молодёжи, формирования профессиональной идентичности и преемственности поколений. Однако, как показано в исследованиях, в массовом историческом сознании и школьных учебниках образ женщины-фронтовика часто остаётся «на периферии», уступая место традиционному мужскому нарративу. Поэтому дальнейшее введение в научный оборот архивных документов, публикация мемуаров и проведение устноисторических интервью с ветеранами остаются актуальными задачами [3, 6, 25, 31].

Список литературы

1. Мурманцева В.С. Женщины в солдатских шинелях. – М.: Воениздат, 1971. – 160 с.
2. Мурманцева В.С. Советские женщины в Великой Отечественной войне. – М.: Мысль, 1974. – 272 с.

3. Мамяченков В.Н. Повседневная жизнь и деятельность женщин-медиков Советской армии в годы Великой Отечественной войны (по материалам интернет-проекта А.В. Драбкина «Я помню») // Подвиг Красной армии в сражениях Великой Отечественной войны. – Екатеринбург, 2025. – С. 58–61.
4. Кнопов М.Ш., Тарануха В.К. Вклад советской медицины в Великую Победу // Клиническая медицина. – 2015. – № 5. – С. 8–17.
5. Грибовская Г.А. Героический и самоотверженный труд медицинских сестер в Великой Отечественной войне // Медицинская сестра. – 2021. – № 3 (23). – С. 45–47.
6. Янцен И.Д. Женская фронтовая повседневность в годы Великой Отечественной войны как историографическая проблема // Вестник Самарского университета. История, педагогика, филология. – 2024. – Т. 30, № 2. – С. 31–36.
7. Каменева Г.Н. Служба женщин в военно-медицинских частях и учреждениях Юга России и их вклад в сохранение здоровья красноармейцев (1941–1945 гг.) // Гуманитарные и юридические исследования. – 2016. – № 1. – С. 70–80.
8. Мурадова Г.Я. Мобилизация женщин на территории Северо-Запада в годы Великой Отечественной войны. – 2009.
9. Шамова Л.Г. Женщины фронту. Из истории деятельности медицинских работников в годы Великой Отечественной войны (на материале Кировской области) // Общественное здоровье и организация здравоохранения, экология и гигиена человека. – Киров, 2020. – С. 79–83.
10. Центральный государственный архив историко-политических документов Санкт-Петербурга (ЦГАИПД СПб). Ф. 644. Оп. 1. Д. 25. Л. 63–64.
11. Кирсанов Н.А. Постановления Государственного Комитета Обороны СССР о мобилизации женщин в годы Великой Отечественной войны // Военная история России: проблемы и перспективы. – М., 2007. – С. 112–118.
12. Кривошеев Г.Ф. (ред.). Великая Отечественная война без грифа «секретно». Книга потерь. – М.: Вече, 2009. – 384 с.
13. Кривошеев Г.Ф., Андроников В.М., Буриков П.Д., Гуркин В.В., Круглов А.И., Родионов Е.И., Филимошин М.В. Гриф секретности снят: Потери Вооруженных Сил СССР в войнах, боевых действиях и военных конфликтах. – М.: Воениздат, 1993. – 415 с.

14. Журавлева Н.Т. Организация общественной помощи госпиталям в годы Великой Отечественной войны // Вопросы травматологии, ортопедии и переливания крови. – Киров, 1972. – С. 226–228.
15. Шнайдер И.В., Маркин В.Г. Причины больших людских потерь на фронтах Великой Отечественной войны и предпринятые советским командованием меры к их решению // Медицина в годы Великой Отечественной войны: материалы IV научно-теоретической онлайн-конференции. – Курск: КГМУ, 2021.
16. Кирсанов Н.А. Патриотическое движение советских женщин в годы Великой Отечественной войны // Вопросы истории. – 2007. – № 5. – С. 32–38.
17. Кирсанов Н.А. Мобилизация женщин в Красную армию в годы фашистского нашествия // Военно-исторический журнал. – 2002. – № 3. – С. 15–17.
18. Алексиевич С.А. У войны не женское лицо. – Минск: Мастацкая літаратура, 1985. – 317 с.
19. Арсеньева А. Записки фронтовой медсестры. – 2016.
20. Галанинская В.И. Будни медсанбата. Записки военной медсестры. – 2015.
21. Анваер С.И. Кровоточит моя память. Из записок студентки-медички. – М.: РОССПЭН, 2005.
22. Каменева Г.Н. Опыт службы женщин в рядах Военно-Морского флота (1941–1945 гг.): на материалах Юга России // Гуманитарные и юридические исследования. – 2021. – № 3.
23. Околотин В.С., Аннин А.Г. Постановления Государственного Комитета Обороны СССР и их реализация в Ивановской области в 1941 году: историко-правовой анализ // Право и государство: теория и практика. – 2025. – № 3. – С. 105–107.
24. Семёнов М.А. Движение медицинских кадров гражданского здравоохранения СССР в годы Великой Отечественной войны // Социально-экономический и гуманитарный журнал Красноярского ГАУ. – 2020. – № 3. – С. 119–131.
25. Будко А.А., Грибовская Г.А. Военная медицина в битве под Курском // Вклад военной медицины в победу советского народа в Великой Отечественной войне. – СПб.: ВМедА, 2010. – Т. 2. – С. 16–17.
26. Смирнов Е.И. Война и военная медицина 1939–1945. – М.: Медицина, 1979. – 524 с.
27. Смирнов Е.И. Опыт советской медицины в Великой Отечественной войне // Военно-медицинский журнал. – 1975. – № 5. – С. 8–14.

28. Кузьмин М.К. Советская медицина в годы Великой Отечественной войны. – М.: Медицина, 1979. – 238 с.
29. Маркин В.Г., Шнайдер И.В. Развитие военной медицины в годы Великой Отечественной войны // Медицина в годы Великой Отечественной войны: материалы IV научно-теоретической онлайн-конференции. – Курск: КГМУ, 2021.
30. Иванов Н.Г., Георгиевский А.С., Лобастов О.С. Советское здравоохранение и военная медицина в Великой Отечественной войне 1941–1945 гг. – Л.: Медицина, 1985. – 303 с.
31. Нуждин О.И., Нуждина Н.О. Медицинская служба 22-й армии в начальный период Великой Отечественной войны (июнь–август 1941 г.) // Подвиг Красной армии в сражениях Великой Отечественной войны. – 2025. – С. 58–61.
32. Сюзюмова К.Д. Организация донорского движения в блокадном Ленинграде // Медицина в годы Великой Отечественной войны: материалы IV научно-теоретической онлайн-конференции. – Курск: КГМУ, 2021.
33. Никитенко К.А. Развитие донорского движения в годы Великой Отечественной войны // Медицина в годы Великой Отечественной войны: материалы IV научно-теоретической онлайн-конференции. – Курск: КГМУ, 2021.
34. Мартынюк И.Б. Потери личного состава Вооруженных Сил СССР в годы Великой Отечественной войны // Актуальные проблемы гуманитарных и естественных наук. – 2018. – № 4. – С. 78–82.
35. Реброва И.В. «Женская» повседневность в проблемном поле истории Великой Отечественной войны // Женщина в российском обществе. – 2008. – № 2 (47). – С. 25–33.

© Устинов А.Л., Дудинская М.А.

УДК 614.253, 614.254

ЖИЗНЬ И ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ПАВЛА ДМИТРИЕВИЧА БОРОДИНА И ЕГО ВКЛАД В РАЗВИТИЕ УРАЛЬСКОЙ ХИРУРГИИ

Устинов А.Л.[1], Дудинская М.А.[1]

[1]Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования Уральский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения Российской Федерации, Екатеринбург, Россия

Резюме. Изучение биографии выдающихся врачей имеет важное значение для комплексного понимания закономерностей развития медицинской науки и практики. Цель работы: на основании систематизации материалов о жизненном пути и профессиональной деятельности П.Д. Бородина выявить ключевые аспекты его наследия, значимые для понимания развития уральской хирургии в контексте подготовки будущих специалистов. Материалы и методы. Проанализированы архивные материалы государственного автономного учреждения здравоохранения Свердловской области «Верхнепышминская центральная городская клиническая больница имени П.Д. Бородина» и проведено интервьюирование сотрудников данной медицинской организации. Результаты. Павел Дмитриевич Бородин (1938–1988) прошёл путь от сельского фельдшера до заведующего хирургическим отделением городской больницы. За годы работы он выполнил более 10 000 операций в условиях ограниченных ресурсов, значительно расширил спектр оперативных вмешательств в отделении и сформировал дисциплинированный коллектив. П.Д. Бородин уделял большое внимание наставничеству и поддержке молодых специалистов, подготовив ряд хирургов, впоследствии занявших ключевые позиции в системе здравоохранения региона. Заключение. Биография и профессиональная деятельность П.Д. Бородина демонстрируют модель эффективной организации региональной хирургической службы в советский период, основанную на самоотдаче, непрерывности лечебно-диагностического процесса и формировании профессиональной культуры. Выявленные принципы организации работы сохраняют высокую значимость в современных условиях цифровизации и стандартизации здравоохранения.

Ключевые слова: Павел Дмитриевич Бородин, врач, хирург, биография, профессиональная деятельность

THE LIFE AND WORK OF PAVEL DMITRIEVICH BORODIN AND HIS CONTRIBUTION TO THE DEVELOPMENT OF URAL SURGERY

Ustinov A.L.[1], Dudinskaya M.A.[1]

[1]Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education Ural State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation, Yekaterinburg, Russia

Summary. Studying the biographies of outstanding doctors is essential for a comprehensive understanding of the development of medical science and practice. The purpose of the work: based on the systematization of materials about the life path and professional activity of P.D. Borodin, to identify key aspects of his legacy that are significant for understanding the development of Ural surgery in the context of training future specialists. Materials and methods. The archival materials of the state autonomous healthcare institution of the Sverdlovsk region "Verkhnepyshminskaya Central City Clinical Hospital named after P.D." have been analyzed. Borodina" and conducted an interview with the staff of this medical organization. Results. Pavel Dmitrievich Borodin (1938-1988) worked his way up from a rural paramedic to head of the surgical department of a city hospital. Over the years, he has performed more than 10,000 operations in conditions of limited resources, significantly expanded the range of surgical interventions in the department and formed a disciplined team. Borodin paid great attention to mentoring and supporting young specialists, having trained a number of surgeons who later occupied key positions in the region's healthcare system. Conclusion. The biography and professional activity of P.D. Borodin demonstrate the model of effective organization of the regional surgical service in the Soviet period, based on dedication, continuity of the therapeutic and diagnostic process and the formation of professional culture. The identified principles of work organization remain of high importance in modern conditions of digitalization and standardization of healthcare.

Key words: Pavel Dmitrievich Borodin, doctor, surgeon, biography, professional activity

Введение

Изучение истории медицины имеет важное значение для понимания закономерностей развития медицинской науки и практики, формирования профессиональной этики и определения эффективных подходов к решению задач

системы здравоохранения в будущем. В современных условиях особую методологическую ценность приобретает анализ биографий выдающихся врачей-клиницистов и организаторов здравоохранения, чей профессиональный путь способствовал значительным преобразованиям в сфере здравоохранения, развитию медицины и формированию региональных научных школ. Необходимо отметить, что через призму биографического исследования восстанавливается не только последовательность событий, но и атмосфера эпохи, механизмы передачи эмпирического опыта и ценностные ориентиры, которые продолжают влиять на современную практику [1, с. 51-52; 2, с. 127,133; 3, с. 211-212; 4, с. 511-512].

Анализ вклада врачей в развитие медицины приобретает особую актуальность в условиях, когда стандартизация и цифровизация здравоохранения ставят под вопрос роль человеческого фактора: обращение к наследию исторических фигур позволяет сохранить профессиональную идентичность, выявить устойчивые модели адаптации к кризисам и наметить векторы развития медицины будущего [5; 6, с. 2-6; 7, с. 8-9].

Изучение региональной истории хирургии позволяет проследить, как общероссийские и мировые медицинские тенденции применяются в конкретных местных условиях. Уральская хирургия, формировавшаяся в период интенсивного промышленного развития, демографических сдвигов и ограниченных ресурсов, стала результатом последовательного труда поколений врачей-новаторов. Среди них выделяется Павел Дмитриевич Бородин, чья профессиональная деятельность пришлась на этап становления хирургической службы в регионе. Имя П.Д. Бородина носит крупная многопрофильная медицинская организация - государственное автономное учреждение здравоохранения Свердловской области «Верхнепышминская центральная городская клиническая больница имени П.Д. Бородина» [8].

Несмотря на отдельные упоминания в краеведческих и ведомственных изданиях, системный анализ жизненного пути этого врача, его профессионального наследия, клинических и организационных инициатив до настоящего времени не проводился. При этом именно такие фигуры служат «связующим звеном» между историческим опытом и актуальными задачами здравоохранения, с учетом современных контекстов и вызовов.

Цель работы

На основании систематизации материалов о жизненном пути и профессиональной деятельности П.Д. Бородина выявить ключевые аспекты его наследия, значимые для понимания развития уральской хирургии в контексте подготовки будущих специалистов.

Материалы и методы

Проанализированы архивные материалы государственного автономного учреждения здравоохранения Свердловской области «Верхнепышминская центральная городская клиническая больница имени П.Д. Бородина» и проведено интервьюирование сотрудников данной медицинской организации.

Результаты и обсуждение

Павел Дмитриевич Бородин родился 11 июля 1938 г. в деревне Сидорычи Яранского района Кировской области. После окончания школы он поступил в Яранское медицинское училище. По завершении обучения его направили в деревню Туанур заведующим фельдшерско-акушерским пунктом (см. рис. 1). За два года работы молодой фельдшер показал себя отличным специалистом и завоевал уважение жителей деревни. Несмотря на свою врожденную хромоту, он лично направлялся к пациентам для оказания медицинской помощи в любое время и при любых погодных условиях, что свидетельствовало о высоком уровне профессиональной ответственности, вовлеченности и эмпатии.

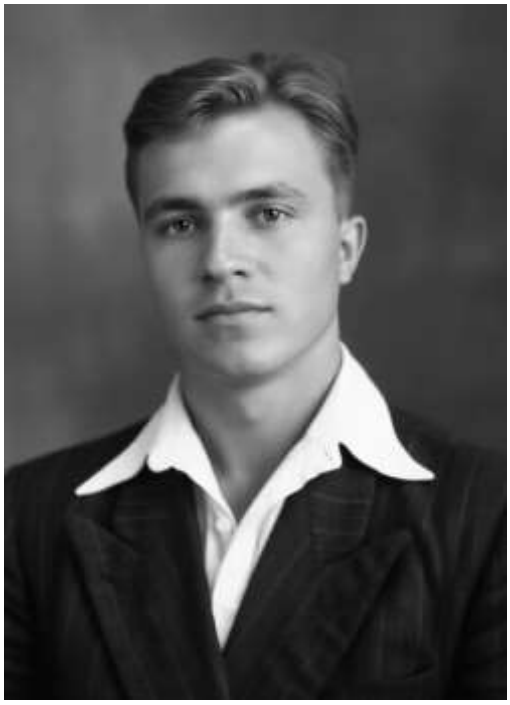


Рис. 1. П.Д. Бородин после окончания Яранского медицинского училища

В 1959 г. Павла Дмитриевича перевели заведующим врачебной амбулаторией в село Знаменское. Он совмещал лечебную деятельность с организаторской работой. Опытный не по годам, он успешно организовывал работу коллектива, а его внимательное отношение к пациентам неизменно вызывало уважение и служило профессиональным примером.

Молодой специалист понимал, что ему не хватает знаний, чтобы в должном объеме помогать людям и оказывать им качественную разнопрофильную медицинскую помощь, и поступил в 1962 г. в Свердловский медицинский институт. Он твердо решил стать хирургом. С августа 1963 г. он совмещал учебу в институте с работой фельдшером скорой помощи Верхнепышминской горбольницы № 1. Так он стал жителем г. Верхней Пышмы.

Институт Павел Дмитриевич окончил с отличием и остался работать в горбольнице № 1. 23 июля 1968 г. он был принят на должность хирурга (см. рис. 2). Врач старался не отставать от своих опытных коллег, известных и стажированных хирургов О.Н. Виноградовой, А.Д. Серебровой, Т.С. Морозовой, брался за самые сложные операции, сутками не выходил из отделения, наблюдая как идет восстановление больных после операции. Профессиональная деятельность П.Д. Бородина отличалась высокой степенью ответственности и неизменной готовностью к оказанию квалифицированной медицинской помощи вне зависимости от обстоятельств. В случае производственной необходимости он выезжал для проведения хирургических операций в Верхотурский район, находившийся на шефском контроле, а также регулярно оставался на дополнительные дежурства, обеспечивая непрерывность лечебно-диагностического процесса.



Рис. 2. П.Д. Бородин после окончания Свердловского медицинского института

Врач Бородин постоянно занимался повышением своей квалификации. Всем и всегда он говорил, что врач должен постоянно учиться. Он участвовал в медицинских конференциях в Свердловске, выступал с докладами по хирургии, проводил занятия с медицинскими работниками станции скорой помощи, педиатрами и терапевтами по неотложной хирургии.

Приказом по больнице № 99 от 2 октября 1975 г. на основании его устного согласия Павел Дмитриевич был назначен заведующим хирургическим отделением (см. рис. 3-4). В руководстве коллективом он придерживался принципов высокой профессиональной требовательности, сочетая их с личной ответственностью за клинические результаты лечения пациентов. П.Д. Бородин был прекрасным диагностом, не было случая, чтобы поставленный им диагноз не совпадал до и после операции. Его назначения строго выполняли и больные, и сотрудники отделения.



Рис. 3. П.Д. Бородин в процессе профессиональной деятельности



Рис. 4. П.Д. Бородин во время оперативного вмешательства

Под его руководством в отделении был сформирован коллектив, в котором поддерживались строгие стандарты организации лечебно-диагностического процесса, неукоснительно соблюдались принципы асептики и антисептики, реализовывались все доступные в тот период технологии обеспечения инфекционной безопасности в хирургии. П.Д. Бородин уделял значительное внимание формированию профессиональной корпоративной культуры: сотрудники активно участвовали в

общественной деятельности, конкурсах профессионального мастерства и самодеятельности. Несмотря на врождённую патологию опорно-двигательного аппарата, ограничивавшую мобильность, он выступал организатором культурно-массовых мероприятий для персонала, что способствовало укреплению командного взаимодействия и более эффективной коммуникации внутри коллектива.

Физические ограничения не препятствовали интенсивной хирургической практике: П.Д. Бородин регулярно проводил многочасовые оперативные вмешательства, стоя на одной ноге, демонстрируя высокую работоспособность и профессиональную выносливость. В воспоминаниях современников он характеризуется как врач, уделявший приоритетное внимание индивидуальному ведению пациентов, особенно в послеоперационном периоде и при сложных клинических случаях. П.Д. Бородин боролся за жизнь каждого человека, которая была для него безусловной ценностью. Его график работы отличался высокой интенсивностью при минимальном использовании выходных дней, что свидетельствовало об ориентации на непрерывность лечебного процесса и высочайшую врачебную ответственность.

Как заведующий отделением Павел Дмитриевич считал своей главной задачей внедрение новых методов хирургического лечения. Под его руководством в отделении была освоена методика резекции желудка, которая ранее делалась только в больницах г. Свердловска. Он добивался быстрого и качественного проведения операций, которые в те времена, за исключением только самых тяжелых случаев, делались под местной анестезией. За годы работы хирург П.Д. Бородин овладел широким спектром оперативных вмешательств, пройдя подготовку по смежным специальностям (травматология, урология, онкология), что позволило ему успешно и очень активно применять комплексный подход в лечении пациентов. Он брался за операции любой сложности, рисковал, боролся за каждого больного. Его профессиональная деятельность характеризовалась готовностью к проведению нестандартных непростых оперативных вмешательств, основанной на глубоких теоретических знаниях, клиническом опыте и строгом соблюдении хирургических стандартов того периода.

Своим опытом Павел Дмитриевич щедро делился с молодыми хирургами. Сформированная им профессиональная школа подготовила ряд хирургов, впоследствии занявших ключевые позиции в системе здравоохранения региона. В числе его последователей выделяется Олег Михайлович Гавриков, известный хирург

г. Верхней Пышмы, удостоенный знака отличия «За заслуги перед городским округом Верхняя Пышма», который открыто признавал П.Д. Бородина своим наставником и учителем. Профессиональное наследие обоих врачей зафиксировано в региональной медицинской историографии, сохраняется в профессиональной памяти и поддерживается благодарностью пациентов как пример высокого стандарта хирургической помощи и устойчивой преемственности врачебных традиций.

Несмотря на руководящую должность и соответствующие организационные обязательства, Павел Дмитриевич категорически отказывался от вступления в ряды коммунистической партии. Согласно воспоминаниям современников, данное решение обусловлено не идеологическими разногласиями, а большой личной скромностью и принципиальным неприятием формального подхода к общественной деятельности. При этом его профессионализм, этика и отношение к труду полностью соответствовали ценностям коллективизма советского периода, ответственности и бескомпромиссной требовательности к качеству медицинской помощи. Выступая с многочисленными лекциями и докладами, изучая новые методики и умело применяя их на практике, он не стремился защитить диссертацию и получить ученую степень. Это объясняется не недостатком теоретической подготовки, а сознательным приоритетом клинической практики над академической карьерой.

Интенсивный график клинической и управленческой работы оказывал существенное влияние на семейную жизнь П.Д. Бородина. Ненормированный рабочий день, регулярные ночные вызовы и дежурства в выходные дни требовали поддержки от супруги, Ирины Ивановны Бородиной. Ей досталась нелегкая миссия нести бремя семейной жизни практически в одиночку, часто самостоятельно решать все семейные вопросы, заниматься воспитанием детей. Подобная модель профессиональной самоотдачи, характерная для советской системы здравоохранения, отражала приоритет клинических и общественных задач над личным временем, что неоднократно отмечалось в архивных материалах и устных источниках.

Профессиональная деятельность П.Д. Бородина получила устойчивое продолжение и развитие в семейной медицинской династии. Его брат, супруга, сын Эдуард Павлович Бородин, а также представители последующих поколений выбрали для себя непростой путь в медицине, что свидетельствует о межпоколенческой трансляции профессиональных ценностей и клинических традиций. В частности, Э.П. Бородин стал хирургом-урологом, его супруга – врач-педиатр. Внук П.Д. Бородина окончил

медицинский вуз по направлению «Медико-профилактическое дело» и работает врачом по гигиене труда. Подобная преемственность подчеркивает роль семейного фактора в формировании кадрового потенциала и сохранении профессиональных стандартов в российском здравоохранении.

За годы работы Павел Дмитриевич выполнил более 10 тысяч оперативных вмешательств, демонстрируя неизменно высокий уровень клинической ответственности и приверженности принципу приоритета жизни пациента. Этот напряженный ритм работы не мог не сказаться на его собственном здоровье. 8 февраля 1988 г. П.Д. Бородин ушел из жизни в возрасте 49 лет. Его смерть стала значимой утратой для профессионального сообщества и системы здравоохранения региона.

О враче Бородине можно твердо сказать, что он отдал всю свою жизнь делу служения людям. Он работал не ради наград, их у него практически нет, только медаль «Ветеран труда» и знаки ударника коммунистического труда, ударника социалистического соревнования 1977 и 1979 гг. и Почетная грамота Верхнепышминского городского Совета народных депутатов. Высшая награда для него - память тех, чью жизнь он спас.

В память о выдающемся враче по инициативе группы хирургов и травматологов, при активном участии главного врача больницы Елены Михайловны Бубновой, в 2008 г. центральной городской больнице г. Верхней Пышмы было присвоено имя Павла Дмитриевича Бородина (Постановление городского округа Верхняя Пышма от 03.09.2008 №2118).

Выводы

Проведённое исследование позволило систематизировать архивные, биографические и устные источники о жизненном и профессиональном пути Павла Дмитриевича Бородина. Установлено, что клиническая деятельность П.Д. Бородина характеризовалась высокой диагностической точностью, успешным внедрением новых техник и технологий в хирургическую практику, а также готовностью к выполнению сложных вмешательств в условиях ресурсных ограничений. На организационном уровне он сформировал дисциплинированный коллектив, обеспечив строгое соблюдение принципов асептики, непрерывности лечебного процесса и корпоративной культуры. Важным компонентом его профессионального наследия

выступает активное наставничество, подготовившее ряд специалистов, впоследствии занявших ведущие позиции в системе здравоохранения Урала.

Анализ профессиональной деятельности П.Д. Бородина подтверждает методологическую значимость изучения региональных врачебных биографий для понимания эволюции хирургической помощи, формирования профессиональной этики и сохранения гуманистической основы медицины. Выявленные принципы организации хирургического отделения, преемственности знаний и индивидуального подхода к пациентам сохраняют свою актуальность в современных условиях цифровизации и стандартизации здравоохранения, выступая эталоном для подготовки будущих специалистов с учетом формирования и развития у них важных профессиональных и надпрофессиональных компетенций.

Выражаем благодарность коллективу государственного автономного учреждения здравоохранения Свердловской области «Верхнепышминская центральная городская клиническая больница имени П.Д. Бородина» за помощь в сборе материала и подготовке статьи.

Список литературы

1. Бергер, Е. Е. XX век: история медицины в поиске себя / Е. Е. Бергер // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2024. – Т. 23, № S3. – С. 50-54. – DOI: 10.15829/1728-8800-2024-4147. – EDN JXTJEY.
2. Демьяненко, И. А. Вклад выдающихся врачевателей древности в становление медицины / И. А. Демьяненко, О. С. Третьякова, И. А. Сухарева // Таврический медико-биологический вестник. – 2016. – Т. 19, № 3. – С. 127-134. – EDN XHWTLR.
3. Пильщикова, В. В. Роль истории медицины в формировании культуры личности студентов медицинского вуза / В. В. Пильщикова, Д. В. Веселова, Ю. А. Васильев // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2017. – № 4-1. – С. 211-212. – EDN YHGKVL.
4. Fagiolo S. Telling lives in medicine: the impact of biography collections in medical education / S. Fagiolo // J Med Libr Assoc. 2021. – Vol. 109, № 3. – P. 510-513. doi: 10.5195/jmla.2021.1312.

5. Галстян, А.Г. Цифровая трансформация в здравоохранении / А .Г. Галстян, В. А. Мартиросян // Электронный научный журнал «Век качества». 2024. №1. С. 88-104. [Электронный ресурс]: Режим доступа: http://www.agequal.ru/pdf/2024/124006.pdf (дата обращения: 14.04.2026 г.).
6. Гюльбяков, Н. Р. Цифровизация в здравоохранении: актуальный обзор литературы / Н. Р. Гюльбяков, Н. В. Алексеева, Х. Н. Гюльбякова // Международный научно-исследовательский журнал. – 2024. – № 11(149). – С. 1-8. DOI: 10.60797/IRJ.2024.149.90. – EDN RBZEOA.
7. Lorkowski J. Medical Records: A Historical Narrative / J. Lorkowski, M. Pokorski // Biomedicines. 2022. – Vol. 10. – P. 2594. DOI: 10.3390/biomedicines10102594. PMID: 36289856.
8. Жизнь доктора Бородина [Электронный ресурс]: Режим доступа: https://vpcgb.ru/ob-uchrezhdenii-1/o-nas/ (дата обращения: 14.04.2026 г.).

© Курочкина И.А., Мухлынина О.В.

УДК 159.9.072.

ИЗУЧЕНИЯ ОБРАЗА ПАТРИОТА В ЮНОШЕСКОМ ВОЗРАСТЕ

Курочкина И.А.[1], Мухлынина О.В.[1]

[1]Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Уральский государственный педагогический университет» Министерства просвещения Российской Федерации

Кафедра психологии профессионального развития

Резюме. В статье представлен теоретический анализ подходов к понятию «патриотизм». Приведены результаты эмпирического исследования образа патриота у студентов юношеского возраста. По результатам исследования было выявлено, что образ патриота соответствует образу «Я-патриот» у студентов. Значимыми ценностями для данной группы студентов стали ценности воспитанность и ответственность. Для респондентов характерно мировоззрение, взгляды, соответствующие патриоту. В то же время были выявлены статистически значимые различия в показателях, у студентов, обучающихся в разных учебных заведениях.

Ключевые слова: патриотизм, патриотическое воспитание, воспитанность, гражданственность, юношеский возраст, система ценностей.

STUDYING THE IMAGE OF A PATRIOT IN ADOLESCENCE

Kurochkina I.A.[1], Mukhlynina O.V.[1]

[1]Ural State Pedagogical University

Summary. The article presents a theoretical analysis of approaches to the concept of "patriotism". The results of an empirical study of the image of a patriot among young students are presented. According to the results of the study, it was revealed that the image of a patriot corresponds to the image of "I am a patriot" among students. The values of good manners and responsibility have become significant values for this group of students. The respondents are characterized by a worldview and views that correspond to the patriot. At the same time, statistically significant differences in indicators were found among students studying at different educational institutions.

Key words: patriotism, patriotic education, good manners, citizenship, adolescence, value system.

Введение

Проблема патриотического воспитания молодежи была и остается актуальной на всех этапах развития человечества. Трансформация системы ценностей привела к отчуждению подрастающего поколения от отечественной культуры, общественно-исторического опыта. Наличие внешних угроз, активизация деятельности экстремистских и террористических организаций требует переосмысление сущности патриотического воспитания, его места и роли в общественной жизни [9].

Вопросы патриотизма рассматриваются в сфере философии (Н.А. Бердяев, Н.А. Добролюбова, И.А. Ильин, В.С. Соловьев и др.). По их мнению, патриотизм основывается на духовных и моральных ценностях (Н.А. Бердяев); на национальном начале (В.С. Соловьёв); на духовном самоопределении (И.А. Ильин) [3].

Вопросы воспитания патриотизма освещены в трудах педагогов и психологов (В.А. Кольцова, А.С. Макаренко, В.А. Сухомлинский, В.А. Соснин, Н.Б. Трофимова, К.Д. Ушинский и др.). А.С. Макаренко. разработал концепцию воспитания гражданственности и патриотизма личности в коллективе. В работах К.Д. Ушинского подчеркивается важность воспитания любви к Родине, гуманности, трудолюбия, ответственности. По его мнению, патриотизм — не только важная задача воспитания, но и могучее педагогическое средство.

Под понятием «патриотизм» А.Б. Орлов понимает один из системообразующих компонентов национального самосознания, выражающийся в социальном чувстве любви и преданности своему Отечеству и народу [5].

Гражданский патриотизм как основу ценностно-мотивационной активности личности в инновационной деятельности рассматривает О.Б. Михайлова [4]..

Патриотизм является одной из базовых составляющих национального самосознания народа, выражающаяся в гордости и преданности своему отечеству, его истории, культуре, традициям [2].

В своих работах А.В. Потёмкин определяет психологическую структуру патриотизма, ее составляют: социально значимые и личностно значимые ценности, а также высокий уровень субъективного контроля [6].

В работах Н.Ф. Шайкудинова отмечается, что современные представления о патриотизме включают в себя не только военную оборону и защиту интересов страны, но

также и содействие экономическому развитию, социальной справедливости, культурному и образовательному прогрессу [8].

Воспитание и развитие патриотизма нашло свое отражение в системообразующих государственных правовых документах таких как: конституция РФ ст44, 67.1; Федеральном законе № 273 «Об образовании в Российской Федерации» и др.

На сегодняшний день одной из наиболее значимых задач системы образования является формирование социальной активности, коммуникабельности, эмоциональной устойчивости и толерантности среди молодежи [1].

Общая цель патриотического воспитания, по мнению Г.К. Селевко – воспитывать у подрастающего поколения любовь к Родине, гордость за свою Отчизну, готовность способствовать ее процветанию и защищать в случае необходимости [7].

Таким образом, мы видим, что единого общего определения патриотизма и подходов к его воспитанию нет. Большинство авторов определяют патриотизм, как любовь к Родине, Отечеству, но также есть и примеры патриотизма, как моральной позиции, нравственного и политического принципа, верность своей истории, преданность своей культуре.

Цель работы

Изучить особенности компонентов выраженности патриотизма у обучающихся гуманитарного колледжа и техникума «Рифей».

Материалы и методы

В исследовании применялись следующие эмпирические методы: анкетирование, тестирование, методы математико-статистического анализа.

Исследования нами были использованы следующие методики: анкета «Оценка воспитанности учащихся» Г.З. Файзуллиной; методика Ш. Шварца для изучения ценностей личности; методика СЖО Д.А. Леонтьева.

Исследование проводилось на базе ГБПОУ СО Уральский техникум «Рифей», в исследовании приняли участие 56 человек и ГБОУ СПО СО «Ирбитский гуманитарный колледж» – 44 человека. Общая характеристика выборки составила 100 респондентов, возраст участников от 16 до 21 года.

Результаты и обсуждение

Результаты описательной статистики я по методике «Оценка воспитанности учащихся» Г.З. Файзуллиной.

В группе студентов техникума «Рифей» 70% респондентов имеют высокие показатели по шкале «Патриотизм», в группе студентов колледжа – 36,36%. Такие результаты могут быть обусловлены спецификой направлений подготовки, а именно, обучающиеся техникума получают профессиональное образование, направленное на защиту безопасности людей (защита безопасности в чрезвычайных ситуациях, пожарная безопасность). Обучающиеся ИГК – педагогическое направление.

Согласно результатам диагностики нравственной воспитанности в группах испытуемых нравственная самооценка выражена выше в подгруппе обучающихся ИГК (у 25% респондентов), отрицательные ответы по шкале «Этика поведения» дали 43% респондентов, обучающихся техникума «Рифей», можно сделать вывод о том, что респондентам свойственно либо равнодушие, легкомысленное отношение, либо психологическое подавление эмоциональных состояний.

Проведенный дескриптивный анализ по методике «Смысложизненные ориентации» в подгруппах респондентов выявил следующее: наиболее выражены показатели по шкалам «Процесс» и «Локус контроля Я» в подгруппе студентов ИГК (43,19% и 63,64% соответственно). В подгруппе студентов техникума «Рифей» показатели выше по шкалам «Результат», «Локус контроля жизнь», «Осмысленность жизни» (51,76%, 42,86%, 57,14% соответственно). Можно сделать вывод, что для студентов ИГК характерны эмоциональная насыщенность жизни, вера в себя, целеполагание, умение наполнить свою жизнь смыслом. Для студентов техникума «Рифей» свойственно удовлетворенность самореализацией, выбором профессионального пути, они умеют принимать решения, нести ответственность за свой выбор, их отличает осмысленность жизни.

Диагностика системы ценностных ориентаций по Методике Ш. Шварца.

В ходе исследования мы рассматривали ценности, которые, с нашей точки зрения, соответствуют образу патриота (традиции, доброта, безопасность, универсализм, конформность, самостоятельность).

Для студентов ИГК свойственен универсализм как понимание, терпимость и защита благополучия людей и природы; конформность – сдерживание действий и побуждений, которые могут навредить другим и не соответствуют социальным ожиданиям; самостоятельность мысли и действия; безопасность и стабильность общества, отношений и самого себя.

На уровне индивидуальных приоритетов значимыми ценностями для этой группы являются доброта – сохранение и повышение благополучия близких людей;

универсализм; гедонизм и самостоятельность. Такие ценности как власть, традиции, конформизм для студентов колледжа малозначимы.

На уровне нормативных идеалов для студентов техникума «Рифей» характерны такие ценности как доброта, универсализм, самостоятельность, безопасность, традиции. Наименее значимыми – власть, гедонизм, стимуляция.

Система индивидуальных приоритетов представлена такими ценностями как традиции – уважение и ответственность за культурные и религиозные обычаи и идеи; гедонизм – стремление к наслаждению и чувственному удовольствию, безопасность и универсализм. Малозначимыми ценностями являются доброта, стимуляция, власть.

Результаты корреляционного анализа в подгруппе респондентов ИГК представлены в таблице 1.

Таблица 1.

Результаты корреляционного анализа в подгруппе обучающихся в ИГК

Шкалы	Положительная корреляционная связь	*r*	Отрицательная корреляционная связь	*r*
Цель	–	–	Конформизм (нормативные идеалы)	-0,353*
Результат	–	–	Универсализм (нормативные идеалы) Конформизм (нормативные идеалы)	-0,312* -0,309*

Примечание: * – уровень значимости корреляционной взаимосвязи 0,05; ** – уровень значимости корреляционной взаимосвязи 0,01.

В результате корреляционного анализа выявлены достоверно значимые отрицательные взаимосвязи (при $p<0,05$ и $p<0,01$) между:

- выявлены взаимосвязи между шкалами методики СЖО (цель, результат) и ценностями конформизм, и универсализм, т.е. чем выше у респондента осмысленность жизни, тем менее ему требуется стимуляция извне, он менее конформен и зависит от ближайшего окружения, имеет свое мнение и мировоззрение.

Таблица 2.

Результаты корреляционного анализа в подгруппе респондентов обучающихся в техникуме «Рифей».

Шкалы	Положительная корреляционная связь	*r*	Отрицательная корреляционная связь	*r*
Нравственность	Безопасность (индивидуальные приоритеты)	0,340*	Традиции (индивидуальные приоритеты)	-0,304*
Цель	Нравственность	0,278*	Традиции (индивидуальные приоритеты)	-0,280*
Результат	Нравственность Безопасность (нормативные идеалы)	0,319* 0,292*	–	–
Локус контроля Я	Безопасность (индивидуальные приоритеты) Нравственность	0,367** 0,300*	Традиции (нормативные идеалы)	-0,341
Локус контроля жизнь	Нравственность Безопасность (нормативные идеалы)	0,319* 0,352*	–	–
Осмысленность жизни	Безопасность (нормативные идеалы)	0,330*	–	–

Примечание: * – уровень значимости корреляционной взаимосвязи 0,05; ** – уровень значимости корреляционной взаимосвязи 0,01.

В результате корреляционного анализа выявлены положительные достоверно значимые взаимосвязи (при $p<0,05$ и $p<0,01$).

- шкала «Нравственность» коррелирует со шкалой «Безопасность», сформированная нравственность, как качество личности, предполагает заботу о близких людях и создание безопасной среды для себя и других;
- выявлены взаимосвязи между шкалами методики СЖО (цель, результат, локус контроля Я, локус контроля жизнь, осмысленность жизни) и шкалами

«Нравственность», ценностью безопасность, можно предположить, что чем выше у респондента осмысленность жизни, тем более он способен на нравственные поступки, у него выражена патриотическая направленность, он стремится к созданию безопасной среды для себя и своего окружения.

Достоверно значимые отрицательные взаимосвязи обнаружены между шкалами:

- «Нравственность», «Цели», «Локус контроля Я», и шкалой «Традиции» (индивидуальные и нормативные идеалы), можно сделать вывод, что не всегда человек, имеющий высокие нравственные ориентиры, четко поставленные цели, умеющий нести ответственность за свою жизнь, готов слепо следовать традициям общества (принятие обычаев, смирение, благочестие, принятие своей участи, умеренность) и следовать им.

Выводы:

В исследовании изучены показатели осмысленности жизни, ценностные ориентации, оценка нравственной осмысленности. Выявлены особенности выраженности компонентов патриотизма в группах студентов разных направлений подготовки (гуманитарного и системы безопасности). Результаты, полученные в группе студентов техникума «Рифей», позволяют сделать вывод, что в данной группе компоненты патриотизма выражены выше, чем в группе студентов колледжа ИГК.

Список литературы

1. Юревич А.В. Психологические аспекты патриотизма / А.В. Юревич. Текст: электронный // Прикладная юридическая психология. 2016. № 1. С. 5-21.
2. Ильин И.А. Путь к очевидности / И.А. Ильин. Москва: Республика, 1993. 431 с. Текст: непосредственный.
3. Большой психологический словарь / Под ред. Б.Г. Мещерякова, В.П. Зинченко. – 3-е изд. Москва: Прайм-Еврознак, 2003. 632 с. Текст: непосредственный.
4. Потемкин А.В. Национально-психологические особенности проявления патриотизма личности / А.В. Потемкин. Тольятти. 2009. 256 с. Текст: непосредственный.
5. Орлов А.Б. Психология личности и сущность человека: парадигмы, проекции, практики / А.Б. Орлов: учеб. пособие для студ. психол. фак. вузов. Москва: Академия. 2002. 272 с. Текст: непосредственный.

6. Михайлова О.Б. Гражданский патриотизм как основа ценностно-мотивационной активности личности в инновационной деятельности / О.Б. Михайлова. Текст: непосредственный // Вестник РУДН, серия Психология и педагогика. 2013. № 3.С.14-20.
7. Шайкудинова Н.Ф. Эволюция представлений о патриотизме в русской философии /Н.Ф. Шайхутдинова. Текст: электронный. // Humanity space International almanac VOL. 13, No 7, 2024. С. 597-604.
8. Бузыкина Ю.С. Социально-психологические характеристики молодежи, склонной к ксенофобии / Ю.С. Бузыкина. Текст: непосредственный // Актуальные проблемы исследования массового сознания: материалы V междунар. науч.-практ. конф. / отв. ред. В.В. Константинов. Пенза: Изд-во ПГУ, 2019. – С. 36–38.
9. Селевко Г.К. Энциклопедия образовательных технологий: В 2 т. / Г.К. Селевко. Москва: НИИ школьных технологий. 2006. Т. 2. 816 с. Текст: непосредственный.