



**ИСПОЛНИТЕЛЬНЫЙ КОМИТЕТ
СОДРУЖЕСТВА НЕЗАВИСИМЫХ ГОСУДАРСТВ**



**СБОРНИК
ИНФОРМАЦИОННО-
АНАЛИТИЧЕСКИХ
МАТЕРИАЛОВ**

**НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ
РАЗВИТИЯ СОТРУДНИЧЕСТВА
ГОСУДАРСТВ – УЧАСТНИКОВ СНГ
В ОБЛАСТИ ОХРАНЫ
ЗДОРОВЬЯ**



МИНСК 2026

**ИСПОЛНИТЕЛЬНЫЙ КОМИТЕТ
СОДРУЖЕСТВА НЕЗАВИСИМЫХ ГОСУДАРСТВ**

**НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ РАЗВИТИЯ
СОТРУДНИЧЕСТВА ГОСУДАРСТВ –
УЧАСТНИКОВ СНГ В ОБЛАСТИ
ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ**

Сборник информационно-аналитических материалов

Минск
Исполком СНГ
2026

Редакционная коллегия:

Матяш А.И. (главный редактор), Каримов И.М., Осипчик Д.В., Кастюк О.Н., Капустина О.А.

Дизайн и исполнение титульного листа: Мартемьянов О.А.

Некоторые аспекты развития сотрудничества государств – участников СНГ в области охраны здоровья : сб. информ.-аналит. материалов / Исполнительный комитет СНГ ; редкол.: А. И. Матяш (гл. ред.) [и др.]. – Мн. : Исполнительный комитет СНГ, 2026. – 69 с.

В Сборник информационно-аналитических материалов, посвященных охране здоровья, вошли статьи о некоторых итогах проведения по инициативе Республики Казахстан в Содружестве Независимых Государств в 2025 году Года первичной медико-санитарной помощи, объявленного Советом по сотрудничеству в области здравоохранения СНГ, развитию взаимодействия государств – участников СНГ в области медицины катастроф и недопущения распространения опасных инфекций, а также об отдельных аспектах подготовки онкологов и внедрения новых технологий в диabetологии, текущей ситуации с потреблением продуктов, создающих повышенные риски различных заболеваний.

Сборник будет представлять интерес для сотрудников заинтересованных министерств и ведомств государств – участников СНГ, специалистов по международному сотрудничеству в области здравоохранения, преподавателей, аспирантов и студентов, а также для других категорий читателей, интересующихся общими вопросами охраны здоровья на пространстве Содружества.

Исполнительный комитет СНГ, 2026
220030, г. Минск, ул. Кирова, 17

СОДЕРЖАНИЕ

ПРЕДИСЛОВИЕ.....	6
ГЛАВА 1. СОТРУДНИЧЕСТВО ПО ВОПРОСАМ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ОРГАНИЗАЦИИ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО- САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ	7
Международный научный проект «Изучение моделей организации первичной медико-санитарной помощи в государствах – участниках Содружества Независимых Государств».....	7
Гармонизация подготовки врачей общей практики (семейных врачей) на пространстве Содружества.....	10
Обзор развития различных аспектов первичной медико-санитарной помощи в контексте национальных систем здравоохранения государств – участников Содружества Независимых Государств: аспект цифровизации	13
Обзор развития различных аспектов первичной медико-санитарной помощи в контексте национальных систем здравоохранения государств – участников Содружества Независимых Государств: аспект кадровых ресурсов	33
ГЛАВА 2. СОТРУДНИЧЕСТВО В ОБЛАСТИ МЕДИЦИНЫ КАТАСТРОФ И ОБЕСПЕЧЕНИЯ САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ	38
Сотрудничество в области медицины катастроф, организации и оказания медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях	38
Внедрение мобильных лабораторий и мобильных технологий в сфере обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия на пространстве СНГ	41
Эпидемиологическая ситуация по инфекционным болезням, ассоциируемым с чрезвычайными ситуациями санитарно- эпидемиологического характера или возможностью их возникновения, в государствах – участниках СНГ в 2025 году.....	44
ГЛАВА 3. СОТРУДНИЧЕСТВО В ОБЛАСТИ ПОДГОТОВКИ КАДРОВ И ВНЕДРЕНИЯ НОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В НЕКОТОРЫХ ОТРАСЛЯХ МЕДИЦИНЫ	49
Объединение молодых специалистов Содружества Независимых Государств – важный вектор деятельности АДИОР СНГ и Евразии	49
Использование возможностей искусственного интеллекта в диабетологии в государствах – участниках СНГ	56

ГЛАВА 4. ВОПРОСЫ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ЗДОРОВОГО ПИТАНИЯ В ГОСУДАРСТВАХ – УЧАСТНИКАХ СНГ	62
Реклама продуктов питания и безалкогольных напитков на телевизионных каналах, ориентированных на детей и подростков в странах СНГ	62
Снижение потребления соли на популяционном уровне в странах СНГ: экономические аргументы и лучшие практики	66

ПРЕДИСЛОВИЕ

2026 год объявлен в СНГ Годом охраны здоровья. Сотрудничество государств – участников Содружества в этой области всегда отличалось высокой интенсивностью и наличием тесных контактов между медиками, работающими по самым разным направлениям и профилям.

Под эгидой Совета по сотрудничеству в области здравоохранения СНГ на текущий момент функционирует десять базовых организаций, специализирующихся на широком спектре вопросов от терапии и профилактической медицины, информатизации здравоохранения и контроля качества и финансирования медицинской помощи до онкологии, гематологии, травматологии и ортопедии, психиатрии и наркологии, а также реагирования на угрозы в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения. По вопросам лекарственного обеспечения и санитарного нормирования, проблемам инфекционных и неинфекционных заболеваний, ряду других направлений функционирует более десятка межгосударственных комиссий, координационных и экспертных советов, рабочих групп.

Основной целью работы обширной инфраструктуры сотрудничества в этой области является обмен лучшими практиками и научными разработками, проведение совместных мероприятий и укрепление взаимодействия в интересах сохранения здоровья граждан, а также обеспечения качественной и доступной медицинской помощи на всем пространстве Содружества.

В Сборнике информационно-аналитических материалов, посвященных охране здоровья, представлены статьи, подготовленные ведущими экспертами ряда профильных базовых организаций государств – участников СНГ и рабочих органов отраслевого Совета, в том числе с привлечением специалистов национальных организаций здравоохранения.

ГЛАВА 1.

СОТРУДНИЧЕСТВО ПО ВОПРОСАМ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ОРГАНИЗАЦИИ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ

**Международный научный проект «Изучение моделей организации
первичной медико-санитарной помощи в государствах – участниках
Содружества Независимых Государств»**

Драпкина О.М., Шепель Р.Н., Кулкаева Г.У., Ющицина Н.Г.,
Короткова А.В., Наумова Я.С.

*Базовая организация государств – участников СНГ в области терапии
и профилактической медицины – ФГБУ «Национальный медицинский
исследовательский центр терапии и профилактической медицины»
Министерства здравоохранения Российской Федерации*

Международный научный проект «Изучение моделей организации первичной медико-санитарной помощи в государствах – участниках Содружества Независимых Государств» (Модели ПМСП в СНГ) выполнялся в 2025 году членами рабочей группы «Терапия и первичная медико-санитарная помощь» (РГ ТиПМСП) Общественного совета базовой организации государств – участников СНГ в области терапии и профилактической медицины на базе федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России).

Выполнение проекта внесло вклад в реализацию следующих пунктов Плана мероприятий по реализации Стратегии «Здоровье населения государств – участников Содружества Независимых Государств» на 2024–2025 годы:

1.1. Совершенствование национального законодательства, определяющего полномочия и ответственность за создание условий в целях сохранения и укрепления здоровья и формирования здорового образа жизни;

1.2. Дальнейшее укрепление роли первичного звена медицинской помощи в профилактике и борьбе с инфекционными заболеваниями.

Проект Модели ПМСП в СНГ был разработан исходя из важности укрепления первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) для всей системы здравоохранения.

На портале ВОЗ, через который проводится онлайн-опрос стран в области ПМСП, отмечено¹, что укрепление систем здравоохранения, основанных на принципе приоритета ПМСП, лежит в основе прогресса в достижении всеобщего охвата услугами здравоохранения (ВОУЗ) и безопасности здравоохранения. Это требует укрепления потенциала и эффективности системы здравоохранения, связанных с тремя основными компонентами ПМСП: 1) комплексными медицинскими услугами с упором на первичную

¹ Orienting health systems towards a PHC approach: An integrated assessment of policies, plans and practices
22 November 2024. <https://who.kaianalytics.com/>.

медицинскую помощь и важнейшие функции общественного здоровья; 2) многосекторальной политикой и действиями по систематическому воздействию на более широкие детерминанты здоровья и 3) расширением прав и возможностей людей и сообществ в деле укрепления здоровья и благополучия.

Достижение прогресса в создании систем, ориентированных на ПМСП, требует перехода от систем и услуг, разработанных вокруг болезней или программ, к более инклюзивному, интегрированному и ориентированному на людей подходу, который обеспечивает справедливое предоставление высококачественных комплексных медицинских услуг, максимально приближенных к месту проживания и работы, обеспечивая при этом финансовую защиту и никого не оставляя без внимания.

Цели проводимого опроса заключались в том, чтобы:

быстро получить представление о прогрессе страны в укреплении систем здравоохранения, в том числе через призму ПМСП;

поддерживать текущие диалоги и процессы разработки политики и планирования на страновом уровне, предоставляя информацию, помогающую выявлять критические узкие места и направлять меры по внедрению и распределению ресурсов для укрепления систем здравоохранения, в том числе с помощью подхода, основанного на ПМСП;

сделать выводы о степени прогресса и пробелах в разных странах, чтобы обогатить общее понимание разнообразия систем здравоохранения, ориентированных на ПМСП, и для поддержки межстранового обучения и обмена опытом.

Информация, собранная в ходе этого опроса, будет использована в сочетании с другими доступными данными для получения всестороннего представления о состоянии системы ПМСП в странах и позволит получить данные по ключевым показателям, которые государства-члены согласились отслеживать и отчитываться в рамках Четырнадцатой Общей программы работы ВОЗ на 2025–2028 гг.²

Члены РГ ТиПМСП при разработке проекта Модели ПМСП в СНГ в сотрудничестве с Географически удаленным офисом ВОЗ по первичной медико-санитарной помощи в Алматы (Республика Казахстан) приняли во внимание содержание глобального опросника ВОЗ по ПМСП, но разработали свой опросник, ориентированный на модели систем здравоохранения на пространстве Содружества, для достижения цели проекта – изучение моделей организации первичной медико-санитарной помощи в странах СНГ.

Для достижения были поставлены задачи:

1. Провести анализ текущих моделей организации службы ПМСП в странах-участницах проекта.

² Сайт ВОЗ, раздел Fourteenth General Programme of Work. <https://www.who.int/about/general-programme-of-work/fourteenth>.

2. Систематизировать результаты, выявить ключевые особенности, сильные стороны, возможности и ограничения существующих подходов к организации ПМСП.

3. Содействовать обмену опытом между странами СНГ, способствуя интеграции успешных решений в национальные системы здравоохранения.

Исследование предполагает сбор и агрегацию фактического материала, характеризующего организацию ПМСП в каждой из стран-участниц проекта.

Для достижения поставленной цели проекта разработан инструментарий – анкета, позволяющая учесть ключевые характеристики организационных моделей ПМСП. В разработке анкеты и сборе данных участвовали научные и (или) экспертные организации от каждой страны, ответственные за внесение информации в инструментарий.

Источники данных для исследования: анкета (экспертная карта), заполненная научной и (или) экспертной организацией от каждой страны.

Методы исследования: обработка данных проводится путем контекстного сравнительного анализа для выявления различий и общих черт в подходах к организации ПМСП в странах-участницах проекта, а экспертная оценка – для формирования научно обоснованных выводов и рекомендаций.

В течение 2025 года была разработана концепция реализации проекта и одобрена Общественным советом базовой организации государств – участников СНГ в области терапии и профилактической медицины проекта; разработаны и утверждены странами-участницами паспорт и план исследования, формы анкеты. Анкета была сформирована в электронной форме и направлена членам РГ ТиПМСП для заполнения. На основе полученных заполненных анкет формируется база данных с результатами анкетирования. В дальнейшем будет подготовлено формализованное систематизированное описание организационных моделей ПМСП и их ключевых особенностей в каждой из стран-участниц.

Итоги исследования будут подведены в научном отчете и представлены членам Общественного совета на итоговом заседании. Также планируется публикация результатов исследования с участием всех кураторов проекта. Полученный материал будет использован для последующей разработки «Атласа передовых практик организации ПМСП в СНГ».

Гармонизация подготовки врачей общей практики (семейных врачей) на пространстве Содружества

Драпкина О.М., Шепель Р.Н., Кузнецова О.Ю., Короткова А.В.,
Бримкулов Н.Н., Савченко Е.Д., Ажимамбетова Г.К., Азизова Ф.Л.,
Ахмедов Х.С., Ботбаева Э.И., Демушкан О.Ю., Долонбаева З.А.,
Курманова Г.М., Абдугулова Г.З., Кушимбаева К.Ш., Моисеева И.Е., Мурат А.,
Мухсинзода Г.М., Маннонов О., Наумова Я.С., Патеюк И.В., Сачек М.М.,
Сафиева З.А., Туракулов Р.И., Турушева А.В., Уразалиева И.Р.,
Усубалиев М.Б., Халметова Ф.И., Хасенова А.Ж.

*Базовая организация государств – участников СНГ в области терапии
и профилактической медицины – ФГБУ «Национальный медицинский
исследовательский центр терапии и профилактической медицины»
Министерства здравоохранения Российской Федерации*

Международный научный проект «Гармонизация подготовки врачей общей практики (семейных врачей) на пространстве Содружества» (Гармония ВОП-СНГ) был выполнен в 2025 году членами рабочей группы «Терапия и первичная медико-санитарная помощь» (РГ ТиПМСП) Общественного совета базовой организации государств – участников Содружества Независимых Государств в области терапии и профилактической медицины на базе ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России).

В Стратегии «Здоровье населения государств – участников Содружества Независимых Государств» особое внимание уделяется формированию кадрового потенциала первичной медико-санитарной помощи (ПМСП), включая стандарты и программы подготовки врачей. Выполнение проекта Гармония ВОП-СНГ внесло вклад в реализацию следующих пунктов Плана мероприятий на 2024–2025 годы по реализации Стратегии:

1.1. Совершенствование национального законодательства, определяющего полномочия и ответственность за создание условий в целях сохранения и укрепления здоровья и формирования ЗОЖ;

1.2. Дальнейшее укрепление роли первичного звена медицинской помощи в профилактике и борьбе с неинфекционными заболеваниями.

Во всех странах пространства Содружества уже более 35 лет внедряется институт врачей общей практики (семейных врачей) (ВОП-СВ). Но каждая страна СНГ идет своим путем: разрабатывает свои нормативные правовые акты (НПА), использует свои программы обучения и подготовки, внедряет свои организационные и финансовые решения. Вместе с тем медицинские кадры обладают значительной мобильностью на пространстве Содружества, а различия в их подготовке и в национальных НПА создают проблемы адаптации к новым условиям и не способствуют межстрановому обмену опытом. Общая проблема повышения качества подготовки специалистов первичного звена здравоохранения – врачей общей практики (семейных врачей) – стоит перед министерствами здравоохранения всех стран СНГ, что и обусловило заинтересованность членов РГ ТиПМСП провести исследование схожести и различий в программах их подготовки на пространстве СНГ. После одобрения концепции исследования

Общественным советом базовой организации и получения одобрения Этическим советом члены РГ ТиПМСП разработали паспорт и дизайн проекта.

Цель научного проекта была определена как исследование текущей ситуации и определение перспективы гармонизации подготовки ВОП-СВ в государствах – участниках СНГ для улучшения качества оказания ПМСП.

Для достижения цели были сформулированы следующие задачи:

1. Оценить состояние кадрового потенциала врачей общей практики (семейных врачей) в странах СНГ в настоящее время.

2. Разработать инструменты для оценки нормативно-правовых документов, регулирующих работу врачей общей практики (семейных врачей) в странах СНГ, и выявить факторы, способствующие (препятствующие) полной реализации профессиональных компетенций врача данной специальности.

3. Разработать инструменты для оценки существующих программ обучения на додипломном уровне по специальности «общая врачебная практика (семейная медицина)» и выявить ключевые факторы, которые могут повлиять на качество обучения.

4. Разработать инструменты для оценки существующих программ обучения в ординатуре (интернатуре) по специальности «общая врачебная практика (семейная медицина)» и выявить ключевые факторы, которые могут повлиять на качество обучения.

5. Разработать предложения по подходам к гармонизации требований к подготовке специалистов в странах СНГ и их профессиональной деятельности с учетом компетентностного подхода.

6. Определить перспективы внедрения гармонизированного подхода к подготовке специалистов и их профессиональной деятельности в странах СНГ.

Исследование проводилось с апреля по ноябрь 2025 г. учеными-экспертами медицинских вузов Беларуси, Казахстана, Кыргызстана, России, Таджикистана и Узбекистана в рамках международного научного проекта. Для сбора данных были разработаны и согласованы три онлайн-анкеты, включавшие вопросы, касающиеся численности кадров ВОП-СВ, нормативно-правовой базы, образовательных стандартов, компетенций и профессиональных требований. Сбор информации проводился по состоянию на 1 сентября 2025 г., статистические данные использовались за 2024 год.

Эксперты применили контекстный анализ национальных нормативных документов, образовательных программ и профессиональных стандартов по специальности общая врачебная практика (семейная медицина). Для анализа данных применялись статистический, аналитический и контекстно-сравнительный методы, что позволило определить общие и специфические особенности подготовки ВОП-СВ в странах СНГ.

На основе разработанных исследовательских инструментов (опросников и чек-листов) в процессе выполнения проекта участники оценили состояние кадрового потенциала врачей общей практики (семейных врачей) в странах СНГ, изучили особенности «портрета врача общей практики (семейного врача)»; проанализировали национальные НПА, регулирующие работу ВОП-СВ, и программы обучения и подготовки. Анализ НПА и образовательных стандартов в странах-участницах в отношении специальности ВОП-СВ показал

их схожие характеристики и в то же время достаточно выраженные различия. В целом, образовательные стандарты, нормативная правовая база, структуры программ и используемые подходы (прежде всего – компетентностный подход) достаточно близки, что во многом связано с традициями еще «советской» медицинской школы и тем, что базовые принципы специальности во всех изученных странах разрабатывались исходя из принципов, предложенных академиком И.Н. Денисовым в 1990 году. В последующие годы некоторые направления развития института ОВП-СМ по странам-участницам существенно разошлись, но все страны подтверждают приверженность его развитию и продолжают подготовку ВОП-СВ как путем специализации по этой дисциплине других специалистов (прежде всего врачей-терапевтов), так и выпускников медицинских вузов.

Результаты анализа позволили заключить, что, хотя образовательные программы и не эквивалентны, но в значительной степени близки, и перспективы их гармонизации имеют хороший базис. Расхождения в НПА, программах и требованиях препятствуют их формализованной унификации на пространстве Содружества, но потребность в гармонизации требований к подготовке специалистов и их профессиональной деятельности актуальна в свете единого трудового пространства Содружества и процессов миграции кадровых ресурсов здравоохранения – это требование времени.

В этом свете целесообразно продолжение совместной исследовательской работы для решения не вошедших в настоящее исследование вопросов: понимания стимулов для студентов и медицинских работников в специализации по ОВП-СМ, сравнения подготовки ВОП-СВ и участковых терапевтов; изучения роли участковых врачей-педиатров и врачей-акушеров-гинекологов и их взаимодействия с ВОП-СВ, а также взаимодействия с другими специалистами первичного звена здравоохранения. Также требует внимания быстро развивающийся вид ПМСП – мобильные бригады, и как при этом выполняется территориально-участковый принцип организации ПМСП и что необходимо в связи с этим включить в программу подготовки ВОП-СВ. Необходимо изучить структуру занятости штатных должностей ВОП-СВ другими специалистами и совместительство для учета при планировании развития кадровых ресурсов, включая обучение и подготовку.

Интерес для дальнейших исследований представляет цифровая трансформация ПМСП, в том числе цифровизация процессов подготовки ВОП-СВ. Также необходимо определить перспективы гармонизации и подготовки специалистов ВОП-СВ с учетом их рабочих функций и стоящих на повестке дня вопросов, включая реализацию социальной роли ВОП-СВ и вовлечение пациента в управление своим здоровьем с использованием самоменеджмента и технологий телездоровоохранения.

Для продвижения на пути гармонизации и для совершенствования подготовки врачей общей практики (семейных врачей) в странах СНГ и реализации подходов, ориентированных на укрепление ПМСП, признано целесообразным реализовать в 2026 году новый проект для решения вопросов, которые возникли в результате выполненного исследования.

Обзор развития различных аспектов первичной медико-санитарной помощи в контексте национальных систем здравоохранения государств – участников Содружества Независимых Государств: аспект цифровизации

Драпкина О.М., Шепель Р.Н.,

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Министерства здравоохранения Российской Федерации, ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Министерства здравоохранения Российской Федерации,

Короткова А.В.¹, Наумова Я.С., Тыцкий И.Е.

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Министерства здравоохранения Российской Федерации,

Ахвердиев Г.О.,

Центр общественного здравоохранения и реформ Министерства здравоохранения Азербайджанской Республики,

Щербинский А.А.,

ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинских технологий, информатизации, управления и экономики здравоохранения», Республика Беларусь,

Сачек М.М.,

УО «Белорусский государственный медицинский университет»,

Кулкаева Г.У.,

Национальный научный центр развития здравоохранения им. С. Каирбековой Министерства здравоохранения Республики Казахстан,

Акматов Т.А.

Центр электронного здравоохранения при Министерстве здравоохранения Кыргызской Республики,

Бримкулов Н.Н.,

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева,

Мухсинзода Г.М.,

Министерство здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан,

Нурыева С.А.,

Государственная санитарно-эпидемиологическая служба Министерства здравоохранения и медицинской промышленности Туркменистана,

Уразалиева И.Р.,

Школа общественного здравоохранения Ташкентской медицинской академии, Республика Узбекистан

Огнева Е.Ю.

ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Актуальность составления настоящего обзора обусловлена определенным на государственном уровне высоким приоритетом ускорения процессов

¹ Автор, ответственный за переписку.

цифровизации здравоохранения² и развития сотрудничества в области здравоохранения на пространстве Содружества Независимых Государств (СНГ)³. Цель – собрать информацию и проанализировать перспективность использования международного опыта и рекомендаций для цифровизации первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) в контексте цифровизации информационных систем здравоохранения (ИСЗ) в государствах – участниках СНГ.

Общее в цифровизации ИС ПМСП и ИСЗ на пространстве СНГ

В исследуемых государствах – участниках СНГ в управлении, планировании и финансировании государственных секторов в дополнение к механизмам государственного управления используются также и рыночные механизмы, но в значительно различающихся по странам масштабах. Тем не менее, в цифровой трансформации экономики и всех отраслей роль правительства – главная и решающая, хотя так сложилось, что разработкой собственно цифровых технологий (ЦТ) занимаются в основном частные структуры. Во всех наших странах при текущем секторальном планировании и бюджетировании, а также при обосновании и мониторинге целевых программ правительства опираются на данные государственной статистики, которые периодически собираются из всех ведомств единым государственным статистическим органом на основе законодательно установленных отчетных форм и показателей, но пока актуальные статистические данные в режиме реального времени малодоступны. Для целей национального развития, оперативного и комплексного информационного обеспечения принятия решений практически во всех государствах – участниках СНГ разработаны и приняты концепции и стратегии развития информационного общества и цифровизации государственных секторов и экономики в целом, а также наметился или начал осуществляться переход от экспертного принятия решений на основе статистических данных к управлению с использованием интеллектуальных систем для анализа актуальных достоверных данных, полученных напрямую от первоисточника (экономика данных), в чем статистические органы призваны помочь, соответственно перестроившись.

Задача цифровизации решается в наших странах комплексно: созданы национальные органы, совершенствуется нормативно-правовая база, развиваются государственные системы межведомственного электронного взаимодействия (СМЭВ) и цифрового информационного обслуживания населения – системы электронных государственных услуг (Госуслуги); в составе последних формируются «цифровые двойники» каждого человека, складывающиеся из его ведомственных профилей, а в перспективе – создание цифровых портретов семей. В странах СНГ степень зрелости этих систем и наполненности данными различается, но подходы и принципы построения и направления развития схожие.

² Распоряжение Правительства Российской Федерации от 17 апреля 2024 г. № 959-р «Об утверждении стратегического направления в области цифровой трансформации здравоохранения».

³ Интернет-портал СНГ. Итоги деятельности Совета по сотрудничеству в области здравоохранения СНГ в 2024 году. https://e-cis.info/cooperation/3772/124631/?sphrase_id=209457.

Цифровизация ИСЗ в наших странах проводится в сопряжении с процессом цифровизации национальной экономики, зависит от общегосударственных решений и напрямую связана с цифровизацией информационных систем (ИС) других секторов; а цифровизация ИС ПМСП, соответственно, – часть этого процесса. В изучаемых странах СНГ разработаны и приняты стратегии (или разделы в более общих стратегических документах) по развитию и цифровизации ИСЗ и планы их выполнения, включая развитие телездравоохранения, хотя в этой области формируется своя нормативная правовая подобласть, получившая импульс развития в период пандемии COVID-19.

Во всех изучаемых странах созданы системы электронных медицинских карт (ЭМК) в составе медицинских информационных систем (МИС) медицинских организаций (МО), при этом путь их создания и развития схож, но каждая страна находится на различных его отрезках и, соответственно, различается масштаб охвата: от МИС в отдельных МО до внедрения на уровне нескольких регионов и всей страны.

В перспективе для достижения цели системы здравоохранения – перманентного оказания персонифицированной помощи человеку в управлении своим здоровьем («умной медицины») – каждой стране предстоит пройти путь до создания государственной интегрированной ИСЗ с интегрированной ЭМК и региональными интегрированными МИС на единой государственной платформе.

Также предстоит встроить в интегрированную ИСЗ системы с технологиями ИИ (создаются сейчас во всех исследуемых странах) и мобильные приложения для здоровья, рынок которых развивается параллельно.

Системы ИИ создаются компаниями-разработчиками в сотрудничестве с ведущими национальными научными центрами. Лидируют следующие профили оказания медицинской помощи по числу создаваемых ИИ-решений: онкология, терапия, акушерство и гинекология, радиология, эндокринология, травматология и ортопедия, кардиология, нейрохирургия, офтальмология, гастроэнтерология⁴. По типам медицинские изделия с технологиями ИИ (МИ с ИИ) можно разделить по предназначению: для поддержки принятия решений в различных лечебно-диагностических процессах (анализ медицинских изображений, системы поддержки принятия врачебных решений (СППВР) на основе анализа ЭМК); для улучшения взаимодействия с пациентами; системы для поддержки принятия управленческих решений (СППУР), включая технологии обработки естественного языка для ведения медицинской документации [1].

В чем схожесть на пространстве СНГ взаимоотношений «врачи – пациенты» и «врачи – разработчики цифровых ИС и приложений»? Авторы исследования взаимоотношений врача и пациента [2] отмечают, что

⁴ Выступление Ванькова В.В. на IX Всероссийской научно-практической конференции «ИТМ ИИ 2025» 6 февраля 2025г. <https://itportal.elcos.ru/itmai2021/about/news/konferentsiya-itm-ii-2025-zavershena/>.

традиционная модель, сложившаяся на протяжении многих столетий, тяготеет к патерналистскому стилю взаимоотношений со стороны врача и основана на информационной асимметрии. Но в современном информационном обществе изменение такой модели («непослушание» пациентов) авторы объясняют феноменом «всезнания», сформированного у пациентов благодаря обширнейшей информации преимущественно низкого качества из средств массовой информации, включая Интернет, с одной стороны, а с другой – техническим отдалением врача от пациента, обусловленным цифровизацией среды. Авторы исследования заключают, что с помощью рефлексии и оценки динамики происходящих процессов врачам необходимо самим прогрессивно и доказательно использовать современные информационные технологии (ИТ), тем самым укрепляя свою роль главного помощника человека в управлении своим здоровьем.

Схожую информационную асимметрию мы видим и во взаимоотношениях врачебного сообщества и ИТ-компаний. Разработчики ИС (ИТ-специалисты) владеют знаниями и инструментами перевода в цифровой (электронный) формат лишь уже существующих информационных «бумажных» технологий (учета и отчетности, медицинских записей, статистического анализа, протоколов, порядков и операционных процедур оказания медицинской помощи и т.д.), а также медицинских знаний из учебников, справочников, клинических рекомендаций, клинических руководств, инструкций по использованию измерительных приборов и инструкций по применению лекарственных средств и т.д. Для этого врачи, если и нужны, то в качестве консультантов. В то же время врачебное сообщество знает то, чего не могут знать ИТ-специалисты, – какие задачи и как нужно поставить и решить для создания интеллектуальных систем, как обучить ИИ дифференциальной диагностике и ведению больных с сочетанной патологией, как выстроить алгоритм дистанционного ведения больного с использованием отвечающих научно обоснованным требованиям мобильных технологий, как изменить маршрутизацию пациентов с учетом возможностей телемедицины и многое другое, где нужны научные медицинские знания и опыт. Генеративный ИИ не может решать такие задачи, потому что в информационном пространстве таких ответов пока нет – то есть для ИИ нет базиса для генерализации решений.

Таким образом, на пространстве СНГ знания и научный потенциал для развития интеллектуальных ИС и ЦТ, включая мобильные и телемедицинские, находятся в профильных государственных научных и медицинских центрах, а интеллектуальная собственность на разработанные (с консультативной поддержкой врачей) цифровые продукты принадлежит в основном частным ИТ-компаниям, и государственные МО вынуждены их покупать (государство платит дважды). Но, следуя рекомендациям ВОЗ о ведущей роли государства в цифровизации и финансировании новаций, сильное государственное руководство на пространстве СНГ обладает потенциалом перестроить сложившуюся практику и поставить задачу разработки нужных интеллектуальных цифровых продуктов самим государственным научно-практическим центрам (если потребуется, то с заказом услуг программирования

у внешних исполнителей) и уже в качестве государственной собственности встраивать их в национальную интегрированную ИСЗ.

Принципы цифровизации ИС ПМСП и ИСЗ на пространстве СНГ

В государствах – участниках СНГ все ниже приведенные принципы развития ИСЗ признаются значимыми и предпринимаются меры по их внедрению в практику, но степень их применения различается по странам; в ИС ПМСП они также применяются, но с особенностями.

Принцип *перманентной доступности адресной информации для каждого пользователя* включает несколько характеристик. Перманентная доступность связана как с готовностью непрерывного предоставления информации со стороны источника, так и с физической возможностью ее получения адресатом в любой момент времени, когда она требуется. Для первичного звена, например, нужна 24-часовая и повсеместная доступность нужной информации из ЭМК пациента для бригады скорой медицинской помощи на вызове или при обращении пациентов в травматологические пункты. Реализация адресности включает подготовку и передачу информации в зависимости от потребностей конкретного адресата («своя» информация для руководителей разного уровня, медработников разных специальностей, человека с определенным состоянием здоровья, ИТ-специалистов и т.д.) и адресности получения через «ключи доступа» различных пользователей к «своей» информации, например, сотрудник регистратуры поликлиники должен иметь доступ только к паспортной части ЭМК и не должен видеть клиническую информацию.

Принцип *интеграции информации из различных источников* с одной стороны помогает избежать дублирования при ее сборе и хранении в различных базах данных, а с другой – позволяет всесторонне изучить объект со всеми его характеристиками. Так, например, руководство поликлиники должно иметь данные об экологических и эпидемиологических факторах в ее зоне обслуживания (которыми владеют другие ведомства) и возможность применять технологии многофакторного анализа данных различной природы; а участковая медицинская бригада должна иметь данные и технологии для учета сочетанности заболеваний и факторов риска, а также социального статуса прикрепленного жителя участка.

Принцип *информационной безопасности* имеет множество характеристик, но для ИС ПМСП выделим, на наш взгляд, главную – сохранность всей медицинской истории рождения и развития, генетического профиля, перенесенных заболеваний, факторов риска, оказанной медицинской помощи и т.п. на протяжении всей жизни человека. Разработчики ИСЗ в своих решениях по возможности это учитывают, но проблема имеет не только цифровое решение – вопрос остается открытым и, например, во всех странах СНГ обязательно дублируется на бумажных носителях, как минимум, часть медицинских данных. ВОЗ разработала руководство по кибербезопасности и конфиденциальности данных здравоохранения, включая рекомендации по их обеспечению – в странах СНГ многие из них выполнены.

Принцип *защиты конфиденциальности персональных данных* актуален и социально чувствителен, он касается каждого человека (во всех странах СНГ он законодательно закреплён). Один из подходов к его соблюдению во взаимодействии врача и индивидуума означает сбор, хранение и передачу только *необходимой и достаточной* информации для оказания конкретной медицинской помощи в конкретном случае. Дальнейшее хранение и обработка информации для исследовательских, управленческих и статистических целей должны осуществляться в деперсонифицированном виде с невозможностью обратной идентификации по косвенным признакам; например, на участке проживает единственный житель в возрасте >100 лет, тогда и без паспортных данных, но с указанием лишь возраста конфиденциальность его данных будет нарушена.

Принцип *стандартизации в ИСЗ* предполагает разработку и обязательное использование всеми участниками ИСЗ ведомственной нормативно-справочной информации (НСИ) – стандартов форматов данных и обмена данными, номенклатур, списков, словарей, протоколов и т.д. – и сопряжение ведомственной НСИ в установленных случаях с межведомственной и международной НСИ. Так, на пространстве СНГ сопряжение национальных НСИ крайне важно при обмене медицинской информацией граждан при переездах на пространстве СНГ; или, например, стандартизация данных национальной интегрированной ЭМК позволяет ее использовать при обращении жителей страны в любую МО при поездках в любой регион страны.

На практике разрабатываемая в странах СНГ НСИ изначально гармонизируется с международными стандартами, если это применимо, и международные стандарты уже разработаны. ВОЗ предлагает всем государствам-членам бесплатно пользоваться Семейством международных классификаций ВОЗ⁵, разработанных и обновляемых совместно со странами. Эти полностью цифровые классификации доступны для локализации и встраивания в национальные цифровые ИСЗ, а также для автономного использования, доработок и изменений. Они взаимосвязаны между собой, например, после установления диагноза с помощью ИИ, встроенного в *Международную классификацию болезней*, для назначения лечения можно перейти в *Международную классификацию медицинских услуг* и обратиться к *Анатомической, лечебной, фармацевтической классификации с определенными суточными дозами* для подсказок при назначении медикаментозного лечения. Также для целей настоящего обзора необходимо отметить *Международную классификацию первичной медицинской помощи*, разработанную совместно Всемирной организацией семейных врачей (WONCA)⁶ и ВОЗ с использованием синдромального подхода к проблемам амбулаторных пациентов, но пока недооцененную и мало используемую на пространстве СНГ.

⁵ Страница сайта ВОЗ. Семейство международных классификаций Всемирной организации здравоохранения.

⁶ Сайт Всемирной организацией семейных врачей (WONCA) <https://www.globalfamilydoctor.com/groups/WorkingParties/wicc.aspx>.

Характеристики цифровизации ИС ПМСП и ИСЗ в выбранных странах

Результаты анализа информационных источников в отношении выбранных государств – участников СНГ позволили оценить степень интегрированности их ИС ПМСП.

Азербайджан

Для реализации «Национальной стратегии цифрового здравоохранения на 2024–2028 гг.» с сентября 2024 г. Министерство здравоохранения Азербайджанской Республики совместно с Министерством цифрового развития и транспорта, Государственным агентством обязательного медицинского страхования и Объединением по управлению медицинскими территориальными подразделениями (ТӘВİВ) реализует «Дорожную карту по цифровизации сферы здравоохранения», направленную в том числе на интеграцию ИС и решение проблемы стандартизации данных и совместимости различных платформ⁷. В Азербайджане в соответствии с законодательством поэтапно продолжается интеграция ИС всех ведомств на платформе цифрового правительства MyGov в рамках программы «Электронный Азербайджан». Как часть этой программы была разработана Единая информационная система здравоохранения Азербайджана (ЕИСЗ; Səhiyyə İnformasiya Sistemi, SIS). ЕИСЗ интегрирована с платформой «ASAN xidmət» государственного агентства по оказанию услуг гражданам и социальным инновациям и порталом e-gov.az Электронного правительства, предоставляя гражданам доступ к услугам, таким как запись к врачу, получение справок и проверка статуса страховки и другим. Система также поддерживает телемедицинские услуги. Но не все МО, особенно в регионах, полностью интегрированы в систему из-за технических ограничений.

Национальное ведущее учреждение – Центр цифрового здравоохранения (ЦЦЗ; ранее – Центр информатизации здравоохранения) – отвечает за ведение ЕИСЗ и реализует входящие в ЕИСЗ проекты: Система «Электронная карта здоровья граждан»; Автоматизированная система учета персонала (кадровый реестр медицинских и фармацевтических работников); Национальная база данных COVID-19; Образцовая медицинская информационная система; Система медицинских осмотров; Диспетчерская служба станции скорой медицинской помощи; Электронная система мониторинга инфекционных заболеваний; Телемедицинские системы; Система единого банка крови. На базе ЦЦЗ функционируют: издательский центр стандартов и классификаций, центр обработки данных (ЦОД) для обеспечения работы ЕИСЗ и отдел кибербезопасности.

Большую роль в разработке стратегии цифровизации здравоохранения, создании соответствующих структур, создании мобильных приложений и интернет-сайтов для пропаганды здорового образа жизни принадлежит Центру общественного здравоохранения и реформ Министерства здравоохранения.

⁷ Асадзе Д. Цифровизация здравоохранения Азербайджана. Интервью информационному агентству Haqqin.az/ <https://haqqin.az/news/341899>.

Системы ЭМК интегрированы на региональном уровне и работают в большинстве МО, что обеспечивает обмен информацией между врачами и МО; включая координацию направлений на консультацию и госпитализацию, обмен выписными эпикризами и сводной информацией о пациенте. С 1 мая 2024 г. по всей стране запущена система «Электронный рецепт»⁸ для электронной регистрации рецептов, выписанных в МО ПМСП с функционалом: идентификация врача, назначившего лекарственное средство (ЛС); сохранение истории ранее выписанных ЛС; контроля нежелательных взаимодействий ЛК, связей с диагнозами; макроанализа лекарственного обеспечения. С 1 мая 2025 г. больничные листы в МО, подведомственных ТӘВІВ, оформляются в электронном виде через ЕИСЗ. Для пациентов доступ к своим данным в ЭМК возможен через мобильное приложение «Электронное здоровье»⁹.

В отношении динамического наблюдения пациентов системы ЭМК в МО ПМСП обеспечивают напоминания о записи на прием, составление и выполнение плана наблюдения за пациентом, мобильное телеконсультирование пациента, удаленный телемедицинский контроль соблюдения режима лечения. Целевое информирование прикрепленного жителя, находящегося на диспансерном наблюдении, в эксперименте осуществляется через смс-сообщения от участковой бригады. Информирование групп жителей зоны обслуживания, взаимодействие с сообществами пациентов, работа с активными обращениями жителей через ЦТ не осуществляется.

Дистанционное врачебное консультирование осуществляется в телерадиологии и для телеконсультаций между врачами. Министерством здравоохранения реализован пилотный проект по использованию телемедицины для уточнения диагнозов или результатов обследований, результаты которого послужат предметом тщательного анализа для определения последующих шагов по внедрению телемедицины в отрасли.

Приоритетные направления развития цифровизации здравоохранения – совершенствование нормативно-правовой базы, предотвращение киберугроз, повышение эффективности управления, а также создание системы «Медицинский цифровой двойник», формирование единого информационного пространства медицинских данных, в том числе для научных и медицинских исследований, внедрение новых электронных услуг.

Армения

Согласно концепции внедрения интегрированной электронной информационной системы Правительства Армении в 2015–2016 гг. была разработана единая электронная информационная система в сфере здравоохранения Республики Армения ARMED для объединения ИС всех МО,

⁸ Сайт Министерства здравоохранения Азербайджанской Республики. Интервью советника министра здравоохранения о дальнейших планах в сфере цифровизации. <https://sehiyye.gov.az/ru/media/xeberler-veyenilikler/s-hiyy-nazirinin-musaviri-ruf-t-haci-lib-yov-az-rbaycanda-s-hiyy-sah-sinin-r-q-msallasmasi-t-dric-n-genis-ndiril-r-k-v-t/>.

⁹ Alakbarova N, Suleymanov E, Rahmanov F. The role of e-health service in the efficiency of the healthcare system in Azerbaijan. International Congress On Eurasian Economies, 2023. Session 4D: Sectoral analysis, 478-83. <https://www.avekon.org/papers/2719.pdf>.

предоставляющих услуги в рамках госзаказа и пакета социального страхования. Ведет систему ЗАО «Национальный оператор электронного здравоохранения» на основе концессионного договора с Правительством. Указом Премьер-министра 29 декабря 2017 г. утверждена дорожная карта по внедрению ARMED в здравоохранение Республики Армения¹⁰.

Онлайн-доступ к ARMED могут получить как отдельные пациенты (к своим ЭМК), так и государственные и частные организации. Система в основном используется для отчетности и возмещения расходов МО на финансируемые государством услуги базового пакета. Полномасштабно внедрены модули электронных рецептов и электронных направлений, а также реестров заболеваний. ARMED подключен к реестру населения, что позволяет в режиме реального времени проверять личные данные пациентов. В планах – получение онлайн-заявок и предоставление лицензии для осуществления деятельности в сфере здравоохранения и дальнейшая интеграция с другими электронными правительственными системами, такими как база данных регистрации актов гражданского состояния и статистики естественного движения населения Министерства юстиции и реестры социального статуса Министерства труда и социальных дел¹¹.

Цифровизация здравоохранения в Армении включает использование интеллектуальных медицинских устройств для самоконтроля и управления состоянием здоровья, распространение приложений для проверки приема лекарств и социальных оповещений.

Беларусь

В Беларуси цифровизация ИСЗ развивается в соответствии с государственной стратегией цифровизации всей экономики¹² и как часть общегосударственной автоматизированной информационной системы и системы межведомственного документооборота со связью через единую республиканскую сеть передачи данных, которая функционирует на базе «Национального центра электронных услуг»¹³. Используя в основном государственное финансирование и доходы от платных услуг, все МО ПМСП (как и МО вторичного и третичного уровней) обеспечили рабочие места всех врачей компьютерным оборудованием, интегрированным в сеть с МИС и системами ЭМК, и покупают основную часть программного обеспечения у частных ИТ-фирм при поддержке и контроле со стороны местных органов исполнительной власти (ОИВ) и ведущего в области информатизации и цифровизации учреждения – Республиканского научно-практического центра медицинских технологий, информатизации, управления и экономики здравоохранения. Этот центр – оператор создаваемой

¹⁰ Портал «Электронное здравоохранение в Армении». <https://corporate.armed.am/ru/about-system/электронное-здравоохранение-в-армении>.

¹¹ WHO. Tsaturyan S, Scar G. Health Systems in Action: Armenia. European Observatory on Health Systems and Policies, WHO Europe, 2022. p.22. <https://euro.who.int/publications/i/health-systems-in-action-armenia>.

¹² «О цифровом развитии» Указ Президента № 381 от 29 ноября 2023 г. <https://president.gov.by/ru/documents/ukaz-no-381-ot-29-noyabrya-2023-g>.

¹³ «О Концепции обеспечения суверенитета Республики Беларусь в сфере цифрового развития до 2030 года» Постановление Совета Министров Республики Беларусь от 31 декабря 2024 г. № 1074. <https://pravo.by/document/?guid=11031&p0=C22401074>.

с 2024 года по распоряжению Президента Республики Беларусь¹⁴ Централизованной информационной системы здравоохранения с целью интеграции всех ИС здравоохранения, включая системы ЭМК. На его базе функционирует офис цифровизации – центр компетенций для масштабирования цифровых решений, технологий, методик и подходов, внедряемых в сфере цифрового развития здравоохранения¹². Пока системы ЭМК в МО ПМСП интегрированы только на уровне нескольких регионов (при этом они связаны с системами МИС МО других уровней).

МИС МО ПМСП с системами ЭМК имеют функционал: электронные рецепты на ЛС, которые могут быть реализованы как в государственной аптечной сети, так и в коммерческой; обмен информацией о пациенте с другими медработниками и МО, включая направления, заключения и выписные эпикризы; управление лабораторными исследованиями. Телемедицинские технологии применяются при удаленном консультировании между врачами в радиологии, дерматологии, психиатрии и в отношении сложных случаев заболеваний. С 2025 года все без исключения организации здравоохранения должны использовать в своей деятельности телемедицинские технологии¹⁵. В проведении динамического наблюдения пациентов с хроническими заболеваниями ЦТ для дистанционного наблюдения контроля и консультирования не используются. Государственные информационные мобильные приложения разработаны только в области укрепления здоровья.

Казахстан

Среди основных целей реализации Концепции цифровой трансформации, развития отрасли ИКТ и кибербезопасности на 2023–2029 гг.¹⁶ – интеграция ведомственных ИС на государственной платформе GovTECH и формирование архитектуры «электронного правительства» с использованием доменного подхода – модели перехода государства от предоставления отдельных государственных услуг на базе ведомств на обслуживание и работу в рамках определенных функциональных областей деятельности государства и отраслей государственного управления¹⁷.

Со стороны Министерства здравоохранения Республики Казахстан за интеграцию ИСЗ и разработку ключевых стандартов совместимости отвечает ведущее учреждение – Республиканский центр электронного здравоохранения цифровизации здравоохранения, который возглавляет службу цифровизации с областными филиалами и подразделениями в МО.

В новой редакции Кодекса «О здоровье народа и системе здравоохранения» предусмотрена дальнейшая цифровизация отрасли. Единое хранилище данных здравоохранения и единый портал здравоохранения

¹⁴ Распоряжение Президента Республики Беларусь от 8 января 2024 г. № брп «О централизованной информационной системе здравоохранения».

¹⁵ «Об изменении постановления Совета Министров Республики Беларусь» от 30 мая 2003 г. № 724 Постановление Совета Министров Республики Беларусь от 12 июля 2024 г. № 507/: <https://pravo.by/document/?guid=3961&p0=C22400507>.

¹⁶ Постановление Правительства Республики Казахстан от 28 марта 2023 г. № 269.

¹⁷ Агентство PROFIT.kz. Цифровая трансформация 2023-2029: самое интересное. Статья от 5 июня 2024 года. <https://profit.kz/news/66811/Cifrovaya-transformaciya-2023-2029-samoe-interesnoe/>.

позволяет интегрировать национальные электронные паспорта здоровья (по сути – ЭМК) и МИС, работающие во всех МО, обеспечивает обмен информацией между медработниками различных МО. Мобильное приложение eGov mobile обеспечивает доступ к медицинской информации в электронном паспорте здоровья, к результатам анализов, позволяет записаться на прием, вызвать врача на дом, пользоваться электронными рецептами. Мобильные приложения также используются для наблюдения за пациентом и соблюдения режима лечения.

Активно внедряется телемедицина, особенно в сельских районах – в 2024 году запущены платформы для удаленных консультаций, но ограниченная ИКТ-инфраструктура в регионах остается вызовом. Только 1 % лабораторий используют ИС, что также определило приоритетность их цифровизации¹⁸. На республиканском уровне созданы и активно используются для целей управления и финансирования ряд общенациональных регистров по отдельным нозологиям, видам помощи и категориям граждан (пациентов)¹⁹. Системы ИИ применяются для анализа данных и поддержки диагностики только в радиологии, но разработана дорожная карта по развитию ИИ, включая создание национальной платформы ИИ.

Приоритетные задачи, стоящие на повестке дня: масштабное использование технологий ИИ и «больших данных» для анализа медицинской информации и принятия решений; полная интеграция всех МО и систем в единую цифровую экосистему; повышение уровня персонализации медицинских услуг и профилактики заболеваний с использованием цифровых технологий²⁰; также планируется развитие генетических лабораторий и биобанков для персонализированной медицины.

Кыргызстан

Указом Президента утверждена Концепция Цифровой трансформации Кыргызской Республики на 2024–2028 гг., в соответствии с которой созданы Единая медицинская информационная система (ЕМИС) и Единая экосистема цифрового здравоохранения (ЕЭЦЗ), призванные обеспечить человеко-центричный подход в процессе автоматизации деятельности государственного и частного секторов здравоохранения на основе ИС и возможность предоставления гражданам услуг в сфере здравоохранения в электронной форме, в том числе посредством Государственного портала электронных услуг и мобильных приложений «Тундук», «ПГГ» и других. В Министерстве здравоохранения Кыргызской Республики (Минздрав КР) развитие ИСЗ находится в ведении заместителя министра по цифровизации, ему подчиняется

¹⁸ Издательство Madeniportal. Направления развития медицины в Казахстане в 2025 г. Статья от 5 мая 2025 года. <https://madeniportal.kz/news/napravlennia-razvitiia-mediciny-v-kazaxstane-v-2025-godu>.

¹⁹ Сайт Премьер-министра Республики Казахстан. Инновационные технологии, электронная документация и сокращение расходов: как развивается цифровизация в сфере здравоохранения. Статья от 20 ноября 2020 года. <https://primeminister.kz/ru/news/reviews/innovacionnye-tehnologii-elektronnaya-dokumentaciya-i-sokrashchenie-rashodov-kak-razvivaetsya-cifrovizaciya-v-sfere-zdravooxraneniya-20103932>.

²⁰ Материалы сайта ГКП на ПВХ ГП № 9 г. Астана. Роль государства в цифровизации здравоохранения, этапы развития. <https://9emhana.kz/ru/novosti/novosti/rol-gosudarstva-v-cifrovizacii-zdravooxraneniya-etapy-razvitiya>.

соответствующее подразделение Министерства и ведущее учреждение – Центр электронного здравоохранения, отвечающее за ведение ЕМИС и предоставление бесплатного доступа к пользованию семью ее корневыми ИС для МО всех уровней.

В Кыргызстане в рамках реализации Целевой модели развития цифрового здравоохранения «Санарип MED» и осуществления программы по созданию ЕМИС с полномасштабным внедрением интегрированной ЭМК доступ граждан к своим медицинским данным обеспечивается в Цифровых профилях здоровья на Государственном портале электронных услуг. Соответственно, с июля 2023 г. по Положению Минздрава КР об организации документооборота в системе здравоохранения в части ведения медицинской документации в форме электронных документов не требуется дублировать первичную медицинскую документацию на бумаге, также как и электронные больничные листы.

Так, на базе ИС Цифровая амбулаторная карта пациента «Sanarip Clinic» работают все 88 МО первичного уровня: центры семейной медицины (включая более 600 групп семейных врачей), центры общеврачебной практики, клиничко-диагностические отделения, специализированные организации здравоохранения и более 16 тыс. медицинских работников. Система включает цифровую запись медицинской истории пациентов, централизованное хранение данных, интеграцию с лабораторными и диагностическими системами, а также электронное расписание приемов врачей. С системой «Sanarip Clinic» интегрируются «Цифровые ФАПы» – это портативные кейсы с диагностическим оборудованием: электрокардиографами, пульсоксиметрами, анализаторами крови и мочи для удаленной первичной диагностики через доступ к ЭМК пациента в режиме онлайн без личного участия врача на месте²¹.

Система «Sanarip Clinic» интегрирована с сервисами «Цифровой профиль здоровья», «Лист временной нетрудоспособности» и мобильного приложения «Тундук». В информационной системе «Иммунизация» ведется учет всех прививок, проведенных в республике. Эпидемиологическая платформа iEPID обеспечивает мониторинг и учет эпидемиологических данных на основе экстренных извещений. Лабораторная система iLAB автоматизирует процессы в лабораториях республики. Национальная информационная система учета ресурсов охватывает всех сотрудников здравоохранения по всей республике. Система Цифровое медицинское свидетельство о рождении и смерти автоматизирует процессы учета фактов рождения и смерти по всей республике²².

На сегодняшний день разработано и внедрено более десяти корневых ИС, охватывающих ключевые направления здравоохранения – от учета кадров, медицинского оборудования и оснащенности до ведения конкретных заболеваний и состояний. Для различных нозологий, кроме общей амбулаторной карты, разработаны специализированные модули и подмодули,

²¹ Информационное агентство. Статья от 28 января 2025 года. <https://kg24.news/obschestvo/tsifrovyye-fapy-v-kyrgyzstane-kak-innovatsii-menyayut-zdravoohranenie-v-otdalyonnyh-regionah.html>.

²² Сайт Министерства здравоохранения Кыргызской Республики. Новость от 28 ноября 2024 года. <https://www.med.kg/pressCenter/news/93ed6a0a-0f9f-443a-a3c6-95e9d43ca473?locale=ru>.

позволяющие вести углубленный учет и мониторинг. Все системы создаются с соблюдением человеко-центричной модели, что обеспечивает интеграцию данных о пациенте, его здоровье, данные о медицинской помощи и истории обращений. Обеспечена необходимая межведомственная интеграция и цифровизация различных форм справок и медицинских документов, что существенно упрощает взаимодействие как между медицинскими организациями, так и между секторами здравоохранения, социальной защиты, миграции и юстиции.

Организация Объединенных Наций (ООН) 2 октября 2024 г. запустила совместную с Минздравом КР программу (с со-финансированием агентствами ООН) цифрового здравоохранения²³, направленную на улучшение здравоохранения в Кыргызстане путем интеграции цифровых ИС здравоохранения, особенно для женщин, детей и уязвимых групп населения в сельских и отдаленных районах, обеспечивая каждому доступ к качественному медицинскому обслуживанию. Она будет действовать с 2024 по 2027 гг., уделяя особое внимание модернизации цифровых систем здравоохранения, совершенствованию государственных электронных услуг и расширению телемедицины для охвата малообеспеченных сообществ. Одна из ключевых особенностей программы – совершенствование цифрового профиля здоровья, предоставляющего гражданам доступ к информации о своем здоровье.

Россия

Цифровая трансформация – одна из пяти национальных целей развития Российской Федерации до 2030 года, для достижения которой последовательно выполняются национальные проекты²⁴ – создана Единая государственная информационная система в сфере здравоохранения (ЕГИСЗ) [3], размещенная в домене «Здравоохранение» на Государственной единой облачной платформе «ГосТех» (где завершается размещение и ИС остальных ведомств); в 2024 году завершилось создание единого цифрового контура в здравоохранении на основе ЕГИСЗ, что обеспечило информационное взаимодействие всех МО и ОИВ в стране. Размещение в 2025 году на платформе «ГосТех» Федеральным фондом обязательного медицинского страхования (ОМС) Государственной ИС ОМС и ее интеграция с ЕГИСЗ и ИС других ведомств завершит формирование полностью интегрированной ИСЗ.

В ведущем учреждении Минздрава России «Центральном научно-исследовательском институте организации и информатизации здравоохранения» работают: Центр цифровой трансформации сферы здравоохранения, регламентная служба ведения федерального реестра НСИ, центр ведения и управления идентификации объектов НСИ Минздрава России, отдел по разработке структурированных электронных медицинских документов (СЭМД) для обеспечения электронного медицинского документооборота²⁵.

²³ Сайт ООН. Пресс-релиз. <https://www.undp.org/ru/kyrgyzstan/press-releases/oon-zapuskat-sovmestnuyu-programmu-cifrovogo-zdravookhraneniya-v-kyrgyzstane>.

²⁴ Распоряжение Правительства России от 16 марта 2024 г. №637-р. Сайт Правительства России <http://government.ru/news/51140/>.

²⁵ Портал нормативно-справочной информации на сайте Минздрава России. (<https://nsi.rosminzdrav.ru>).

К структурам унификации информации, в том числе для ИС ПМСП, относятся и национальные медицинские исследовательские центры (НМИЦ), ответственные за разработку профильных СЭМД, используемых в вертикальных интегрированных медицинских информационных системах (ВИМИС); за ведение ВИМИС по профилактике и динамическому наблюдению в первичном звене (с функционалом: напоминания о записи на прием, мобильные телеконсультации, дистанционное наблюдение за состоянием пациента и соблюдением режима лечения) отвечает «НМИЦ терапии и профилактической медицины» Минздрава России.

НМИЦ и другие ведущие научные организации здравоохранения сотрудничают с ИТ-компаниями по разработке интеллектуальных ЦТ для ИС ПМСП с использованием больших данных (датасетов) соответствующей тематики. МО «Центр диагностики и телемедицины» мэрии и Департамента здравоохранения Москвы ведет Платформу для анализа лучевых исследований МосМедИИ.рф²⁶, используемую большинством МО ПМСП.

ЕГИСЗ включает 13 подсистем, среди которых интегрированная ЭМК и реестр электронных медицинских документов; в личном кабинете «Мое здоровье» на портале Госуслуг на основе интеграции с ЕГИСЗ гражданам доступны личные данные ЭМК, запись на прием к врачу, прохождение диспансеризации, профилактический медицинский осмотр, вакцинация и плановая госпитализация. Функционал цифровой интегрированной ЭМК: полная замена бумажных копий амбулаторных карт, адресный доступ медработников из различных МО к персональной информации и обмен документами (направлениями, заключениями, выписными эпикризами и т.д.), электронные рецепты для льготного лекарственного обеспечения (в интеграции с ИС аптек), управление лабораторными исследованиями, интеграция с системами поддержки принятия клинических решений.

Главными из стратегических направлений в области цифровой трансформации здравоохранения до 2030 года являются создание цифровой платформы по «управлению здоровьем человека», основанной на его цифровом портрете, и реализация проектов: медицинские помощники, информационная безопасность и новые информационные технологии, в том числе нейротехнологии и технологии ИИ, работа с «большими данными», технологии беспроводной связи. Но нужно отметить, что существующие финансовые, организационно-управленческие, технические, юридические различия между субъектами Российской Федерации влияют на географическую неравномерность достижения поставленных целей [4].

Таджикистан

Министерство здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан (МЗСЗН РТ), как и остальные государственные ведомства, активно проводит внедрение системы электронного документооборота в центральном аппарате и подведомственных учреждениях

²⁶ Портал «Платформа для анализа лучевых исследований МосМедИИ.рф». <https://telemedai.ru/proekty/platforma-dlya-analiza-luchevuh-issledovaniy-mosmediirf>.

министерства, а также сотрудничает с ответственной правительственной структурой по включению услуг здравоохранения в систему электронных государственных услуг. Так, в 2025 г. осуществлялось внедрение в масштабе всей страны онлайн-регистрации рождений и случаев смерти в межведомственной электронной системе на платформе Госуслуг.

В последние годы ИСЗ Таджикистана активно развивается на основе приверженности МЗСЗН РТ ее укреплению и цифровизации, принятия соответствующих стратегических решений (разделы в Стратегии развития здравоохранения до 2030 года²⁷ и плане ее реализации на 2024–2026 гг.²⁸) и с поддержкой партнеров по развитию, прежде всего ВОЗ (так как в Таджикистане реализуется Глобальный план действий по обеспечению здоровой жизни и благополучия для всех²⁹).

В МЗСЗН РТ развитие и цифровизация ИСЗ находятся в ведении первого заместителя министра, ему подчиняется соответствующее подразделение министерства и ведущее учреждение – Республиканский центр медицинской статистики и информации (РЦМСИ). Завершается перенос в МЗСЗН РТ центрального хранилища данных (ЦОД), обеспечивающего работу Единой информационной системы управления здравоохранением (ЕИСУЗ) – статистической системы, связанной ведомственной сетью со всеми МО (в МО учетные данные для формирования отчетов вводятся в локальный блок ЕИСУЗ в основном из бумажных форм, но там, где уже внедрены МИС, – формируются автоматически). ЕИСУЗ создана на платформе DHIS-2 (District Health Information System-2)³⁰, которая включает набор инструментов ВОЗ для работы с данными о здоровье.

Единой системы разработки, утверждения и контроля выполнения требований НСИ нет, но функции стандартизации в сфере цифровизации частично выполняет подразделение цифровизации в МЗСЗН РТ с поддержкой РЦМСИ. Проводится работа по унификации форматов формирования и обмена отчетными данными и связи с ЕИСУЗ отдельных ИС, созданных с поддержкой партнеров по развитию, для обеспечения информационных потребностей отдельных служб.

Структурой, обеспечивающей ведение национальной интегрированной ЭМК, определен РЦМСИ, так как он координирует и вовлечен в выполнение с 2023 года проекта «Миллати Солим» («Здоровая нация»), реализуемого МЗСЗН РТ в том числе при поддержке гранта Всемирного банка, и в котором основная часть выделена для укрепления ПМСП, ее цифровизации и разработке систем ЭМК. В стране есть стратегическая нацеленность на укрепление

²⁷ Стратегия охраны здоровья населения Республики Таджикистан на период до 2030 г. утверждена Постановлением Правительства Республики Таджикистан от 30 сентября 2021 г., № 414.

²⁸ План реализации на период 2024–2026 гг. Стратегии охраны здоровья населения Республики Таджикистан на период до 2030 года утвержден Постановлением Правительства Республики Таджикистан от 30 марта 2024 г., № 352.

²⁹ ВОЗ. Задачи ЦУР, связанные со здоровьем, в Таджикистане: реализация политики и мер в области здравоохранения и повышения благополучия населения. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2020. <https://iris.who.int/handle/10665/353951>.

³⁰ DHIS2 & HISP: Supporting Local Information Systems Worldwide. <https://dhis2.org>.

системы здравоохранения на основе эффективной ПМСП с акцентом на семейную медицину, поэтому создание системы интегрированных ЭМК крайне важно для страны с увязкой с реформой финансирования, основанной на подушевом нормативе. На данном этапе только часть МО ПМСП имеют компьютерное оборудование на каждом рабочем месте врача и внутриучрежденческую сеть для работы системы ЭМК как части МИС – они участвуют в организационном эксперименте для последующего внедрения МИС и систем ЭМК во все МО ПМСП Таджикистана. Разработанные МИС МО позволяют обмен цифровой медицинской информацией о пациенте между медработниками, между подразделениями и МО, включая координацию направлений на консультацию и госпитализацию, обмен выписными эпикризами и сводной информацией о пациенте.

Функционал разработанных систем ЭМК в МИС МО ПМСП включает: ведение персональных записей во время визита пациента и сводной информации о пациенте, выписку электронных рецептов, направления на проведение лабораторного исследования и получение результатов лабораторных исследований. Цифровая информационная поддержка выполнения алгоритмов диспансерного наблюдения – напоминания о записи на прием, составление и выполнение плана наблюдения за пациентом, мобильное телеконсультирование пациента, удаленный телемедицинский контроль соблюдения режима лечения.

Вся служба ПМСП подключена к телемедицинской системе и ежедневно находится на связи с Управлением ПМСП МЗСЗН РТ. Телемедицинские центры есть во всех МО ПМСП (начиная с районного уровня) и используются для проведения консультаций по диагностике и лечению пациентов, координации маршрутизации пациентов. Возможно проведение удаленного консультирования прикрепленных жителей, включая вопросы амбулаторного лечения. Служба санитарной авиации при Национальном медицинском центре «Шифобахш» также связана со всеми регионами через систему телемедицины. Телемедицинская связь активно использовалась во время пандемии COVID-19 для эпиднадзора и продолжает активно использоваться в надзоре вакциноуправляемых инфекций, в системе родовспоможения, в экстренной медицине чрезвычайных ситуаций и дорожных происшествий с вовлечением служб эпиднадзора, ПМСП и вертикальных структур и в управлении на уровне МО ПМСП другими инфекционными и неинфекционными заболеваниями.

Дистанционное врачебное консультирование осуществляется только в телерадиологии. В рамках принятых законодательством страны регламентирующих документов идет разработка подходов применения существующих систем ИИ, в частности в радиологическом скрининге населения на туберкулез используются 40 мобильных рентгенологических устройств, связанных с системой ИИ; выполняется скрининг рака шейки матки с возможностью анализа материалов в системах ИИ. Отдельные МО используют ИИ в сложных клинических ситуациях с использованием открытых интернет-приложений.

Таким образом, Таджикистан, имея политическую волю, стратегические документы, развитые тематические ИС, включая отдельные ИС в первичном звене здравоохранения, нацелен на создание интегрированной цифровой ИСЗ.

Туркменистан

Национальная программа по социально-экономическому развитию Туркменистана на 2011–2030 гг., Концепция развития цифровой экономики в Туркменистане в 2019–2025 гг., соответствующие законы и государственные программы Туркменистана обеспечивают правовую основу развития страны на основе цифровизации. Ответственный государственный орган (Агентство Туркменарагатнашлык) обеспечил в сотрудничестве с ведомствами доведение высокоскоростных оптоволоконных линий связи до всех населенных пунктов и до каждого МО (включая сельские) и покрытие всей страны национальной сетью Интранет. Это агентство также отвечает и контролирует выполнение всеми разработчиками ИС национальных требований, включая локализацию ИС на базе ЦОД, и хранение всей информации на территории государства. Главная государственная служба Туркменстандартлары устанавливает и (или) утверждает стандарты в области цифровизации и контролирует (совместно с агентством) их соблюдение всеми ведомствами. Выполняя дорожную карту внедрения международной классификации болезней ВОЗ одиннадцатого пересмотра, Туркменистан сделал ее перевод на туркменский язык и передал для размещения на платформе ВОЗ для дальнейшего использования в национальных ИС. Министерство Адалат (юстиции) и Агентство Туркменарагатнашлык развивают СМЭВ, которая обеспечивает на единой цифровой платформе связь ИС ведомств и обмен данными между республиканским, региональным и местным участникам, а также единую информационную цифровую систему Госуслуг для использования государственных и муниципальных электронных услуг физическими лицами. На этой платформе планируется также объединить все информационные аспекты жизни человека – создать «цифровой профиль» каждого жителя и включить сервис обратной связи от населения.

Министерство здравоохранения и медицинской промышленности Туркменистана (МЗиМПТ) реализует Стратегию развития национальной информационной системы здравоохранения на 2019–2025 гг. Цифровизация ИСЗ финансируется государством.

В отношении цифровизации национальной ИСЗ в МЗиМПТ отдел цифровых систем и информационной безопасности ответственен за выполнение ведомственного плана развития цифровизации здравоохранения и сопровождение ведомственной сети Интранет и ЦОД.

Большинство новых МО районного уровня и выше оснащены компьютерным и коммуникационным оборудованием для ведения МИС, включая системы ЭМК, доступным на каждом рабочем месте врача. В уже оснащенных МО ПМСП тестируются МИС и системы ЭМК для последующего их повсеместного внедрения.

Большинство МО ПМСП подключено к телемедицинской системе и используют ее, в том числе для оперативной онлайн-связи с МЗиМПТ

и для дистанционного обучения персонала. Телемедицинская связь активно использовалась во время пандемии для надзора за эпидемической ситуацией.

Все МО ПМСП на основе государственно утвержденных форм отчетности направляют статистические данные через ведомственную сеть Интранет в ИС службы медицинской информации и статистики и в ИС служб (во многом информация дублируется). В МО учетные данные собираются в основном на бумажных формах и в журналах, а там, где уже внедрены МИС, они сразу вводятся в ЭМК, но при этом создаются (печатаются) и бумажные копии форм.

Функционал ЭМК в МИС МО ПМСП включает ведение персональных записей во время визита пациента, сводной информации о пациенте, выписку электронных рецептов, выполнение иммунопрофилактики. Цифровой информационной поддержки выполнения алгоритмов диспансерного наблюдения нет. В МО, в которых есть МИС и система ЭМК, медработники обмениваются цифровой медицинской информацией о пациенте, включая координацию направлений на консультацию и госпитализацию. Дистанционное телемедицинское консультирование осуществляется только в телерадиологии, как и системы с технологиями ИИ – в радиологическом скрининге населения и диагностике.

Удаленное консультирование прикрепленных жителей, включая вопросы амбулаторного лечения, осуществляется в отдельных МО, где проводится эксперимент по развитию МИС и систем ЭМК. Пока удаленный доступ пациентов к своим медицинским записям и удаленный мониторинг показателей здоровья пациента не реализованы, но пациент может запросить информацию из ЭМК. Целевое информирование прикрепленного жителя, находящегося на диспансерном наблюдении, в эксперименте осуществляется через смс-сообщения.

Туркменистан выполняет стратегию развития ИСЗ и, как и все другие ведомства, выполняет национальную программу по цифровизации экономики в сфере здравоохранения. Поставлена цель интеграции имеющихся ИС, включая первичное звено здравоохранения, в интегрированную цифровую ИСЗ и сопряжение ее с ИС других ведомств.

Узбекистан

Министерство здравоохранения Республики Узбекистан в рамках проекта государственной поддержки цифровых реформ в сфере здравоохранения выполняет план по цифровизации деятельности медучреждений на 2022–2026 гг., включающий: создание ИКТ-инфраструктуры для подключения к Интернету и компьютеризации МО, аптек и органов управления здравоохранением; стандартизацию и создание «единой электронной платформы» по мониторингу показателей здоровья населения, поддержке ЭМК, комплексной системы электронного здравоохранения, позволяющей осуществлять обмен данными, предоставлять электронные услуги пациентам (электронный рецепт, электронное направление, электронная регистрация, мобильные услуги, телемедицина), создавать регистры, компоненты отчетности и мониторинга; разработку ИС Государственного

фонда медицинского страхования с поддержкой внедрения новых платежных механизмов и стимулов для врачей³¹.

По Постановлению Президента Узбекистана от 28 декабря 2023 г.³² для ускорения цифровизации системы здравоохранения на ООО «Единый интегратор по созданию и поддержке государственных информационных систем «UZINFOCOM» возложены следующие дополнительные задачи: оптимизация и упрощение бизнес-процессов в системе здравоохранения; внедрение и поддержка единого комплекса информационных систем «Электронное здравоохранение», а также обеспечение его интеграции с информационными системами других государственных органов; внедрение политики и стандартов цифровых технологий и коммуникаций в сфере медицины и фармацевтики.

В настоящее время в развиваемой Единой медицинской информационной системе (ЕДМЕД) 24 млн граждан имеют ЭМК, и система внедрена в 2475 из 2571 первичных МО, модуль «Электронный рецепт» позволяет выписывать электронные рецепты с учетом дозировки и формы выпуска ЛС и отслеживать пациентам свои рецепты через мобильное приложение.

Функционал ЭМК в МИС МО ПМСП включает ведение персональных записей во время визита пациента, ведение сводной информации о пациенте и выписку электронных рецептов. Цифровой информационной поддержки телемониторинга выполнения алгоритмов диспансерного наблюдения нет.

Правительство Узбекистана твердо намерено ускорить цифровизацию здравоохранения и начинает новый проект с международным участием по выполнению намеченных ранее планов.

Заключение

Цифровизация ИС ПМСП в странах СНГ развивается в схожих направлениях, согласующихся с лучшим мировым опытом и научно обоснованными рекомендациями, синхронизовано с цифровизацией своих ИСЗ и в целом национальных экономик; хотя темпы и различаются по странам. Это создает хороший потенциал в ускорении процесса при тесном сотрудничестве наших стран, конструктивном взаимодействии и обмене наработками и опытом.

Схожесть организационных и информационных моделей систем здравоохранения на пространстве СНГ несет в себе потенциал экономии средств и сил при разработке НСИ в тесном сотрудничестве. Так, взаимодействие регламентных служб здравоохранения по гармонизации национальных НСИ может значительно ускорить стандартизацию цифровых решений для ИСЗ, а обмен опытом и совместные разработки решений по медицинским услугам на порталах Госуслуг (развиваемых во всех исследуемых странах СНГ) – повысить их доступность для населения наших

³¹ Сайт СНГ. Новость от 21 июля 2022 г. Минздрав Узбекистана разработал план по цифровизации деятельности медучреждений. <https://e-cis.info/news/569/101971/>.

³² Постановление Президента от 28 декабря 2023 г. № ПП-415 «О дополнительных мерах по ускорению цифровизации системы здравоохранения и внедрению передовых цифровых технологий». https://static.norma.uz/doc/doc_11/415.pdf.

стран и улучшить качество, включая создание типовой структуры цифрового портрета граждан, а в перспективе – семей.

На пространстве СНГ профильные ведущие медицинские научно-практические центры и институты имеют давнюю культуру разработки новых методов лечения и моделей организации ПМСП, профилактики, укрепления здоровья и медицинской помощи по вертикальным службам, начиная с первичного звена. Объединившись, наши центры готовы определить приоритеты и разработать постановку задач для создания цифровых медицинских изделий с ИИ и сами, укрепив свои цифровые подразделения, или с помощью ИТ-компаний их создавать. Соответственно, экономический эффект от их применения будет увеличивать ресурсы государственного сектора здравоохранения и повышать его эффективность.

Использованные источники

1. Внедрение медицинских изделий с технологиями искусственного интеллекта в здравоохранении России: итоги 2023 г. Гусев А.В., Артемова О. Р., Васильев Ю.А. и др. Национальное здравоохранение. 2024; 5(2):17-24.

2. Бузин В.Н., Бузина Т.С. Взаимоотношения врача и пациента в информационном обществе. Профилактическая медицина. 2020; 23(5):111-6.

3. Титов, В. А., Цыганов С. Н. Проблемы информатизации системы здравоохранения в России. Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. 2016; 3(3):500.

4. Агамов З.Х., Берсенева Е.А. Этапы становления нормативно-правового обеспечения информатизации здравоохранения в Российской Федерации. Профилактическая медицина. 2022; 25(3):13-7.

Обзор развития различных аспектов первичной медико-санитарной помощи в контексте национальных систем здравоохранения государств – участников Содружества Независимых Государств: аспект кадровых ресурсов

Драпкина О.М., Шепель Р.Н., Короткова А.В., Наумова Я.С., Сененко А.Ш.,
Савченко Е.Д., Тыцкий И.Е., Ахвердиев Г.О., Щербинский А.А., Сачек М.М.,
Кулкаева Г.У., Бримкулов Н.Н., Ботбаева Э.И., Долонбаева З.А.,
Мухсинзода Г.М., Нурыева С.А., Уразалиева И.Р.

*Базовая организация государств – участников СНГ в области терапии и профилактической медицины – ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины»
Министерства здравоохранения Российской Федерации*

В Стратегии «Здоровье населения государств – участников Содружества Независимых Государств» особое внимание уделяется формированию кадрового потенциала первичной медико-санитарной помощи (ПМСП).

Наличие, подготовка и организация трудовых ресурсов здравоохранения определяют доступность, качество и продуктивность работы всей системы здравоохранения, и в этом кадры ПМСП – ключевой элемент, учитывая, что ПМСП является краеугольным камнем устойчивой системы здравоохранения, обеспечивающей всеобщий охват услугами здравоохранения. Актуальность составления обзора обусловлена тем, что на современном этапе все страны мира, включая страны Европейского региона Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), сталкиваются с серьезными трудностями, связанными с обеспечением кадрами медико-санитарных социальных работников¹, и отнесением вопросов укрепления медицинских кадров к приоритетным направлениям сотрудничества в области здравоохранения на пространстве Содружества². Глобальный дефицит медицинских работников, по оценкам ВОЗ, к 2030 году может достичь 18 млн³. Вызовы в отношении трудовых ресурсов здравоохранения – давние проблемы, которые лишь усугубились, поэтому государствам необходимо переосмыслить свой опыт и в новых реалиях находить эффективные пути их преодоления.

На пространстве Содружества происходит масштабная разнонаправленная трудовая миграция, поэтому сближение подходов, решений, механизмов, образовательных программ, терминов, норм и стандартов в области кадров здравоохранения принесет пользу всем участникам этого процесса, и составление обзора информационных источников призвано способствовать международному сотрудничеству в преодолении общей проблемы – дефицита кадровых ресурсов здравоохранения (КРЗ), особенно в первичном звене.

¹ ВОЗ. Кадры медико-санитарных и социальных работников в Европе: время действовать. Всемирная организация здравоохранения. ВОЗ. ЕРБ; 2023. <https://iris.who.int/handle/10665/366663>.

² Интернет-портал СНГ. Итоги деятельности Совета по сотрудничеству в области здравоохранения СНГ в 2024 году. https://e-cis.info/cooperation/3772/124631/?sphrase_id=209457 (20.05.2025).

³ ВОЗ. Global strategy on human resources for health: workforce 2030. World Health Organization. 2016. <https://iris.who.int/handle/10665/250368>

Цель обзора – собрать и проанализировать информационные источники для оценки перспективности использования международного опыта и научно обоснованных рекомендаций для обеспечения первичного звена здравоохранения подготовленными и рационально организованными кадровыми ресурсами, необходимыми для удовлетворения потребностей населения в ПМСП в государствах – участниках СНГ.

Следуя системному подходу, при подборе материала и в построении обзора кадрового аспекта ПМСП были выделены: принципы, структура, процессы и результаты. Также для составления списка поисковых терминов и структурирования изложения материала разработана матрица характеристик кадрового аспекта ПМСП.

Для проведения обзорного исследования выбраны страны СНГ с близким построением систем здравоохранения: Азербайджан, Армения, Беларусь, Казахстан, Кыргызстан, Россия, Таджикистан, Туркменистан и Узбекистан. Отобрано >150 информационных источников – научных публикаций, нормативных и правовых документов, статистических сборников и интернет-ресурсов (с акцентом на доказательные обзоры и методические документы) с учетом критерия потенциального влияния на результаты оказания ПМСП. Из изданий ВОЗ в области КРЗ выбор сделан в пользу методологических и концептуально-стратегических публикаций.

На уровне Европейского региона ВОЗ для принятия в 2023 году *Рамочной основы для действий в отношении медицинских и медико-социальных кадров*³ базовым документом послужил доклад «На пути к обеспечению устойчивых кадров здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ: рамочная основа для действий»⁴. В нем отмечены основные проблемы (постарение работников здравоохранения; недостаток численности выпускников медицинских образовательных заведений для восполнения выбывающих ресурсов; экстренные меры в отношении кадров во время пандемии COVID-19, нуждающиеся в анализе результатов их применения и нормативном обосновании, и определены параметры эффективной политики и планирования действий в ответ на возникшие во всем регионе вызовы в отношении КРЗ. Предложены меры: 1) приведение в соответствие системы обучения и подготовки кадров потребности населения; 2) укрепление непрерывного профессионального развития КРЗ; 3) расширение применения цифровых решений в поддержку КРЗ; 4) разработка стратегий, обеспечивающих привлечение и удержание медработников в сельских и отдаленных районах; 5) создание условий труда, способствующих балансу трудовой деятельности и личной жизни; 6) защита здоровья и душевного благополучия работников здравоохранения; 7) наращивание потенциала лидерства в интересах стратегического руководства и планирования КРЗ; 8) укрепление информационных систем здравоохранения для совершенствования сбора и анализа данных; 9) увеличение государственных инвестиций в сферу

⁴ ВОЗ. Кадры медико-санитарных и социальных работников в Европе: время действовать. Всемирная организация здравоохранения. ВОЗ. ЕРБ; 2023. <https://iris.who.int/handle/10665/366663>.

образования, развития и защиты КРЗ; 10) оптимизация использования финансовых средств посредством инновационной кадровой политики.

ВОЗ для поддержки государств-членов разработала различные инструменты: *руководство для оценки ситуации и разработки стратегий в области КРЗ*, включая метод оценки систем финансирования, образования, управления, а также политического контекста, имеющих ключевое значение для стратегического планирования и развития КРЗ⁵; *пособие по построению национальной системы учета КРЗ*⁶; *глобальную статистическую базу данных по кадровым ресурсам*⁷.

Анализ информационных источников показал, что направления политики и принятие мер по укреплению кадров ПМСП в государствах – участниках СНГ во многом близки и сопряжены с направлениями, мерами и рекомендациями в сфере трудовых ресурсов здравоохранения, предлагаемыми международным профессиональным сообществом, хотя есть и различия в национальных нормах и мерах. Следованию передовым тенденциям и рекомендациям и сближению правовых норм и сотрудничеству в сфере трудовых ресурсов на пространстве СНГ способствует принятие Межпарламентской Ассамблеей государств – участников СНГ (МПА СНГ) *модельных кодексов: трудового* (2020 год), *образовательного* (2013 год) и *миграционного* (2021 год) и *модельных законов: Об образовании* (1999 год), *О миграции трудовых ресурсов* (2015 год), *О клинических рекомендациях при оказании медицинской помощи в государствах – участниках СНГ* (2021 год), *Об использовании информационно-коммуникационных технологий (ИКТ) в системе образования* (2014 год), *О подготовке кадров с учетом потребностей рынка труда* (2012 год) и многих других (включая обновления и дополнения), регулирующих сферу трудовых ресурсов⁸. Принятием МПА модельного закона *о подготовке кадров с учетом потребностей рынка труда* устанавливаются общие начала правового регулирования в целях, соответствующих рекомендациям ВОЗ.

Согласно изменениям, внесенным МПА СНГ в 2025 году в *Модельный образовательный кодекс СНГ*, одной из задач образования (ст.6, п.2, пп.б) определяется: «создание условий для развития и использования ИКТ и технологий искусственного интеллекта (ИИ) в образовании, включая

⁵ Bossert Th, Bärnighausen T, Bowser D, Mitchell A et al. Оценка финансирования, образования, управления и политического контекста для стратегического планирования КРЗ. ВОЗ. 2009. <https://iris.who.int/handle/10665/87652>; ВОЗ. Методическое пособие по обеспечению устойчивых трудовых ресурсов здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ. ВОЗ. ЕРБ 2018. <https://iris.who.int/handle/10665/345689>.

⁶ ВОЗ. Национальная система учета КРЗ: пособие по внедрению. Всемирная организация здравоохранения. 2018. <https://iris.who.int/handle/10665/311616>.

⁷ The Global Health Observatory. Global Health Workforce statistics database. <https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/health-workforce>.

⁸ Единый реестр правовых актов и других документов СНГ. Модельные кодексы и законы. https://iacis.ru/baza_dokumentov/modelnie_zakonodatelnie_akti_i_rekomendacii_mpa_sng/modelnie_kodeksi_i_zakoni (20.05.2025).

создание программ, реализующих ИКТ в образовании, развитие дистанционных образовательных технологий и электронного обучения»⁹.

В выбранных странах СНГ на национальном уровне систему кадров здравоохранения, элементом которой является (под)система кадров ПМСП, образуют: кадровые подразделения министерств здравоохранения, региональных органов управления здравоохранением (ОУЗ) и МО и сеть медицинских учебных заведений высшего и среднего медицинского образования и постдипломной подготовки, среди которых, как правило, одно выполняет функции ведущего учреждения (агентства), ответственного за стратегическое развитие и разработку программ медицинского образования, включая непрерывное медицинское образование (НМО).

На государственном уровне планирование кадровых ресурсов проводится с учетом нормативов гарантированной государством бесплатной медицинской помощи, потребностей населения (половозрастной состав, распространенность заболеваний и др.) и показателей динамики численности медицинских кадров (структура, подготовка, мобильность и убыль), для чего ведутся регистры кадров здравоохранения и выпускников медицинских вузов (структура, охват и степень цифровизации регистров различаются по странам, хотя при создании их всех учитывались *рекомендации ВОЗ по разработке национальных систем учета кадров здравоохранения*¹⁰). На региональном уровне кадровые подразделения ОУЗ и МО определяют потребность в кадрах и формируют детализированные по специальностям запросы в министерства с акцентом на первичное звено – во всех исследуемых странах актуальна проблема его укомплектования. Такой подход обеспечивает краткосрочное и среднесрочное планирование, но, принимая во внимание длительность обучения и мобильность кадров на рынке труда в Содружестве и внутри стран, необходимо развивать национальные системы долгосрочного планирования развития кадровых ресурсов и региональное сотрудничество, включая многостороннюю координацию долгосрочного планирования и гармонизацию национальных законодательств¹¹.

Процессы обучения и подготовки кадров в странах СНГ также претерпевают существенные изменения. Так, в конце 80-х годов прошлого века в советской системе здравоохранения началось внедрение института общей врачебной практики (семейной медицины) с корнями, идущими из земской медицины позапрошлого века¹². Национальные особенности ее внедрения в новых независимых государствах привели к значимым различиям в изначально близких программах медицинского образования и послевузовской

⁹ Приложение к постановлению МПА СНГ от 18.04.2025 № 58-7. Изменения в модельный Образовательный кодекс для государств – участников СНГ (Общая часть). Аспект цифровизации. https://iacis.ru/mod_file/p_file/1284.

¹⁰ ВОЗ. Национальная система учета кадров здравоохранения: руководство, 2-е издание. 2023. Всемирная организация здравоохранения. <https://iris.who.int/handle/10665/375713>.

¹¹ Паспорт Консультативного Совета по труду, занятости и социальной защите населения государств – участников СНГ. Интернет-портал СНГ. <https://e-cis.info/cooperation/3071/77314/>.

¹² Вопросы дальнейшего развития службы общей врачебной практики (семейной медицины) / Н.В. Юргель, М.Ю. Хубиева, Н.Ю. Васильева [и др.] // Ремедиум. – 2008. – № 5. – С. 28-32. – EDN IJWXXX. <https://elibrary.ru/item.asp?id=9956393>.

подготовки. В настоящее время рабочая группа Совета по сотрудничеству в области образования государств – участников СНГ анализирует ситуацию и практико-применение в странах Содружества признания и эквивалентности (соответствия) документов об образовании в сфере здравоохранения и разрабатывает меры по их гармонизации¹³.

Во всех изученных странах действуют системы планирования и управления кадровыми ресурсами, но в основном они построены на принципе «исторического» планирования, когда региональные ОУЗ формируют свои заявки исходя из существующего уровня укомплектованности кадров и неудовлетворенной потребности. Переход к стратегическому национальному планированию будет действенным, если на пространстве Содружества эти процессы будут сопряжены и скоординированы, а ИС управления кадрами будут обмениваться информацией о миграции медицинских кадров как внутри Содружества, так с другими регионами мира.

¹³ Сайт Исполнительного комитета СНГ. Статья от 16.09.2025 https://eccis.org/news/30690/eksperty_stran_sodruzhestva_obsudili_voprosy_podgotovki_meditsinskih_kadrov.

ГЛАВА 2.

СОТРУДНИЧЕСТВО В ОБЛАСТИ МЕДИЦИНЫ КАТАСТРОФ И ОБЕСПЕЧЕНИЯ САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ

Сотрудничество в области медицины катастроф, организации и оказания медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях

Осипов А.В., Быстров М.В.

*Базовая организация государств – участников СНГ в области организации
и оказания медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях –
Федеральный центр медицины катастроф ФГБУ «НМХЦ им. Н.И. Пирогова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации*

Сотрудничество в области медицины катастроф, организации и оказания медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях в рамках Содружества Независимых Государств является одним из основных направлений международной деятельности Федерального центра медицины катастроф ФГБУ «НМХЦ им. Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (далее – Центр, ФЦМК). Начиная с 2021 года, когда данный Центр приступил к работе, международные мероприятия научно-практического, организационно-методического и образовательного характера, учения по медицине катастроф, проводимые ФЦМК при поддержке Минздрава России и Исполнительного комитета СНГ, с участием представителей России, государств – участников СНГ, а также Китая, направлены на развитие национальных систем медицинского реагирования на чрезвычайные ситуации (далее – ЧС) и международного взаимодействия в этой сфере.

Решением Экономического совета СНГ от 29 ноября 2024 года ФЦМК придан статус базовой организации государств – участников СНГ в области организации и оказания медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, что существенно расширило возможности международного взаимодействия по данной тематике.

ФЦМК как базовая организация осуществляет международное сотрудничество и взаимодействие в многостороннем и двустороннем форматах.

В рамках двустороннего сотрудничества ФЦМК в 2023–2025 годах продолжено активное взаимодействие с органами управления здравоохранением и ведущими профильными белорусскими организациями по вопросам медицины катастроф и экстренной медицинской помощи. В соответствии с решениями совместной тематической коллегии министерств здравоохранения России и Беларуси, состоявшейся в декабре 2023 года, на базе ФЦМК в 2024 году организованы и проведены международные командно-штабное и тактико-специальное учения по медицине катастроф с участием медицинских организаций и формирований России и Беларуси, подготовлен и подписан в сентябре 2024 г. Меморандум о сотрудничестве в области медицины катастроф между Минздравом России и Минздравом Беларуси (далее – Меморандум), а в декабре 2024 года в Минске проведен курс

повышения квалификации по актуальным вопросам медицины катастроф для белорусских специалистов здравоохранения с участием российских и белорусских преподавателей – ведущих специалистов в области медицины катастроф и экстренной медицинской помощи. В рамках реализации Меморандума и в соответствии с Положением о базовой организации СНГ (ФЦМК) с 2 по 6 июня 2025 г. в Минске проведен 2-й курс повышения квалификации «Актуальные вопросы медицины катастроф для специалистов здравоохранения Республики Беларусь» (очный формат с частичным использованием дистанционных образовательных технологий).

Федеральным центром медицины катастроф ведется активное сотрудничество с коллегами из Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи и Республиканского центра скорой медицинской помощи Республики Узбекистан. Специалисты ФЦМК и Республики Узбекистан принимают активное участие в крупных международных научно-практических мероприятиях, проводимых обеими сторонами.

В соответствии с Положением о базовой организации СНГ для экспертного обсуждения проблем, связанных с организацией и оказанием медицинской помощи при ЧС, подготовки методических и информационных документов по данным вопросам, при ФЦМК сформирован Общественный совет из числа специалистов экспертного уровня в области медицины катастроф и экстренной медицинской помощи России и стран СНГ. Проведены 2 заседания совета, согласованы и утверждены положение о нем, его персональный состав и план работы на текущий период.

Многосторонний формат международного сотрудничества ФЦМК как базовой организации реализован в участии ведущих профильных специалистов России и стран СНГ, а также КНР, в научном симпозиуме «Организация медицинского реагирования при ЧС: международный опыт» и международных командно-штабных учениях по медицине катастроф (в рамках Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Медицина катастроф – 2025», проведенной совместно с Конференцией «Первая помощь – 2025», 24–26 сентября 2025 г.). Данные мероприятия организованы ФЦМК при поддержке Минздрава России и Исполкома СНГ и стали уже традиционными, ежегодно проводимыми по тематике медицинского реагирования при ЧС и медицины катастроф.

2–3 октября 2025 года специалисты ФЦМК в составе делегации Минздрава России приняли участие в очередном заседании Совета по сотрудничеству в области здравоохранения СНГ (далее – Совет) в Душанбе. В рамках заседания Совета 3 октября 2025 года с докладом «О сотрудничестве в области организации и оказания медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях» выступил директор ФЦМК Осипов А.В. Важным событием стало официальное вручение аутентичной копии Решения об учреждении базовой организации СНГ на базе ФЦМК. Делегация ФЦМК посетила ведущие медицинские и образовательные учреждения Таджикистана, состоялся профессиональный обмен мнениями по вопросам медицинского реагирования

при ЧС, подготовки специалистов по вопросам медицины катастроф, намечены перспективы дальнейшего сотрудничества.

На ближайшие годы представляется актуальным и востребованным реализация в деятельности ФЦМК как базовой организации государств – участников СНГ следующих направлений работы: расширение практики ежегодного проведения международных научного симпозиума и командно-штабных учений по медицине катастроф (традиционно в рамках Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Медицина катастроф») с участием ведущих специалистов России, стран СНГ и Китая, а также реализации новых форматов взаимодействия, прежде всего связанных с экспертными функциями Общественного совета при ФЦМК: проведение 2–3 раза в год тематических заседаний Общественного совета, с обсуждением проблемных вопросов медицины катастроф и экстренной медицинской помощи. В качестве тематических вопросов для обсуждения на ближайших заседаниях совета предлагаются следующие вопросы: обеспечение готовности медицинских организаций к работе в условиях ЧС; создание и функционирование мобильных медицинских формирований службы медицины катастроф и экстренной медицинской помощи; алгоритмы медицинского реагирования при ЧС. Представляется также актуальным и востребованным обсуждение на заседаниях вопросов преподавания медицины катастроф в рамках высшего образования и дополнительного профессионального образования, что потребует привлечения экспертов из числа профессорско-преподавательского состава кафедр медицины катастроф медицинских вузов. Важным является расширение практики проведения ФЦМК и ИУВ НМХЦ им. Н.И. Пирогова выездных образовательных курсов повышения квалификации по актуальным вопросам медицины катастроф для специалистов здравоохранения некоторых стран СНГ.

Внедрение мобильных лабораторий и мобильных технологий в сфере обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия на пространстве СНГ

Куклев В.Е., Касьян Ж.А., Зубова А.А., Голубев С.Н., Поспелов М.В.,
Карнаухов И.Г., Щербакова С.А., Кутырев В.В., Шамаль Е.В.*

Базовая организация государств – участников СНГ по мониторингу, оперативному оповещению и совместному реагированию на чрезвычайные ситуации в области общественного здравоохранения санитарно-эпидемиологического характера – ФКУН Российский противочумный институт «Микроб» Роспотребнадзора,

** департамент по сотрудничеству в политической, гуманитарной и социальной сферах Исполнительного комитета СНГ*

Начиная с 2006 года Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (далее – Роспотребнадзор) с участием Российского противочумного института «Микроб» Роспотребнадзора осуществляют инновационные разработки по проектированию и созданию мобильных лабораторий на базе автошасси и пневмокаркасных систем, которые являются одним из наиболее эффективных инструментов реагирования на чрезвычайные ситуации (далее – ЧС) в области общественного здравоохранения санитарно-эпидемиологического характера и способны работать автономно в любой точке мира, выполняя тысячи исследований в сутки с использованием высокоточных методов лабораторной диагностики.

С 2015 года Роспотребнадзором при поддержке Правительства Российской Федерации реализуются программы взаимодействия с государствами – участниками СНГ в области обеспечения эпидемиологического благополучия по опасным инфекционным болезням и реализации Международных медико-санитарных правил (ММСП, 2005 год). Одним из направлений сотрудничества является укрепление материально-технического потенциала стран-партнеров, в рамках чего проводится оснащение мобильными лабораториями на базе автошасси и пневмокаркасных систем профильных учреждений здравоохранения государств – участников СНГ и их интеграция в практику оперативного реагирования на угрозы биологического характера.

Обладая значительным потенциалом для оперативной диагностики, эпидемиологического надзора и быстрого реагирования на ЧС в области общественного здравоохранения санитарно-эпидемиологического характера мобильные лаборатории Российской Федерации являются важным инструментом для усиления региональной биологической безопасности на пространстве СНГ. В общей сложности с 2015 по 2025 годы поставлено 34 мобильных лаборатории различного профиля, из них 28 лабораторий на базе автошасси (6 лабораторий из состава мобильного комплекса СПЭБ 1-го поколения на базе автошасси КАМАЗ, 18 – мобильных лабораторий экспресс-диагностики на базе автошасси Газель, 4 – мобильных лаборатории индикации и мониторинга на базе автошасси Газон/Садко НЕКСТ) и 6 лабораторий на базе пневмокаркасного модуля, в 6 стран Содружества: в Республику Армения (5 лабораторий), Республику Беларусь (3 лаборатории),

Республику Казахстан (5 лабораторий), Кыргызскую Республику (8 лабораторий), Республику Таджикистан (6 лабораторий), Республику Узбекистан (7 лабораторий).

Мобильные лаборатории оснащены современным, высокотехнологичным оборудованием российского производства и позволяют осуществлять диагностические исследования проб из объектов окружающей среды и клинического материала методами ускоренной и экспресс-диагностики (ПЦР, ИФА, МФА, ИХА), а также секвенирования. Современные мобильные технологии позволяют проводить оперативную работу непосредственно в очагах инфекционных болезней и своевременно реагировать на возникающие инфекционные угрозы, а за счет современных инженерно-технических решений в полной мере обеспечивают выполнение требований биологической безопасности при работе с возбудителями опасных инфекционных болезней и исключают возможность заражения персонала и контаминации окружающей среды.

Передаваемые лаборатории используются на территориях стран-партнеров для проведения эпизоотологического мониторинга природных очагов чумы и других инфекционных болезней, обеспечения биологической безопасности в период проведения массовых мероприятий, а также были активно задействованы для организации лабораторной диагностики новой коронавирусной инфекции, как для усиления стационарных лабораторных баз, так и для организации исследований в отдаленных районах.

Необходимо подчеркнуть, что при передаче лабораторий осуществляется обучение специалистов лабораторной службы стран-партнеров правилам эксплуатации инженерно-технических систем, диагностического оборудования мобильных лабораторий и проведению исследований современными методами диагностики.

Усилия, предпринимаемые Российской Федерацией по укреплению систем реагирования на ЧС биологического характера в странах-партнерах, и опыт, накопленный в данной области, получили международное признание, результатом чего стало учреждение на базе Российского противочумного института «Микроб» Роспотребнадзора базовой организации государств – участников СНГ по мониторингу, оперативному оповещению и совместному реагированию на чрезвычайные ситуации в области общественного здравоохранения санитарно-эпидемиологического характера (решение Экономического совета СНГ от 18 июня 2021 г.), основной целью которой является координация мер, направленных на повышение эффективности мероприятий по предупреждению и ликвидации ЧС санитарно-эпидемиологического характера на территориях государств – участников СНГ. Кроме того, основой для взаимодействия между странами на пространстве СНГ является Соглашение о сотрудничестве по предупреждению и реагированию на чрезвычайные ситуации в области общественного здравоохранения санитарно-эпидемиологического характера (Решение Совета глав правительств СНГ от 28 октября 2022 г.).

Так, в рамках международного сотрудничества специалистами Роспотребнадзора и профильных ведомств стран-партнеров на пространстве

СНГ ежегодно проводятся совместные учения с задействованием ресурсов мобильных лабораторий, что позволяет увеличить национальный потенциал реагирования на угрозы инфекционного характера и способствует укреплению единой системы оперативного реагирования на ЧС в области общественного здравоохранения санитарно-эпидемиологического характера на пространстве Содружества. Основной целью учений является обмен опытом по стратегии и тактике использования мобильных лабораторных формирований для оценки и отработки навыков практического взаимодействия специалистов международных эпидемиологических и лабораторных групп при реагировании в случае возникновения вспышки инфекционного заболевания.

В общей сложности с 2019 по 2025 годы организовано 24 учения с участием специалистов из 7 стран СНГ (Азербайджан, Армения, Беларусь, Казахстан, Кыргызстан, Таджикистан и Узбекистан). При этом 10 мероприятий состоялось на территории Российской Федерации, 14 – в выездном формате в зарубежных государствах.

Благодаря проведению совместных учений и с целью формирования кадрового резерва, который может быть задействован в совместной работе в составе команды быстрого реагирования в случае возникновения ЧС в области общественного здравоохранения санитарно-эпидемиологического характера, в настоящее время создан и утвержден Реестр специалистов организаций санитарно-эпидемиологического профиля государств – участников СНГ (решение Совета по сотрудничеству в области здравоохранения СНГ от 13 октября 2021 г.), в состав которого на сегодняшний день включено 84 специалиста из 5 стран Содружества (Армения – 19, Беларусь – 10, Казахстан – 34, Кыргызстан – 15, Узбекистан – 6).

Таким образом, на протяжении многих лет Российская Федерация плодотворно сотрудничает со странами-партнерами на пространстве СНГ. Одним из направлений совместной работы в области борьбы с инфекционными болезнями является укрепление национального потенциала в сфере реагирования на ЧС санитарно-эпидемиологического характера за счет интеграции мобильных лабораторий и технологий Российской Федерации в практику реагирования стран-партнеров. Такое взаимовыгодное сотрудничество является ключевым шагом к достижению санитарно-эпидемиологического благополучия на пространстве СНГ и позволяет обеспечить функционирование созданной единой системы мониторинга и оперативного реагирования на ЧС в области общественного здравоохранения санитарно-эпидемиологического характера. В дальнейшем планируется продолжать взаимодействие с целью укрепления регионального потенциала и усиления национальных возможностей стран-партнеров по реагированию на возникающие угрозы биологической безопасности.

**Эпидемиологическая ситуация по инфекционным болезням,
ассоциируемым с чрезвычайными ситуациями санитарно-
эпидемиологического характера или возможностью их возникновения,
в государствах – участниках СНГ в 2025 году**

Куклев В.Е., Касьян Ж.А., Зубова А.А., Голубев С.Н., Поспелов М.В.,
Карнаухов И.Г., Щербакова С.А., Кутырев В.В., Шамаль Е.В.*

*Базовая организация государств – участников СНГ по мониторингу,
оперативному оповещению и совместному реагированию на чрезвычайные
ситуации в области общественного здравоохранения санитарно-
эпидемиологического характера – ФКУН Российский противочумный
институт «Микроб» Роспотребнадзора,*

** департамент по сотрудничеству в политической, гуманитарной
и социальной сферах Исполнительного комитета СНГ*

Решением Совета по сотрудничеству в области здравоохранения СНГ от 30 июня 2020 г. утверждено Положение о порядке осуществления информационного обмена между государствами – участниками СНГ о чрезвычайных ситуациях в области общественного здравоохранения санитарно-эпидемиологического характера. Назначение Положения – создание для государств-участников единого информационного эпидемиологического пространства, повышение эффективности мер реагирования на чрезвычайные ситуации в области общественного здравоохранения санитарно-эпидемиологического характера в рамках реализации Международных медико-санитарных правил (2005 г.). Одновременно Координационным советом по проблемам санитарной охраны территорий государств – участников СНГ от завоза и распространения особо опасных инфекционных болезней непрерывно осуществляется мониторинг информации из открытых источников на предмет наличия эпидемиологических угроз.

По состоянию на начало декабря 2025 г. получены следующие данные о выявлении в государствах Содружества инфекционных болезней, ассоциируемых с чрезвычайными ситуациями санитарно-эпидемиологического характера или с возможностью их возникновения.

На территории Азербайджанской Республики выделяют три отдельных природных очага чумы. Эпидемиологическое благополучие по болезни сохраняется на протяжении более чем 50 лет.

Из открытых источников известно о единичных случаях завоза холеры в прошлом – по одному случаю в 2001 и 2009 годах. Завозной характер имеют и случаи малярии и лихорадки денге (в 2025 году информации о завозе этих инфекций нет).

На значительной части территории подтверждена циркуляция вируса конго-крымской геморрагической лихорадки (вирус ККГЛ) и вируса Западного Нила (ВЗН), однако данных о заболеваемости населения не имеется.

Азербайджан относится к странам с высоким риском заражения бруцеллёзом, ежегодно регистрируются сотни случаев. Отмечаются спорадические случаи сибирской язвы – в стране только официально зарегистрировано 1245 стационарно неблагополучных пунктов (СНП).

Два природных очага чумы занимают большую часть территории *Республики Армения*, однако случаи заболевания не фиксировались с 1975 года.

Из открытых источников неизвестно о наличии завозных случаев холеры, лихорадки денге или малярии в 2025 году. Несмотря на то, что циркуляция ВЗН установлена несколько десятилетий назад и подтверждена в 2000-е годы, первые местные случаи выявлены только в 2024 году; по данным СМИ со ссылкой на Министерство здравоохранения в 2025 году выявлен 1 случай. Также подтверждена циркуляция вируса ККГЛ.

Армения – государство с развитым животноводством, в том числе в подсобных хозяйствах. Этот факт обуславливает соответствующие риски заражения бруцеллёзом, в отдельные годы регистрируются сотни случаев. Фиксируются вспышки сибирской язвы среди крупного и мелкого рогатого скота, спорадические случаи у людей.

В стране практически ежегодно выявляют единичные случаи менингококковой инфекции.

Республика Беларусь – одна из двух стран СНГ, где отсутствуют природные очаги чумы. Последние случаи завоза холеры отмечены в 90-е годы. Однако регулярно регистрируются завозные случаи малярии и лихорадки денге. Так, Министерство здравоохранения сообщило о 13 случаях малярии и 3 случаях лихорадки денге у лиц, прибывших из эндемичных территорий за первые 9 месяцев 2025 году. Вирус ККГЛ на территории страны не циркулирует, но большая часть Беларуси эндемична по лихорадке Западного Нила (ЛЗН), случаи которой в 2024–2025 годах не выявлялись.

Несмотря на наличие свыше 500 СНП, в стране наблюдается эпидемиологическое благополучие по сибирской язве. С января по сентябрь 2025 г. зарегистрировано 50 случаев бруцеллёза среди людей.

В 2025 году после нескольких лет снижения отмечен рост заболеваемости менингококковой инфекцией (49 случаев за первые 3 квартала).

В *Республике Казахстан* исследователи выделяют 20 природных очагов чумы, занимающих более трети территории страны – порядка 1 млн кв. км. Несмотря на напряжённую эпизоотическую обстановку, последние случаи зарегистрированы в 2003 году.

В стране отсутствуют риски местного заражения малярией, лихорадкой денге, холерой, тем не менее регулярно выявляются завозные случаи из эндемичных стран. Так, Министерство здравоохранения предоставило информацию о завозе случаев малярии и лихорадки денге в 1 квартале 2025 года.

На юге Казахстана расположены эндемичные по КГЛ территории, где отмечается устойчивое эпидемиологическое неблагополучие. О некоторых случаях в 2025 году известно из СМИ – 22 инфицированных в Кызылордынской области. Подтверждена также циркуляция ВЗН.

На территории Казахстана зарегистрировано 1778 СНП во всех областях, 5 из которых отнесены к территориям выраженного эпизоотолого-эпидемиологического неблагополучия по сибирской язве. Практически ежегодно фиксируются вспышки среди животных и спорадические случаи

среди населения. В 2025 году по данным СМИ случаи выявлены в Акмолинской (19), Карагандинской, Туркестанской областях, городе республиканского значения Шимкенте (по 1).

Ежегодно выявляются случаи менингококковой инфекции, в основном спорадические. В 2025 году только в I квартале выявлено 19 случаев.

В стране сохраняется неблагоприятная ситуация по бруцеллёзу – в отдельные годы регистрируют от нескольких десятков до нескольких тысяч случаев. С января по март 2025 года выявлено 66 случаев.

В *Кыргызской Республике* расположены высокогорные природные очаги чумы сурочьего типа. Республика – одна из трех стран СНГ (наряду с Россией и Казахстаном), где официально зафиксированы случаи чумы в XXI в. – в 2013 году выявлен 1 случай заболевания (последний на настоящий момент).

В открытых источниках не сообщалось о случаях завоза малярии, лихорадки денге, холеры в 2025 году (риски местного заражения отсутствуют).

На территории страны расположены природные очаги крымской геморрагической лихорадки, регистрируются спорадические случаи; о заболеваемости в 2025 году из открытых источников неизвестно. Лихорадка Западного Нила считается не эндемичной, однако в стране присутствуют условия для циркуляции возбудителя.

За I квартал 2025 года выявлено 18 случаев менингококковой инфекции. Как правило, каждый год в стране фиксируют несколько десятков заболевших.

Известно о стабильно неблагоприятной ситуации по сибирской язве и бруцеллёзу, обусловленной несколькими факторами, в первую очередь высокой степенью контакта местного населения с зараженными животными. В мае и октябре 2025 г. о заражении людей в Джалал-Абадской области сообщали СМИ (всего 2 случая).

Риски заражения местного населения бруцеллёзом остаются высокими. В 2025 году только за первые 5 месяцев выявлено 402 случая.

Природные очаги чумы в *Республике Молдова* не описаны. О случаях завоза холеры и лихорадки денге на территорию страны в последние десятилетия не известно.

В разные годы публиковались отдельные сообщения о случаях завоза малярии в страну, подробной информации об их числе в открытых источниках нет.

В ходе исследований на наличие ВЗН в потенциальных переносчиках в 2009–2017 годах подтверждена циркуляция вируса на территории страны.

С 2019 года фиксируются спорадические случаи ЛЗН, об инфицировании людей в 2025 году в открытых источниках данные отсутствуют.

Доказана циркуляция вируса ККГЛ на территории страны, тем не менее случаи заболевания людей вплоть до настоящего момента выявлены не были.

Ежегодно фиксируют случаи менингококковой инфекции, в 2025 году по данным СМИ в первые полгода выявлено 16 случаев в 13 районах страны.

Республика Молдова в настоящее время считается свободной от бруцеллёза. Наличие СНП обуславливает спорадическую заболеваемость сибирской язвой.

На территории Российской Федерации выделяют 11 природных очагов чумы. В XXI веке 3 случая заболевания среди населения впервые после долгого периода эпидемиологического благополучия выявлены в 2014, 2015 и 2016 годах. Несмотря на нестабильную эпизоотическую обстановку, новых случаев заражения в настоящее время удалось избежать.

В отдельные годы фиксируют завозные случаи холеры; в том числе в 2025 году выявлено 4 случая завоза холеры из Индии. В России ежегодно диагностируют случаи малярии – все они связаны с завозом из зарубежных стран. С января по октябрь зарегистрировано 163 заболевших. Сопоставимое количество завозных случаев (130 за тот же период) выявляют по другой тропической инфекции – лихорадке денге.

На территории страны наблюдается увеличение площади ареала обитания переносчиков ЛЗН. Это отражается на многолетней динамике уровня заболеваемости, которая имеет тенденцию к росту. Однако в 2025 году наблюдается значительное снижение числа случаев по сравнению с предыдущим годом (октябрь – ноябрь – 144 против 423).

В России КГЛ регистрируется с середины прошлого века. Местные случаи фиксируют в Южном и Северо-Кавказском федеральном округах. За 11 месяцев 2025 г. выявлено 49 случаев инфекции.

Как и во многих странах СНГ, в России эпидемиологическая ситуация по бруцеллёзу остается напряженной. Закономерно наибольшее количество случаев выявляют в традиционно животноводческих регионах, в частности в Республике Дагестан. Всего на территории страны в 2025 году зафиксирован 441 случай впервые выявленного бруцеллёза (информация за первые 10 месяцев). Случаев сибирской язвы не зафиксировано.

В 2025 году наблюдалось ухудшение эпидемиологической ситуации по менингококковой инфекции. За период с января по октябрь зарегистрировано 1727 случаев генерализованной формы.

На относительно малой территории в 300 кв. км в Республике Таджикистан расположен Гиссарский природный очаг чумы, последние случаи заражения в котором зафиксированы в конце XIX века.

Последний случай малярии выявлен в стране в 2014 году. О случаях завоза малярии, лихорадки денге в 2025 году в открытых источниках не сообщалось. Несмотря на существование определенных рисков возникновения вспышек холеры в связи с неблагоприятной эпидемиологической обстановкой в соседних странах, местные случаи в последние годы не выявляются.

На территории страны, особенно в ее южной части, существуют оптимальные условия для обитания многочисленных видов переносчиков вируса ККГЛ. Это обуславливает регулярные случаи КГЛ среди населения, особенно среди сельских жителей. Эпизоотологические исследования территории подтвердили циркуляцию ВЗН, однако о случаях клинически выраженной инфекции в доступных источниках информации нет.

Каждый год Министерство здравоохранения сообщает о десятках случаев менингококковой инфекции.

В стране зарегистрировано 378 СНП. Считается также, что количество неучтенных скотомогильников, где захоронены больные сибирской язвой животные, является существенным. По сообщениям СМИ со ссылкой на Минздрав за первые полгода 2025 года выявлено 41 заболевание у людей. Бруцеллёз, также как и во многих других странах СНГ, остается значительной угрозой общественному здравоохранению.

В Туркменистане последние официальные случаи чумы среди населения были выявлены в середине прошлого века.

Циркуляция вируса ККГЛ и ВЗН подтверждена исследованиями на территории страны, тем не менее статистических данных об уровне заболеваемости не имеется.

Неизвестен также факт наличия или отсутствия случаев завоза холеры, лихорадки денге, малярии из эндемичных стран.

На территории Республики Узбекистан располагается 3 природных очага чумы; случаи заболевания людей не регистрируют с 1999 года. Страна свободна от малярии с 2018 года; регистрируются единичные завозные случаи. Отсутствует информация о случаях завоза лихорадки денге (местное заражение исключено). Несмотря на риски, связанные с эпидемиологическим неблагополучием в соседнем Афганистане, завоза инфекции в 2025 году удалось избежать.

Природные очаги КГЛ расположены на обширных территориях страны; на протяжении многих лет наблюдается увеличение площади ареала переносчиков ВЗН и, соответственно, эндемичных территорий.

Регистрируются единичные случаи менингококковой инфекции.

Узбекистан относится к государствам, высокоэндемичным по бруцеллёзу, ежегодно выявляют сотни случаев заболевания. В открытых источниках имеются сообщения о не вполне благоприятной ситуации по сибирской язве.

В целом по результатам анализа информации, собранной из открытых источников и поступившей от стран СНГ в соответствии с Положением, не выявлено значительного повышения эпидемиологических рисков по болезням, ассоциируемым с возможностью возникновения чрезвычайных ситуаций. Остается напряженной ситуация по бруцеллёзу и сибирской язве.

На эндемичных территориях сохраняется опасность заражения природно-очаговыми инфекциями – чумой, КГЛ, ЛЗН. Зафиксированы случаи завоза холеры и лихорадки денге; не зарегистрировано крупных вспышек менингококковой инфекции.

Между тем в связи с эпидемиологическим неблагополучием в эндемичных странах Африки, Азии и Американского региона по особо опасным инфекциям (болезни, вызванные вирусами Эбола и Марбург, лихорадка Ласса, полиомиелит, вызванный диким полиовирусом и др.) государства – участники СНГ предпринимают комплексные меры по санитарной охране территорий и формированию единого эпидемиологического пространства.

ГЛАВА 3.

СОТРУДНИЧЕСТВО В ОБЛАСТИ ПОДГОТОВКИ КАДРОВ И ВНЕДРЕНИЯ НОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В НЕКОТОРЫХ ОТРАСЛЯХ МЕДИЦИНЫ

Объединение молодых специалистов Содружества Независимых Государств – важный вектор деятельности АДИОР СНГ и Евразии

Каприн А.Д., Филоненко Е.В., Шамаль Е.В.*

*Базовая организация государств – участников СНГ в области онкологии –
ФГБУ «НМИЦ радиологии» Министерства здравоохранения Российской
Федерации, Ассоциация директоров центров и институтов онкологии
и рентгенодиагностики стран СНГ и Евразии;*

** департамент по сотрудничеству в политической, гуманитарной
и социальной сферах Исполнительного комитета СНГ*

С каждым десятилетием внедряются новые решения и подходы в диагностике, лечении, паллиативной помощи и реабилитации онкологических больных. Онкологи СССР совместно работали над решением сложнейших задач, формируя общую научную школу и накапливая бесценный опыт. Это сотрудничество, основанное на принципах взаимопомощи и обмена знаниями, продолжалось на протяжении длительного времени, закладывая фундамент для современных международных инициатив.

Распад Советского Союза ознаменовал собой не только политические и экономические перемены, но и фрагментацию научного и медицинского сообщества, разрыв налаженных связей и затрудненный доступ к общим ресурсам. Однако онкология, как область, нуждающаяся в постоянном обмене опытом и международном сотрудничестве для эффективной борьбы со злокачественными новообразованиями, всегда стремилась поддерживать и развивать профессиональные контакты, преодолевая границы и политические барьеры. В период становления новых независимых государств врачи-онкологи осознали необходимость сохранения научных традиций и дальнейшего объединения усилий. Именно тогда, в 1994 году, возникла идея консолидации профессионального сообщества. Так появилась общественная организация «Ассоциация директоров центров и институтов онкологии и рентгенодиагностики стран СНГ и Евразии» (АДИОР СНГ и Евразии). Ее создание стало важным шагом на пути укрепления международного сотрудничества в борьбе против рака, обеспечивая преемственность опыта советских ученых и открывая новые перспективы для совместной научной и практической деятельности.

Сегодня, в эпоху быстрого развития медицинских технологий и глобализации, международное сотрудничество в онкологии приобретает особую значимость. Современная онкология требует не только глубоких специализированных знаний, но и постоянный доступ к новейшим исследованиям, инновационным технологиям и передовому опыту. Для удовлетворения возникшей потребности 30 июня 2020 года на 86-м заседании Экономического совета СНГ было принято решение о придании ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр радиологии» Министерства здравоохранения

Российской Федерации (ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России) статуса базовой организации государств – участников Содружества Независимых Государств в области онкологии.

Руководитель базовой организации, Генеральный директор ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, главный внештатный онколог Минздрава России Каприн А.Д. уделяет особое внимание работе с молодыми специалистами, видя в них основную движущую силу устойчивого развития онкологической науки, так как развитие молодежной науки и нового поколения в настоящем означает, что в будущем у нас появится возможность достичь принципиально нового уровня развития медицинской науки и технологий, разработать инновационные методы диагностики, лечения и профилактики онкологических заболеваний. Следовательно, возникает потребность в создании системы взаимодействия молодых специалистов государств – участников СНГ, консолидации усилий и обмене передовым опытом. С учетом этого была выдвинута уникальная научно-образовательная инициатива, объединяющая молодых онкологов стран Содружества и Евразии.

В сентябре 2022 года под руководством базовой организации и АДИОР СНГ и Евразии создан Комитет по работе с молодыми специалистами (далее – Комитет). Комитет объединил молодежные советы онкологических центров и институтов 9 государств – участников СНГ в международном образовательном проекте «АДИОР next». Проект стал многогранной платформой для реализации ряда задач, направленных на развитие международного сотрудничества и профессионального роста молодых специалистов.

Основные задачи проекта:

1. Сплочение молодых онкологов и специалистов в области онкологии стран СНГ и Евразии путем создания платформ для общения и постоянного взаимодействия.

2. Укрепление навыков, знаний и опыта молодых специалистов из стран СНГ и Евразии через создание и реализацию международных образовательных программ в области онкологии (обучение по программам двойной ординатуры, очное и онлайн-обучение по программам повышения квалификации).

На конец 2025 года на интернет-платформах международного образовательного проекта «АДИОР next» на постоянной основе ведут активную деятельность более 380 молодых онкологов и специалистов в области смежных дисциплин из Азербайджанской Республики, Республики Армении, Республики Беларусь, Республики Казахстан, Кыргызской Республики, Российской Федерации, Республики Таджикистан, Туркменистана, Республики Узбекистан.

Международный образовательный проект «АДИОР next» состоит из трех основных направлений:

1. Научно-образовательное направление, целью которого является получение молодыми специалистами из государств – участников СНГ новых знаний, навыков и умений;

2. Культурно-просветительское направление, основная цель которого – ознакомление участников проекта с духовно-нравственными и культурными

ценностями народов мира и сплочение молодых ученых из государств – участников СНГ посредством взаимодействия вне работы;

3. Международный конкурс молодых ученых за звание «Лучший молодой специалист СНГ в области онкологии».

К научно-образовательному направлению относится деятельность, направленная на создание и реализацию международных образовательных программ в области онкологии:

1. Программы ординатуры и аспирантуры. За 4 года на площадке базовой организации прошли обучение, кроме врачей из России, по программам ординатуры – 25 человек из 5 стран: 3 специалиста из Республика Казахстан, 2 – из Кыргызской Республики, 5 – из Республики Таджикистан, 1 – из Туркменистана, 14 – из Республики Узбекистан. Продолжают проходить обучение по программам аспирантуры 4 специалиста: 1 – из Республики Казахстан, 3 – из Республики Узбекистан.

2. Программы двойной ординатуры. Между ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России и кафедрой онкологии и медицинской радиологии Ташкентского государственного стоматологического института подписано соглашение о реализации программы двойного диплома по онкологии. Согласно программе первый год ординатуры молодые специалисты проходят в Ташкентском государственном стоматологическом институте, второй год ординатуры – в ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России. При выпуске обучающиеся получают два диплома – образца Республики Узбекистан и образца Российской Федерации. За время реализации образовательной программы двойной ординатуры закончили обучение и получили двойные дипломы 13 обучающихся: в 2022 году (1 ординатор), в 2023 году (3), в 2024 году (5), в 2025 году (4).

3. Международные школы повышения квалификации (очное обучение). Мероприятие представляет собой дополнительное образование, направленное на получение специалистом новых навыков и умений, обновление имеющихся знаний по специализации для поддержания необходимого профессионального уровня. На 2025 год прошли обучение по программам международных школ повышения квалификации очно с приобретением трудовых навыков на рабочем месте в базовой организации 102 специалиста: в 2020 году – 9 специалистов из 2 стран (Республика Таджикистан – 1 и Республика Узбекистан – 8); в 2021 году – 25 специалистов из 5 стран (Республика Армения – 3, Республика Казахстан – 1; Кыргызская Республика – 2; Республика Таджикистан – 3; Республика Узбекистан – 16); в 2022 году – 23 специалиста из 4 стран (Республика Казахстан – 5; Кыргызская Республика – 3; Республика Таджикистан – 7; Республика Узбекистан – 8); в 2023 году – 30 специалистов из 5 стран (Республика Беларусь – 1; Республика Казахстан – 5; Кыргызская Республика – 7; Республика Таджикистан – 4; Республика Узбекистан – 13); в 2024 году – 15 специалистов из 2 стран (Республика Беларусь – 1 и Республика Узбекистан – 14).

4. Прошли обучение онлайн по программам повышения квалификации более 2 тыс. специалистов в рамках проекта «Школа АДИОР» (рис. 1): Школа

АДИОР «Иммуноонкология» (29 октября 2020 г.; 25 ноября 2021 г.); Школа АДИОР «Онкогинекология» (15 декабря 2020 г.); Школа АДИОР «Онкопроктология» (22 декабря 2020 г.); Международная Зимняя Школа по ФД и ФДТ (11 февраля 2021 г.; 3–4 марта 2022 г.); Школа АДИОР «Онкогематология» (28 апреля 2021 г.; 2 ноября 2022 г.); Школа АДИОР «Рак легкого» (10 августа 2021 г.); Школа АДИОР «Опухоли билиопанкреатодуоденальной зоны» (20 октября 2021 г.); Школа АДИОР «Рак предстательной железы» (1 декабря 2021 г.); Школа АДИОР «Опухоли головы и шеи» (15 декабря 2021 г.); Школа АДИОР «Генетические исследования в онкологии» (31 марта 2022 г.); Школа АДИОР «Поддерживающая терапия в онкологии» (14 марта 2023 г.; 14 марта 2024 г.; 20 марта 2025 г.).

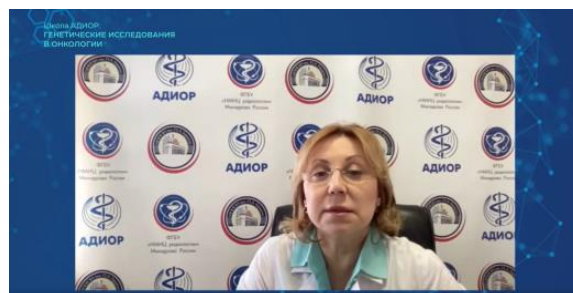


Рис. 1. Онлайн школы в рамках повышения квалификации: слева – Школа АДИОР «Поддерживающая терапия в онкологии», 14 марта 2023 г.; справа – Школа АДИОР «Генетические исследования в онкологии», 31 марта 2022 г.

5. Международные онлайн-семинары «Разбор редких клинических случаев» представляют собой научно-практические мероприятия, на которых можно присутствовать очно или онлайн. На каждом семинаре молодые специалисты из государств – участников СНГ под руководством ведущих экспертов представляют два доклада по одной тематике в виде разбора интересных или сложных случаев из личной практики. После семинара всем участникам предлагается решить онлайн-кейс, чтобы проверить свои знания и закрыть возможные пробелы в них. Был проведен 21 международный онлайн-семинар «Разбор редких клинических случаев», на каждом из которых присутствовало от 20 до 62 молодых специалистов из государств – участников СНГ (рис. 2). Среди докладчиков были представители Республики Армения (1 человек), Республики Беларусь (4), Республики Казахстан (2), Кыргызской Республики (3), Республики Таджикистан (3), Республики Узбекистан (3).



Рис. 2. Международный онлайн-семинар «Разбор редких клинических случаев: опухоли молочной железы», июнь 2025 г.

6. Международные онлайн-тренинги по приобретению soft skills навыков представляют собой обучение молодых специалистов, целью которого является развитие компетентности в моделях взаимоотношений «врач – врач» или «врач – пациент». На тренингах лекторы рассказывают об основах коммуникации с пациентами и коллегами, а также создают условия сложных случаев коммуникации для самораскрытия участников и самостоятельного поиска ими способов решения. Молодые специалисты заслушивают лекторов и обмениваются мнениями в процессе последующего обсуждения. Все участники получают сертификаты о прохождении мастер-классов. Было проведено 7 мастер-классов по приобретению soft skills навыков, на каждом из которых присутствовало более 30 человек (рис. 3).



Рис. 3. Международный тренинг по приобретению soft skills навыков «Развитие коммуникативных навыков, презентация идей, навыков публичных выступлений», октябрь 2024 г.

К культурно-просветительскому направлению относятся все виды деятельности, направленные на сохранение, развитие, создание и распространение культурных ценностей.

В процессе социально-культурной деятельности удовлетворяются духовные интересы молодых специалистов. В современном многополярном мире одним из самых важных вопросов является международное сотрудничество и конструктивные взаимоотношения между коллегами. В ходе проведения культурно-просветительских мероприятий наряду с научно-образовательными создается дружная, творческая, инициативная команда молодых специалистов.

1. Международные культурно-просветительские вебинары «День соседа» (рис. 4). Вебинары представляют собой выступления нескольких молодых специалистов из страны, которой посвящено мероприятие. Докладчики проводят краткий экскурс в историю и культуру своей страны, рассказывают об истории ее онкологической науки. Благодаря таким вебинарам участники знакомятся с культурой и историей государств – участников СНГ. Было проведено 9 международных культурно-просветительских вебинаров «День соседа», посвященных Республике Узбекистан (3 вебинара), Российской Федерации (2), Азербайджанской Республике (1), Республике Беларусь (1), Республике Казахстан (1) и Кыргызской Республике (1). На каждом вебинаре присутствовало около 40 молодых специалистов из государств – участников СНГ.



Рис. 4. Международный культурно-просветительский вебинар «День соседа», посвященный Республике Узбекистан, декабрь 2024 г.

2. Культурно-досуговая внеучебная деятельность. Мероприятия представляют собой посещение экскурсий, театров, выставок, музеев, направленные на ознакомление участников проекта с духовно-нравственными и культурными ценностями народов мира и сплочение молодых ученых посредством взаимодействия вне работы. Было проведено 11 организованных экскурсий (рис. 5): экскурсия в музей «Палаты бояр Романовых»; экскурсия «Квартирный вопрос» в Музее М.А. Булгакова; экскурсия в Московский планетарий; посещение концерта «Любимые новогодние мелодии» в Московской государственной консерватории; посещение спектакля «Вишневый сад» в театре «Вишневый сад»; посещение выставки работ Сальвадора Дали и Пабло Пикассо в Путевом дворце Василия III; экскурсия на Обнинскую АЭС; посещение оперы «Царская невеста» в Государственном академическом Большом театре России; 27 сентября, во Всемирный день туризма, состоялась экскурсия по ночной Москве; экскурсия на ВДНХ «Знакомство с историей правления Первого императора Китая Цинь Шихуанди и созданием загадочной Терракотовой армии»; экскурсия по мультимедийной интерактивной выставке «Большая страна».



Рис. 5: слева – поход в Государственный академический Большой театр России, март 2023 г.; справа – посещение выставки-реконструкции «Терракотовая армия. Бессмертные воины Китая», май 2024 г.

С 2024 года на постоянной основе в рамках проекта «АДИОР next» проводится международный конкурс молодых ученых за звание «Лучший молодой специалист СНГ в области онкологии».

За все мероприятия в рамках проекта молодые специалисты получают баллы. Номинантами конкурса становятся участники, набравшие в течение года наибольшее количество баллов. Победителей из числа номинантов определяет конкурсная комиссия. Лауреаты награждаются именным дипломом победителя и памятной стелой (рис. 6), а также тревел-грантом на посещение научно-практического мероприятия с возможностью выступить с научным докладом. Все номинанты получают почетные грамоты за особые достижения и выход в финал.



Рис. 6: слева – памятная стела победителя конкурса «Лучший молодой специалист СНГ в области онкологии»; справа – награждение одного из победителей конкурса на I Евразийском онкологическом форуме «Достижения науки для современной онкологии», г. Ташкент, июнь 2025 г.

Таким образом, «АДИОР next» – это не просто международный образовательный проект, это инвестиция в будущее онкологической науки и практики. Он способствует повышению квалификации молодых специалистов, укреплению международного сотрудничества, развитию лучших традиций медицинской науки и формированию единого информационного пространства в борьбе со злокачественными онкологическими заболеваниями. Это, в конечном итоге, ведет к повышению качества медицинской помощи и улучшению прогноза для пациентов всех государств – участников СНГ.

Использование возможностей искусственного интеллекта в диабетологии в государствах – участниках СНГ

Экспертный совет государств – участников СНГ по проблемам диабета при Совете по сотрудничеству в области здравоохранения СНГ, департамент по сотрудничеству в политической, гуманитарной и социальной сферах Исполнительного комитета СНГ

Экспертным советом государств – участников Содружества Независимых Государств по проблемам диабета (далее – Экспертный совет) в 2025 году активно изучался вопрос использования искусственного интеллекта (далее – ИИ) при оказании диабетологической помощи в государствах – участниках СНГ, для чего с помощью специалистов Европейского бюро Всемирной организации здравоохранения (далее – ВОЗ) разработана анкета, информация по основным вопросам которой представлена в текущем обзоре.

Нормативно-правовые документы, регламентирующие использование ИИ

Наиболее полно среди всех стран СНГ вопрос использования ИИ проработан в сфере здравоохранения в *Российской Федерации*, где принят ряд соответствующих нормативно-правовых актов:

«ГОСТ Р 59525-2021. Национальный стандарт Российской Федерации. Информатизация здоровья. Интеллектуальные методы обработки медицинских данных. Основные положения»;

«ГОСТ Р 59921.0-2022. Национальный стандарт Российской Федерации. Системы искусственного интеллекта в клинической медицине. Основные положения»;

Указ Президента Российской Федерации от 10 октября 2019 г. № 490 «О развитии искусственного интеллекта в Российской Федерации»;

Федеральный закон от 24 апреля 2020 г. № 123-ФЗ «О проведении эксперимента по установлению специального регулирования в целях создания необходимых условий для разработки и внедрения технологий искусственного интеллекта в субъекте Российской Федерации – городе федерального значения Москве и внесении изменений в статьи 6 и 10 закона «О персональных данных»;

«ГОСТ ISO 13485-2017. Межгосударственный стандарт. Изделия медицинские. Системы менеджмента качества. Требования для целей регулирования».

В *Республике Таджикистан* за последние годы также приняты следующие национальные законодательные акты по искусственному интеллекту:

Постановление Правительства Республики Таджикистан «Стратегия развития искусственного интеллекта в Республике Таджикистан на период до 2040 года» (2022 год);

Указ Президента Республики Таджикистан «О вопросах Агентства инноваций и цифровых технологий при Президенте Республики Таджикистан» (2024 год);

Постановление о создании Межведомственной комиссии по регулированию искусственного интеллекта (2025 год).

Специалистами в сфере цифрового здравоохранения в *Республике Беларусь* разработан и принят Межпарламентской Ассамблеей СНГ от 24 апреля 2025 г. модельный закон стран СНГ «О технологиях искусственного интеллекта».

В *Кыргызской Республике* в 2025 году принят Цифровой кодекс. Отдельного документа, регулирующего использование ИИ, не разработано.

В *Республике Узбекистан* при применении цифровых технологий в сфере медицины руководствуются документами, принятыми ВОЗ.

Опыт государственно-частного сотрудничества в области использования ИИ

Все государства – участники СНГ заявляют об отсутствии опыта государственно-частного сотрудничества в области использования ИИ в сфере диабетологии.

Пилотные проекты, реализованные (реализуемые) в настоящее время по использованию ИИ в диабетологии

В некоторых странах Содружества реализуются пилотные проекты по использованию ИИ в диабетологии.

В *Республике Армения* с 2017 года ИИ используется в проекте по скринингу диабетической ретинопатии у пациентов с сахарным диабетом (СД) и нарушениями углеводного обмена.

В *Республике Беларусь* уже реализован 1 и в настоящее время реализуются 2 пилотных проекта.

В 2022 году выполнен проект по выявлению диабетической ретинопатии и ее стадий по изображениям сетчатки на основе глубокого обучения и мягких вычислений. Проект ориентирован на пациентов с СД 1 и 2 типа. Данный инструментарий предлагает поддержку принятия решения для врачей в процессе диагностики и лечения диабетической ретинопатии (Объединенный институт проблем информатики НАН Беларуси).

С 2025 года осуществляется разработка Интеллектуальной системы оказания медицинской помощи пациентам с СД (вариант персонального помощника). Проект ориентирован на пациентов с СД 2 типа и включает три взаимосвязанных компонента: чат-бот, граф знаний и цифровой двойник врача. Разработанный интерфейс поддерживает ввод ключевых данных мониторинга (уровень глюкозы, артериальное давление, рацион, физическая активность) и предоставляет пациентам персонализированные рекомендации по лечению, питанию и профилактике осложнений (Гомельский государственный медицинский университет).

С 2023 года разрабатывается интеллектуальная информационная персонализированная система мониторинга глюкозы с использованием технологии IoT. В составе информационной системы будет разработан программный модуль на основе технологии ИИ для прогнозирования изменений уровня глюкозы в крови на основе текущих показаний уровня

глюкозы во внеклеточной жидкости, а также рекомендации по коррективке активностей пациента (Белорусский государственный университет информатики и радиоэлектроники).

В *Республике Казахстан* реализуется большое количество пилотных проектов. Среди них можно отметить ML-прогноз смертности у пациентов с диабетом (2023 год). В его рамках проводится разработка моделей машинного обучения на основе данных Единой национальной системы электронного здравоохранения (UNEHS) Казахстана. Алгоритмы прогнозируют вероятность 1-летней смертности у пациентов с сахарным диабетом. Наилучшая модель достигла AUC до 0.80, что сопоставимо с мировыми исследованиями. Это инструмент поддержки врачебных решений и планирования лечения.

Еще один проект – AI-системы дистанционного мониторинга пациентов (2024 год). Пилотное внедрение искусственного интеллекта в системы удаленного мониторинга хронических заболеваний, в том числе сахарного диабета. Алгоритмы анализировали данные пациентов, получаемые дистанционно, и позволяли своевременно выявлять ухудшение состояния, уменьшить количество госпитализаций на 57%, сократить расходы на лечение на 33 %.

EyeLab – AI-диагностика диабетической ретинопатии (2022–2025 годы) – это онлайн-платформа, использующая алгоритмы искусственного интеллекта для анализа снимков глазного дна. Система позволяет: выявлять диабетическую ретинопатию на ранних стадиях, оценивать степень повреждения сосудов глазного дна, проводить массовый скрининг даже там, где не хватает офтальмологов.

Кластеризация пациентов с диабетом (2023 год) – исследование с применением алгоритмов кластерного анализа для рутинных медицинских данных пациентов с сахарным диабетом в Казахстане. Модель позволила выделить несколько однородных подгрупп пациентов, описать их клинические особенности и факторы риска, предложить персонализированные подходы к лечению и наблюдению. Проект ориентирован на сегментацию именно пациентов с СД, что помогает врачам адаптировать терапию и распределять ресурсы.

В рамках проекта Прогнозирование распространенности диабета в Казахстане (2019 год) построены математические модели (линейная, полиномиальная и экспоненциальная регрессия) для прогнозирования динамики заболеваемости диабетом в Казахстане. Основные результаты: все модели показывают устойчивый рост числа пациентов; подтверждена необходимость системных мер для предотвращения эпидемии диабета. Проект создает основу для стратегического планирования и ресурсного обеспечения системы здравоохранения.

По проекту AI-распознавание блюд и порций (Central Asian Food dataset, ISSAI, Назарбаев Университет, 2023 год) разработан специализированный датасет «Central Asian Food» и обучены модели компьютерного зрения для распознавания блюд казахской и центральноазиатской кухни. Система позволяет автоматически определять тип блюда по фотографии, оценивать

состав и калорийность, формировать базу для персонализированных пищевых рекомендаций. Такая технология позволяет пациентам вести более точный пищевой дневник и облегчает работу врачей-диетологов.

Проектом Food Portion Benchmark (FPB, 2025 год) предусмотрено создание новой базы данных и мультизадачной deep learning-модели для распознавания еды и оценки размеров порций. Проект решает задачу автоматизации учета питания с помощью фото: распознает блюда, определяет вес и калорийность порции, формирует данные для интеграции в системы самоконтроля. FPB облегчает ведение дневников питания и снижает риск ошибок при подсчетах.

По проекту Improved Food Image Recognition in the Central Asian Food Scene (2025 год) разработана улучшенная модель компьютерного зрения для распознавания блюд центральноазиатской кухни. Система обучена на расширенной базе данных и демонстрирует более высокую точность по сравнению с предыдущими версиями. Возможности: определение блюд по фото, более корректная классификация сложных многокомпонентных блюд, формирование базы для применения в приложениях здорового питания и контроля заболеваний. Модель помогает автоматизировать учет углеводов и калорий, что снижает риски гипо- и гипергликемий.

В рамках проекта Неинвазивное выявление диабета по выдоху (NLA, NU, 2021–2023 годы) ученые разработали газоанализатор, использующий алгоритмы искусственного интеллекта для анализа состава выдыхаемого воздуха. Устройство выявляет повышенный уровень ацетона – биомаркер, характерный для пациентов с сахарным диабетом. Возможности: экспресс-скрининг на СД без инвазивного забора крови, потенциал для использования в массовых обследованиях и школах здоровья. Диагностика диабета без прокола пальца значительно упрощает выявление заболевания и может повысить охват населения скринингом, особенно в сельских регионах Казахстана.

В *Кыргызской Республике* в 2024 году разработан чат-бот «Доктор Азамат» для пациентов с СД 2 типа для психологической поддержки, а также для своевременного направления к специалистам при невозможности решения вопросов в домашних условиях. В настоящее время программа не внедрена в работу организаций здравоохранения, поскольку для ее успешной работы необходимо дополнить базу данных информацией на кыргызском языке.

В *Российской Федерации* успешно реализуются следующие пилотные проекты:

- по дистанционному наблюдению за состоянием здоровья пациента с использованием информационной системы (платформы) «Персональные медицинские помощники» (Постановление Правительства Российской Федерации от 28 декабря 2022 г.). Проект ориентирован на пациентов с СД 1 и 2 типа;

- проведение скрининговых мероприятий по выявлению диабетической ретинопатии;

внедрение системы поддержки принятия врачебных решений в базу данных эпидемиологического мониторинга больных сахарным диабетом.

Используемые типы ИИ-инструментов

Для анализа ситуации по возможности использования на национальном уровне программы или системы на основе ИИ в диабетологии при условии положительного ответа предложены следующие варианты использования: для прогностической аналитики с целью стратификации рисков; чат-боты или виртуальные помощники для обучения пациентов; системы поддержки принятия решений для врачей; автоматизированные системы дозирования инсулина; распознавание изображений для диагностики ретинопатии или язв стопы; другие варианты.

В соответствии с представленной государствами – участниками СНГ информацией на национальном уровне наиболее широко используются автоматизированные системы подачи инсулина в отдельных моделях инсулиновых помп с предотвращением гипо-/гипергликемии (Республика Беларусь, Российская Федерация, Республика Узбекистан).

В Российской Федерации также используются системы принятия клинических решений для врачей, планируется внедрение в работу подобных систем в Республике Беларусь и Республике Узбекистан.

Кроме того, в Российской Федерации в реальную рабочую практику внедрено мобильное приложение на основе ИИ, предлагающее рекомендации по коррекции доз инсулина у пациентов с СД. Проведена формальная оценка эффективности использования данной системы: клинические испытания системы поддержки принятия решений. Отмечены следующие положительные эффекты: улучшение гликемического контроля, повышение вовлеченности пациентов, снижение нагрузки на медицинский персонал, сокращение времени на диагностику состояний, требующих вмешательства со стороны медицинского персонала.

Основная мотивация внедрения ИИ-инструментов

Основной мотивацией внедрения современных информационных технологий в практику медицинской помощи пациентам с СД эксперты стран-участников СНГ называют повышение качества и доступности оказания медицинской помощи, снижение затрат времени врача на анализ больших объемов данных и увеличение времени на личную беседу с пациентом.

Основные трудности при использовании ИИ-инструментов в диабетологии

Главными проблемами, препятствующими более широкому использованию ИИ, являются нерешенные вопросы сохранности персональных данных, невозможность полной (иногда и частичной) интеграции с существующими информационными системами и базами данных, высокая стоимость и отсутствие проработанных механизмов финансового обеспечения внедрений. Также отмечается недостаточно высокий уровень цифровой грамотности пользователей в отдельных странах.

Меры по обеспечению конфиденциальности персональных данных

Информация по обеспечению конфиденциальности персональных данных предоставлена Республикой Беларусь и Российской Федерацией. В указанных странах для решения этой проблемы применяются следующие меры: шифрование данных, анонимизация или псевдонимизация данных, ограничение доступа к данным (по ролям), хранение данных на защищенных серверах, получение информированного согласия от пациентов.

Случаев нарушения конфиденциальности данных при использовании ИИ в указанных странах не отмечалось.

Планы по расширению использования ИИ в диабетологии

Эксперты Совета из Республики Беларусь и Российской Федерации заявили, что расширение использования ИИ планируется, но необходима организационно-правовая поддержка и определение источников финансирования внедрений.

По итогам анализа ситуации в указанной области сформулированы следующие предложения для государств – участников СНГ:

принятие мер по популяризации преимуществ использования ИИ в сфере оказания помощи пациентам с СД для повышения качества ее оказания, снижения нагрузки на медицинский персонал;

концентрация внимания экспертов по проблемам СД стран СНГ на наиболее перспективных направлениях в области использования ИИ в диабетологии;

создание механизмов оценки рисков развития СД у различных групп населения;

создание новых и оптимизация имеющихся методов профилактики СД;

создание новых и оптимизация имеющихся методов диагностики осложнений СД;

создание инструментов анализа данных, полученных с помощью непрерывного мониторинга гликемии;

создание алгоритмов, помогающих в подборе схем инсулинотерапии;

разработка систем принятия клинических решений для врачей первичного звена и врачей-эндокринологов;

подготовка единых рекомендаций в области использования ИИ в диабетологической помощи;

создание международной рабочей группы по эндокринологии для разработки совместного пилотного проекта по использованию ИИ в диабетологии в государствах – участниках СНГ.

ГЛАВА 4.

ВОПРОСЫ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ЗДОРОВОГО ПИТАНИЯ В ГОСУДАРСТВАХ – УЧАСТНИКАХ СНГ

Реклама продуктов питания и безалкогольных напитков на телевизионных каналах, ориентированных на детей и подростков в странах СНГ

Концевая А.В., Баланова Ю.А., Имаева А.Э., Житенева О.А.*,
Викрамасингхе К.*

*Базовая организация государств – участников СНГ в области терапии
и профилактической медицины – ФГБУ «Национальный медицинский
исследовательский центр терапии и профилактической медицины»*

Министерства здравоохранения Российской Федерации,

**Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения*

В течение последних десятилетий отмечается значительное увеличение распространенности ожирения среди детей и подростков. Факторы риска детского ожирения многочисленны и включают индивидуальные и популяционные показатели. Доказано, что одним из факторов, влияющих на пищевое поведение и вес детей, является воздействие на них телевизионной рекламы продуктов питания и напитков с высоким содержанием насыщенных жиров, транс-изомеров жирных кислот, свободных сахаров и (или) соли. Сухие завтраки с сахаром, безалкогольные напитки, кондитерские изделия, закуски, готовые блюда и фаст-фуды – это те продукты, реклама которых демонстрируется во всем мире. Результаты ранее проведенных исследований свидетельствуют о том, что воздействие рекламы продуктов и напитков с высоким содержанием насыщенных жиров, транс-изомеров жирных кислот, свободных сахаров и (или) соли, приводит к увеличению потребления данных продуктов питания, особенно детьми с избыточной массой тела и ожирением.

Несмотря на важность мер по уменьшению подверженности детей воздействию приемов маркетинга пищевых продуктов, характеризующихся высокой калорийностью, содержанием насыщенных жиров, транс-изомеров жирных кислот, свободных сахаров и соли, до недавнего времени в государствах – участниках СНГ мониторинг маркетинга пищевых продуктов и напитков детям на телевидении не проводился. При этом важным направлением профилактики детского ожирения на популяционном уровне является контроль потребления таких продуктов питания и напитков.

В связи с этим в странах Содружества при методической поддержке экспертов Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) и сотрудников ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБУ «НМИЦ ТПМ») в разное время было организовано и проведено исследование, целью которого стала оценка масштабов и характера рекламы продуктов питания и напитков детям на телевизионных каналах, ориентированных на детей и подростков. В нем приняли участие представители Азербайджана, Армении, Беларуси, Грузии, Казахстана, Кыргызстана, России,

Таджикистана, Узбекистана. На начальном этапе была сформирована команда исследователей, которая прошла обучение экспертами ФГБУ «НМИЦ ТПМ» по всем этапам проведения исследования, подготовлено оборудование, необходимое для записи телевизионного эфира. На втором этапе в каждой стране-участнице осуществлялось аналитическое исследование по изучению популярности государственных ТВ-каналов и их возрастной аудитории на основе социологических исследований, данных официальной статистики и специальных исследований с выделением 5 наиболее популярных среди детей и подростков до 16 лет телевизионных каналов. На третьем этапе осуществлялась запись ТВ-эфира отобранных каналов с 06:00 до 22:00 в течение двух будних и двух выходных дней. В результате было записано 20 дней ТВ-вещания (с исключением 7 дней, предшествующих национальным праздникам, крупным спортивным соревнованиям). На четвертом этапе производилось кодирование всех рекламных роликов с внесением данных в специальную кодировочную таблицу и выделением доли рекламы продуктов питания и напитков. Затем все продукты питания и напитки, содержащиеся в рекламе, классифицировались на разрешенные и не рекомендованные к маркетингу для детской аудитории в соответствии с Моделью профилей питательных веществ Европейского Регионального бюро ВОЗ. Для классификации собиралась информация о нутриентном профиле всех продуктов питания и напитков, упоминавшихся в рекламе, путем анализа этикеток всех рекламируемых продуктов питания и напитков. На пятом этапе осуществлялся статистический анализ полученных данных и описание результатов исследования. Таким образом, была проведена оценка распространенности и характер рекламы продуктов питания и напитков.

В Армении по данным исследования COSI (WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative), проведенного в 2019 году, 27,7 % детей в возрасте 7–8 лет имеют лишний вес, из них 12,6 % страдают ожирением. В ходе проведения исследования проанализировано 5165 рекламных роликов, из них треть составила реклама продуктов питания и напитков. Больше половины рекламы продуктов питания и напитков были запрещены к маркетингу (65,2 %), и около 7 % было невозможно классифицировать в соответствии с Моделью профилей питательных веществ Европейского регионального бюро ВОЗ из-за нехватки информации на этикетке. Чаще всего была показана реклама из категории запрещенных к маркетингу продуктов питания, а именно шоколада, кондитерских изделий с сахаром, энергетических батончиков и др. Основным побуждающим к покупке обращением рекламы, запрещенной к маркетингу, было получение удовольствия от вкуса.

В Беларуси согласно имеющимся данным 29 % детей имеют избыточный вес, из них – 11 % детей страдают ожирением. В настоящее время регулирование рекламы осуществляется посредством Закона «О правах ребенка» и соответствующей статьи Закона «О рекламе». В ходе исследования, проведенного с сентября по ноябрь 2021 года на пяти общенациональных каналах, всего проанализировано 6530 рекламных роликов, из них 1952 ролика были посвящены продуктам питания и напиткам. В более чем половине случаев

(54,6 %) реклама была направлена на продукты с высоким содержанием насыщенных жиров, транс-изомеров жирных кислот, свободных сахаров и (или) соли. Чаще всего демонстрировалась реклама чая и кофе (27,4 %), маркетинг которых разрешен. Основным побуждающим к покупке обращением запрещенных к маркетингу продуктов питания было получение удовольствия от вкуса.

В Казахстане, по данным Национального исследования COSI за 2020 год, распространенность ожирения среди детей в возрасте 6–9 лет составляла 6,6 %. На момент проведения исследования (2020 год) в стране отсутствовали специальные законодательные меры в этой сфере. Однако планировалось внедрение модели ВОЗ и налога на сахаросодержащие напитки. Результаты исследования, проведенного с марта по май 2018 года на шести телеканалах (включая детский канал Balapan), показали, что за 374 часа эфирного времени продемонстрировано 10 642 рекламных ролика, в том числе 3494 ролика, посвященных продуктам питания и напиткам. Анализ показал, что 72,3 % рекламируемых продуктов питания и напитков относились к категории «не разрешенных» для маркетинга среди детей согласно критериям ВОЗ, 8,2 % нельзя было классифицировать из-за дефицита информации о составе продукта. Чаще всего (22 %) объектом рекламы выступали напитки, включая воду и сладкую газированную продукцию (за исключением соков, чая, кофе и молочных продуктов), маркетинг которых детям запрещен, если содержание добавленного сахара или подсластителей, не содержащих сахара, превышает 0 г/100 г. Основным побуждающим к покупке обращением запрещенных к маркетингу продуктов питания был необычный вкус.

В Кыргызстане, по данным Национального исследования COSI (2018 год), распространенность избыточной массы тела среди детей составляла – 9,7 %, а ожирения – 2,6 %. На момент проведения исследования законодательных мер, направленных на защиту детей от маркетинга нездоровых продуктов питания и напитков, принято не было. Результаты исследования, проведенного с марта по май 2018 года на шести каналах (включая детский канал Balastan), свидетельствовали о том, что в течение 384 часов эфирного времени показано 2132 рекламных ролика. При этом 7,2 % составляли рекламные ролики продуктов питания и напитков. Из них в 85 % были показаны продукты питания и напитки, не рекомендованные для маркетинга среди детей и подростков, а 7 % – невозможно классифицировать. Наиболее распространенной темой рекламы являлись напитки (49,7 %), в том числе вода (кроме соков, чая, кофе, молочных напитков), маркетинг которых детям запрещен, если содержание добавленного сахара или подсластителей, не содержащих сахара, превышает 0 г/100 г. Основным побуждающим к покупке обращением запрещенных к маркетингу продуктов питания было получение вознаграждения в случае покупки.

В Российской Федерации частота избыточного веса среди детей на момент проведения исследования составляла 18,0 %, в том числе ожирения – 9,1 %. Регулирование рекламы осуществлялось посредством Федерального закона «О рекламе». Результаты исследования, проведенного на пяти

федеральных каналах (включая два детско-ориентированных) в период с марта по май 2018 года, показали, что за 320 часов эфира из 11 679 рекламных роликов 2247 были посвящены продуктам питания и напиткам. Из них 64,2 % относились к категории продуктов питания и напитков с высоким содержанием насыщенных жиров, транс-изомеров жирных кислот, свободных сахаров и (или) соли, маркетинг которых для детей не разрешен. При этом около 20 % продуктов питания и напитков нельзя было классифицировать из-за нехватки информации на этикетке. Наиболее активно рекламировались йогурты и кисломолочные продукты (15,0 %), маркетинг которых детям запрещен, если общее содержание жиров превышает 2,5 г/100 г, если содержание насыщенных жиров превышает 2,0 г/100 г, если общее содержание сахара превышает 10 г/100 г, или если содержание соли превышает 0,2 г/100 г. Основным побуждающим к покупке обращением запрещенных к маркетингу продуктов питания была низкая стоимость продукта.

В настоящее время завершается исследование в Азербайджане (согласование отчета), Узбекистане (согласование отчета), Грузии (написание отчета), Таджикистане (написание отчета).

Следует отметить, что на текущий момент ни в одной стране СНГ нет нормативных актов по маркетингу продуктов питания для детей. Результаты исследования показали, что дети и подростки в этих странах подвергаются воздействию значительного объема рекламы продуктов питания и напитков, преимущественно не разрешенных к маркетингу. Принимая во внимание, что ряд стран СНГ имеют схожее законодательство по определенным вопросам, полученные результаты могут стать основой для принятия новых рекомендаций и законов по ограничению маркетинга продуктов питания и напитков с высоким содержанием насыщенных жиров, транс-изомеров жирных кислот, свободных сахаров и (или) соли.

Снижение потребления соли на популяционном уровне в странах СНГ: экономические аргументы и лучшие практики

*Драпкина О.М., Концевая А.В., Муканеева Д.К., Карамнова Н.С.,
Базовая организация государств – участников СНГ в области терапии
и профилактической медицины – ФГБУ «Национальный медицинский
исследовательский центр терапии и профилактической медицины»
Министерства здравоохранения Российской Федерации,*

*Андреасян Д.М.,
Национальный Институт Здравоохранения имени академика С. Авдалбекяна
Министерства здравоохранения Республики Армения,*

*Григоренко Е.А.,
Государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр
«Кардиология» (Республика Беларусь),*

*Митьковская Н.П.,
Учреждение образования «Белорусский государственный медицинский
университет» (Республика Беларусь),*

*Шаршакова Т.М.
Учреждение образования «Гомельский государственный медицинский
университет» (Республика Беларусь)*

*Кулкаева Г.У.,
Национальный научный центр развития здравоохранения имени
С. Каирбековой Министерства здравоохранения Республики Казахстан,*

*Абамуслимова Н.К.,
Департамент профилактики заболеваний и государственного санитарно-
эпидемиологического надзора Министерства здравоохранения
Кыргызской Республики,*

*Алтымышева А.Т.,
Страновой офис Всемирной организации здравоохранения
в Кыргызской Республике,*

*Абдуллаева М.А.,
Таджикский Национальный Университет,*

*Алиханова Н.М., Тахирова Ф.А.,
Институт здоровья и стратегического развития
Министерства здравоохранения Республики Узбекистан*

Введение

Страны СНГ объединены общей историей, сотрудничеством, культурными и кулинарными традициями. Избыточное потребление соли – самое распространенное нарушение в характере питания населения в Содружестве, ключевой фактор риска артериальной гипертензии, сердечно-сосудистых заболеваний и преждевременной смертности в регионе. Потребление соли определяется традиционными привычками, количеством соли в готовых блюдах и доступностью переработанных продуктов. Уличная еда и фаст-фуд в государствах – участниках СНГ часто содержат от 50 % до 100 % суточной нормы натрия в одной порции. Внедрение пакета мер по сокращению потребления соли на популяционном уровне «SHAKE», рекомендуемого Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ), является приоритетом, но требует скоординированных межгосударственных усилий.

Материалы и методы

Проведен анализ доступной литературы и опрос экспертов из Армении, Беларуси, Казахстана, Кыргызстана, России, Таджикистана и Узбекистана в рамках деятельности рабочей группы «Экономика здоровья и популяционная профилактика» базовой организации государств – участников СНГ в области терапии и профилактической медицины, функционирующей на базе ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Министерства здравоохранения Российской Федерации («НМИЦ ТПМ» Минздрава России). Эксперты предоставили развернутые ответы на вопросы об уровне и источниках потребления соли, региональной вариабельности, использовании йодированной соли и реализуемых популяционных мерах.

Результаты

Эпидемиологическая ситуация по потреблению соли в странах СНГ. По данным популяционных исследований во всех анализируемых государствах (Армения, Беларусь, Казахстан, Кыргызстан, Россия, Таджикистан, Узбекистан) среднесуточное потребление соли превышает рекомендованный ВОЗ безопасный уровень в 5 г в день (эквивалентно 2 г натрия). Этот показатель варьирует от 9,8 г в день в Армении до 17,0 г в Кыргызстане и 17,8 г в Казахстане. Существует региональная вариабельность внутри стран. Гендерные и возрастные различия в потреблении соли незначительны, меры должны охватывать все социально-демографические группы.

Пищевые источники соли в рационе. Согласно данным национальных оценок рациона питания населения стран СНГ источниками избыточного потребления соли являются хлеб, молочные продукты и мясопродукты, что согласуется с результатами международных исследований. Особого внимания заслуживает высокое содержание соли в ряде традиционных блюд и напитков. Это требует, с одной стороны, целенаправленных информационных кампаний для населения, а с другой – работы с производителями по поиску альтернативных рецептов, позволяющих снизить содержание натрия, но без потери вкусовых качеств.

Причины избыточного потребления соли. Общими для стран СНГ причинами избыточного потребления населением соли являются социально-экономические факторы, культурные и традиционные особенности питания (национальные кухни), недостаточная информированность населения о рисках избыточного потребления соли, отсутствие регулирования содержания соли в продуктах питания и другое.

Использование йодированной соли. Законодательно закрепленное всеобщее йодирование соли внедрено в трех странах СНГ, включенных в анализ (Армения, Казахстан, Таджикистан), и планируется в ближайшее время в Узбекистане. Казахстан демонстрирует успешный пример организации процесса, где, кроме нормативного регулирования, налажена система мониторинга. В Таджикистане, несмотря на наличие законодательства, уровень потребления адекватно йодированной соли домохозяйствами остается низким.

В трех странах (Россия, Беларусь, Кыргызстан) обязательное йодирование соли не введено, при этом в России частота использования йодированной соли в домохозяйствах достаточно низкая.

Популяционные стратегии снижения потребления соли. Компоненты комплексного популяционного подхода к сокращению потребления соли населением представлены в основанных на научных данных и экономически эффективных «оптимальных по затратам» решениях, рекомендованных ВОЗ для борьбы с неинфекционными заболеваниями, включающих политику изменения состава пищевых продуктов и напитков на более здоровый, в том числе сокращение количества натрия; маркировку на лицевой стороне упаковки в рамках комплексной политики маркировки пищевой ценности для поддержки понимания и выбора потребителями более здоровых пищевых продуктов, включая содержание натрия в предварительно упакованных продуктах; политику государственных закупок пищевых продуктов и услуг для создания условий, способствующих здоровому питанию, включая сокращение добавленного натрия, или закупку пищевых продуктов, в меньшей степени влияющих на количество соли в рационе; кампании в СМИ по изменению моделей поведения в отношении потребления натрия; политику защиты детей от вредного воздействия маркетинга пищевых продуктов на рацион питания.

Анализ принимаемых мер показывает, что мониторинг потребления соли как сформированная система на государственном уровне отсутствует во всех рассмотренных странах. Исследования (STEPS или национальные исследования) проводятся периодически, не чаще одного раза в 5 лет, либо в формате отдельных ежегодных опросов (Россия, Казахстан). Обязательная маркировка с указанием количественного содержания соли в продуктах питания отсутствует во всех странах. Добровольная маркировка применяется в России и Узбекистане, отдельные ее элементы – в Беларуси и Таджикистане. Работа с производителями пищевых продуктов в ряде стран не проводится вообще, в некоторых странах приняты рекомендации и проводится работа с производителями хлебобулочных изделий (Беларусь, Казахстан, Россия). При этом ни в одной из стран производители не приняли добровольных обязательств по ограничению содержания соли, а ее нормирование в продуктах массового потребления не введено (за исключением продуктов для учреждений здравоохранения). Информационно-коммуникационные кампании по ограничению потребления соли реализуются во всех странах в различном объеме – от специализированных информационных порталов до отдельных акций. Специальные меры, направленные на ограничение потребления соли, в наибольшей степени реализованы в учреждениях здравоохранения (Беларусь, Казахстан). В Кыргызстане принято постановление Правительства, запрещающее размещение солоних на столах в общественных местах.

Заключение

Несмотря на очевидность проблемы, в большинстве стран СНГ отсутствуют национальные стратегии по сокращению потребления соли населением как отдельные документы, необходимость ограничения соли

упоминается, как правило, в рамках общей стратегии борьбы с неинфекционными заболеваниями. Реализуемые меры носят фрагментарный характер, хотя прогресс в принятии мер в странах неравномерный, и включают в основном информационно-коммуникационные кампании, эффективность которых без поддержки регуляторными мерами ограничена.

Общие проблемы для стран СНГ следующие:

отсутствие законодательного ограничения содержания соли в продуктах (в регионе в странах нет единых обязательных стандартов содержания соли для ключевых категорий продуктов-источников соли (хлеб, мясные и молочные продукты, полуфабрикаты, соусы) в соответствие, например, с последними рекомендациями ВОЗ);

отсутствие обязательной и понятной для потребителя маркировки с указанием количественного содержания соли в пищевой продукции на лицевой стороне упаковки;

отсутствие законодательных ограничений на рекламу продуктов с высоким содержанием соли, особенно ориентированную на детей;

дефицит межсекторальных механизмов, обеспечивающих координацию усилий всех секторов экономики, включая министерства здравоохранения, сельского хозяйства, экономики и промышленности и другие.

Снижение потребления соли является одной из самых экономически эффективных мер улучшения общественного здоровья. В большинстве стран СНГ проведены и утверждены на уровне правительств инвестиционные кейсы (экономическое обоснование инвестиций в профилактику неинфекционных заболеваний), в которых пакеты мер политики, направленных на снижение потребления соли, включающие решения, оптимальные по затратам, имели самый высокий коэффициент окупаемости через 15 лет: от 14 к 1 в Армении до 118 к 1 в Казахстане.

Наличие общих исторических, культурных и экономических предпосылок проблемы в странах Содружества диктует необходимость скоординированных действий. Общие усилия на межгосударственных площадках, таких как Евразийский экономический союз и СНГ, могут привести к большему эффекту нежели усилия на уровне одной страны и увеличить вероятность разработки и внедрения соответствующих нормативных актов, направленных на укрепление здоровья населения стран. Одной из знаковых площадок может стать Межпарламентская Ассамблея государств – участников СНГ, утверждение в рамках которой модельных рекомендаций либо модельной стратегии по снижению потребления соли может стать важным инструментом инициирования мер национального уровня.