

ОТ ЭКСТРАКТИВНОЙ К ИНКЛЮЗИВНОЙ МОДЕЛИ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕЖЕНИЯ

DOI: 10.17691/stm2025.17.2.01

УДК 614.2:616–084

Поступила 28.01.2025 г.



Н.Н. Карякин, д.м.н., доцент, ректор

Приволжский исследовательский медицинский университет, пл. Минина и Пожарского, 10/1,
Н. Новгород, 603005

В настоящее время система здравоохранения в ряде стран достигла предельного показателя эффективности, поэтому даже увеличение финансирования не окажет значительного влияния на продолжительность жизни населения, особенно — продолжительность здоровой жизни. Все это обуславливает необходимость дополнения национальных систем здравоохранения, направленных на раннюю диагностику и лечение заболеваний, многоуровневой системой первичной профилактики, выходящей за пределы традиционных границ здравоохранения.

В связи с этим в противовес экстрактивной модели, ориентированной на эксплуатацию биологических резервов организма, предложена инклюзивная модель, сфокусированная на сохранении здоровья. Данная модель представлена нами в виде «луковичной» структуры, где каждый слой — это комплекс взаимосвязанных мер многоуровневой политики, направленных на укрепление и поддержание здоровья населения.

Ключевые слова: здоровьесбережение; экстрактивная модель; инклюзивная модель; программа развития индивидуального здоровья; система здравоохранения; функциональная диспансеризация.

Как цитировать: Karyakin N.N. From extractive to inclusive health preservation model. *Sovremennye tehnologii v medicine* 2025; 17(2): 5, <https://doi.org/10.17691/stm2025.17.2.01>

English

From Extractive to Inclusive Health Preservation Model

N.N. Karyakin, MD, DSc, Associate Professor, Rector

Privolzhsky Research Medical University, 10/1 Minin and Pozharsky Square,
Nizhny Novgorod, 603005, Russia

Nowadays, the healthcare systems of several countries have reached an efficiency threshold, therefore, even increased funding will not significantly impact life expectancy, particularly in terms of healthy life expectancy. This situation underscores the necessity of complementing national healthcare systems, which focus on early diagnosis and treatment of diseases, with a multi-level primary prevention system that extends beyond the traditional boundaries of healthcare.

In this regard, the inclusive model has been proposed, focused on health preservation, in contrast to the extractive model that emphasizes the exploitation of biological organism reserves. This inclusive model is represented as an “onion bulb” structure, where each layer consists of a set of interconnected measures within a multi-level policy aimed at strengthening and maintaining the population health.

Для контактов: Карякин Николай Николаевич, e-mail: drkaryakin@yandex.ru

Key words: health preservation; extractive model; inclusive model; individual health development program; healthcare system; functional dispensarization.

Введение

В современных развитых странах мира на фоне повышения численности населения и нарастающей урбанизации наблюдается рост расходов на поддержание здоровья как за счет увеличения количества граждан пожилого возраста, так и за счет роста и «омоложения» хронических неинфекционных заболеваний. Это создает дополнительную финансовую нагрузку на семью и государство, снижая качество жизни человека. Так, затраты ключевых развитых стран мира на медицину выросли в среднем в 10 раз в течение XX в.: с 0,5–1 до 10–11% ВВП [1].

Действительно, за последние несколько столетий численность населения Земли резко изменилась. По оценкам исторических демографов, примерно в 1800 г. насчитывалось всего около 1 млрд человек [2]. Темпы роста мирового населения достигли пика в 1962–1963 гг. и составили 2,2% в год [3]. С тех пор прирост сократился вдвое, однако общее количество жителей планеты достигло 8 млрд человек [4].

Средняя продолжительность жизни в мире за последние 150 лет выросла в 2 раза. До XX в. она не превышала 35–45 лет [5, 6]. Параллельно с продолжительностью жизни выросли затраты на ее поддержание. Стоимость каждого дополнительного года жизни выросла за последние 50 лет в 10 раз — со 100–200 до 1500 евро — и продолжает увеличиваться. Особенно дорогим становится обеспечение здоровья пациентов из старшей возрастной группы: если для людей моложе 50 лет средние затраты на медицинское обслуживание составляют менее 1000 евро в год, то для 65-летних пациентов — уже 2500 евро, для 70-летних — до 4500 евро, а для людей в возрасте 80 лет — до 14 000 евро [7].

Исследователи считают, что текущая система здравоохранения в ряде стран достигла предельного показателя полезного действия, и даже если тратить на нее еще больше денег, существенного прибавочного влияния на продолжительность жизни это не окажет [8–14].

Все вышесказанное требует пересмотра прежнего фокуса медицины, который был направлен преимущественно на болезнь. На первый план выходит не продолжительность жизни вообще, а продолжительность здоровой жизни и предотвращение смертности в трудоспособном возрасте.

В связи этим **цель настоящей работы** — предложить инклюзивную модель здоровьесбережения, реализуемую на национальном уровне и направленную на стимулирование и поддержку биологических резервов организма на основе взаимосвязанных мер многоуровневой политики.

Переход от экстрактивной к инклюзивной модели здоровьесбережения

Действующая модель здравоохранения, которую мы назвали *экстрактивной*, функционирует на основе эксплуатации биологических резервов организма. Ей в противовес целесообразно предложить *инклюзивную* модель, построенную на основе развития имеющихся биологических резервов, а также их протезирования с использованием новых биотехнологических решений.

Каждая из рассматриваемых моделей, по-нашему мнению, включает четыре группы факторов:

индивидуальные факторы — совокупность факторов в области психического и физического здоровья, которыми индивид способен в большей мере управлять самостоятельно; они формируют модель индивидуального здоровьесберегающего поведения;

общественные (коллективные) факторы — реализуются на уровне юридических лиц и социальных групп, частью которых является индивид, или предприятий, производящих товары и услуги, которые оказывают прямое влияние на здоровье человека (fitness- и wellness-индустрии, производители и продавцы продуктов питания, косметики и других товаров и услуг);

государственные факторы — система мер, реализуемая с использованием инструментов власти: нормативных, финансовых, институциональных и др.;

экологические факторы — антропогенные и неантропогенные; последние выходят за рамки настоящей работы.

Такой подход отличается от ранее принятого в литературе, где выделяют общественное и индивидуальное здоровье, часто ограничивая «общественный» уровень исключительно описанием систем здравоохранения [15–18].

Возможно, в будущем отдельным уровнем изучения здоровья станет «семейный уровень», так как сложно представить себе здоровым одного члена семьи при низком уровне здоровья других домочадцев. Эта идея, по-нашему мнению, требует отдельного осмысления и проработки.

Современный человек часто занимает пассивную (инфантильную) позицию по отношению к своему здоровью. Это во многом обусловлено как широко реализуемой социальной политикой государства, которое несет на себе бремя расходов по купированию деструктивного поведения индивида, так и низкой ответственностью человека в вопросах собственного здоровья. Например, курение, употребление алкоголя или наркотиков — это личное дело человека, а его лечение, спровоцированное этими фактора-

ми, — обязанность государства?! Другой пример: у пациента диагностирована семейная дислипидемия (генетически детерминированное состояние, сопровождающееся повышением уровня холестерина в крови); пациент обследован и проинформирован о своем состоянии, даны рекомендации; при этом он не меняет своего пищевого и двигательного режима, не способен коренным образом перестроить свой образ жизни, приводящий к усугублению болезни; в итоге — ранние инфаркты или другие заболевания, лечение которых в полном объеме лежит на общественном здравоохранении.

Анализ тенденций медиализации общества [19–23] свидетельствует, что постоянный прием лекарственных средств начинается все в более раннем возрасте и нередко воспринимается как «единственный» путь к выздоровлению и оздоровлению. Медикаментозная терапия часто воспринимается человеком как простое и удобное решение проблем со здоровьем, в отличие от многогранного здоровьесберегающего поведения.

При этом в настоящее время во многих странах мира, в том числе и в России, формируется слой граждан, принимающих ценность собственного здоровья и с разной степенью успешности реализующих здоровьесберегающее поведение [24–31]. Преимущественно это люди старше 40 лет, имеющие определенный достаток и высшее образование. Однако такой слой не велик — менее 30% лиц целевой группы. Поясним: ± 40 лет, по-нашему мнению, это ключевой возраст в инклюзивной модели здоровьесбережения! Всю свою историю человек жил активной жизнью в среднем до 35–40 лет, следовательно, наш организм приспособился справляться с агрессивными факторами в этот период. За его пределами саногенные/компенсаторные механизмы замедляются, снижается толерантность организма к разным видам биологических и социальных стрессов, и, если индивид сознательно не начинает заботиться о своем здоровье, в организме стремительно накапливаются субклинические проявления, а затем появляются первые симптомы заболеваний в различных органах-мишенях, которые у каждого человека свои.

Индивидуальные саногенные факторы (двигательный режим, питание, сон и множество других) многократно изучены как эмпирически, так и научно [32–37]. Все они формируют осознанное здоровьесберегающее поведение человека, что во многом и определяет продолжительность здоровой жизни.

Однако почему этот известный набор действий массово не реализуется? По-нашему мнению, причин несколько.

Во-первых, в экстрактивной модели отсутствует методология комплексной оценки/диагностики уровня здоровья человека, которую мы предлагаем называть «*функциональная диспансеризация*». (Все, что не измеримо, то не существует!) По ее результатам станет возможным формировать *программу разви-*

тия индивидуального здоровья (ПРИЗ), следовательно, осознанно менять поведение, в том числе потребительские приоритеты. Принятие такого подхода создаст основу для развертывания общественных институтов, внедряющих эти инструменты, будет стимулировать выпуск необходимых товаров и услуг, способствующих развитию здоровья¹. Однако очевидно, что данный подход будет актуален не для всех. По-нашему мнению, путь к здоровью можно только показать и создать условия для его прохождения, а пройти этот путь каждый человек должен самостоятельно.

Функциональную диспансеризацию важно не путать с медицинской помощью, направленной на раннюю диагностику заболеваний. В первом случае мы изучаем толерантность к стандартизированной нагрузке и физиологические возможности организма к адаптации, во втором — ищем ранние признаки морфологических изменений, свидетельствующие об обратимых или необратимых заболеваниях.

Даже после тяжелых болезней, таких как нарушение мозгового кровообращения, острый коронарный синдром, коксартроз, приведший к эндопротезированию и др. (по окончании острого периода), остается возможность для комплексного развития организма. Более того, человек, перенесший серьезное заболевание, уже имеет высокую мотивацию — продление собственной жизни, которая оказалась под угрозой. Однако специалистов, способных комплексно оценить здоровье человека с учетом перенесенных/накопленных заболеваний и назначить ПРИЗ, в настоящее время очень мало, а где-то они отсутствуют.

Во-вторых, в экстрактивной модели сопровождения здоровья медицинская и фармацевтическая промышленность, а также аптечные сети являются выгодоприобретателями за счет роста количества больных, нуждающихся в высокочувствительных способах лечения, следовательно, рынок сбыта гарантирован.

Работа медицинских организаций также сопряжена с поступлением денежных средств за лечение сложных и тяжелых больных. Следовательно, эти участники системы здоровьесбережения не будут инициировать процессы перехода к профилактической медицине. Однако в случае оставления вопроса без коренной перестройки больничный уровень медицинской помощи со временем будет перегружен, кадры продолжают перетекать из амбулаторий в стационары, что еще больше ухудшит ситуацию.

В связи с вышесказанным граждане, желающие поддерживать свое здоровье, а не лечить болезнь, лишены возможности получить профессиональную

¹Мы сознательно используем термин «развитие здоровья», поскольку здоровье — это динамический процесс и имеющийся у каждого из нас текущий уровень здоровья не является предельным, у каждого есть потенциал для его улучшения.

консультацию в области сохранения и развития здоровья.

Решение данной проблемы — привлечение в систему здравоохранения врачей по медицинской профилактике, деятельность которых не должна быть ограничена пропагандой здорового образа жизни и выявлением ранних признаков болезни. В некоторых странах такая должность вообще отсутствует. Задача данного специалиста — комплексное обследование индивида, установление уровня его готовности к активному управлению собственным здоровьем, разработка для него ПРИЗ. Очевидно, что на этом пути потребуются перестройка системы организации медицинской помощи; выделение экономического обоснованного тарифа в системе медицинского страхования; создание условий для привлечения частных инвестиций; развитие инфраструктуры, приближенной к местам проживания граждан; обеспечение рынка необходимыми товарами и услугами одновременно с ограничением оборота товаров и услуг с доказанными негативными эффектами на здоровье человека и, конечно, подготовка широкого слоя квалифицированных специалистов, прежде всего с медицинским образованием. В связи с этим в инклюзивной системе здоровьесбережения каждый медицинский работник должен иметь компетенции по сопровождению здоровья (врачи и медицинские сестры разных специальностей), однако ядром системы будут специалисты, непосредственно занятые вопросами здоровья, т.е. врачи по медицинской профилактике, работающие совместно со своими помощниками, которыми могут быть немедицинские работники: инструктора/специалисты по сопровождению здоровья, прошедшие соответствующую подготовку.

Основой такого подхода должна стать вертикально интегрированная программа подготовки врачей и медицинских сестер с компетенциями в области здоровьесбережения. При этом важную роль играет де-

ятельностное участие студента в диагностике собственного здоровья, разработке ПРИЗ и ее реализации с последующей оценкой достигнутых результатов. Необходима подготовка преподавателей для медицинских колледжей и вузов, на личном опыте применяющих такой подход и владеющих необходимыми образовательными технологиями.

Однако готовят ли сегодня университеты и колледжи врача или медицинскую сестру, умеющих выявлять уровень здоровья и составлять ПРИЗ? С позиции сотрудника медицинского университета могу сказать — нет. И это является объяснимым. Общество и производители медицинских технологий раньше не ставили задачу подготовить врача, способного сопровождать здоровье. Наша система здравоохранения родом из XX в., где доминирующей задачей было лечение больного человека.

Представленные на рис. 1 этапы эволюции приоритетов в здравоохранении — это естественный путь развития европейского мышления в вопросе сохранения здоровья. На первом этапе доминирующими были задачи по борьбе с массовыми инфекционными заболеваниями; на втором — с травмами и другими острыми состояниями; на третьем — с индивидуальными бактериальными и вирусными болезнями; на четвертом — с неинфекционными заболеваниями. Только при решении этих задач и при накоплении достаточного количества знаний о здоровье и патологии, в том числе о промежуточных/пограничных состояниях от здоровья к болезни и обратно, может наступить качественный переход к новой парадигме здравоохранения, входящей в состав инклюзивной модели здоровьесбережения. Поэтому такой вопрос системно ставится именно сейчас. Отметим, что модель здравоохранения, основанная на первичной профилактике и поддержании здоровья, разработанная академиком Н.А. Семашко, всегда была приоритетной для советской и российской медицины. Однако переход страны от социалистической модели

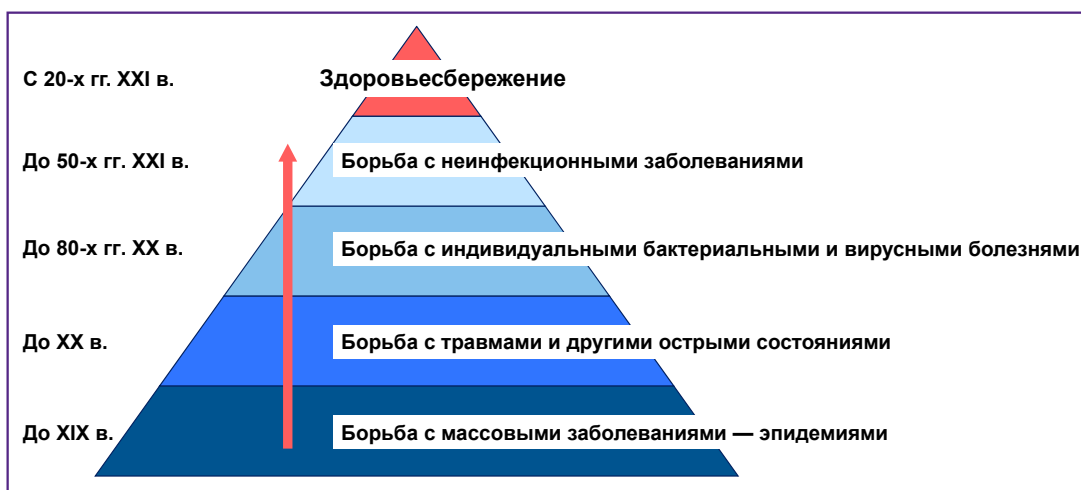


Рис. 1. Этапы эволюции приоритетов в здравоохранении

к капиталистической привел к широкому внедрению механизмов получения прибыли, начиная от производителей фармацевтических и медицинских изделий и заканчивая поставщиками медицинских услуг (такими как больницы). Как проще юридическому лицу заработать: на лечении болезни или на ее профилактике и поддержании здоровья пациента? Кто заплатит за здоровье? По каким критериям оценивать результат? На пути перехода к новой модели здравоохранения еще много вопросов. Ответы на них важны для исследователей, занимающихся проектированием инклюзивной модели здоровьесбережения.

Помимо медицинской составляющей на здоровье оказывает влияние широчайшая палитра различных факторов:

низкая распространенность продуктов питания, обогащенных пробиотиками, пищевыми волокнами, витаминами и другими компонентами, при одновременном наличии в обороте продуктов питания и других товаров с потенциально нежелательным воздействием на здоровье человека (вещества для татуирования, курительные смеси и другие вещества, которые соприкасаются с организмом человека), особенно это актуально в отношении детей;

низкая приверженность покупателей к выбору «функциональных/зеленых» товаров и другим шагам в рамках здоровьесберегающего поведения в силу как отсутствия актуальных знаний, так и игнорирования вопроса ответственности за собственное здоровье;

очевидное антропогенное нарушение экологического баланса в XX–XXI в., которому еще 100 лет назад общество не уделяло пристального внимания.

Экономические критерии во многих странах сегодня доминируют над вопросами здоровья и экологического наследия, которое мы как поколение людей передадим своим потомкам.

Все это тесно связано со здоровьем каждого человека и должно находить свою нишу при построении инклюзивной модели здоровьесбережения.

Конечно, государство принимает отдельные меры по укреплению здоровья населения, каждое ведомство и каждый уровень власти реализуют соответствующие программы здравоохранения. Однако это происходит в отсутствие межведомственной координации и кооперации. Деятельность государственных институтов, прежде всего на региональном уровне (Минздрава, Минспорта, Минобра, Минсоцзащиты), а также государственных и частных организаций в вопросах здоровьесбережения не синхронизирована между собой. Все это не позволяет создать вокруг человека многокомпонентную среду здоровьесбережения, что приводит на популяционном уровне к неэффективности разрозненно реализуемых решений. Например, отсутствует тесная коллаборация между производством и продажей «функциональных/зеленых» продуктов питания и здравоохранением; социальным обеспечением пожилых и фитнес-индустрией; работой физкультурных центров, находящихся в ведении министерства/департамента спорта, и здравоохранением. Пока еще узок перечень мер, направленных на популяризацию товаров и услуг для развития здоровья.

Во многих странах мира не разработана государственная система сопровождения психического

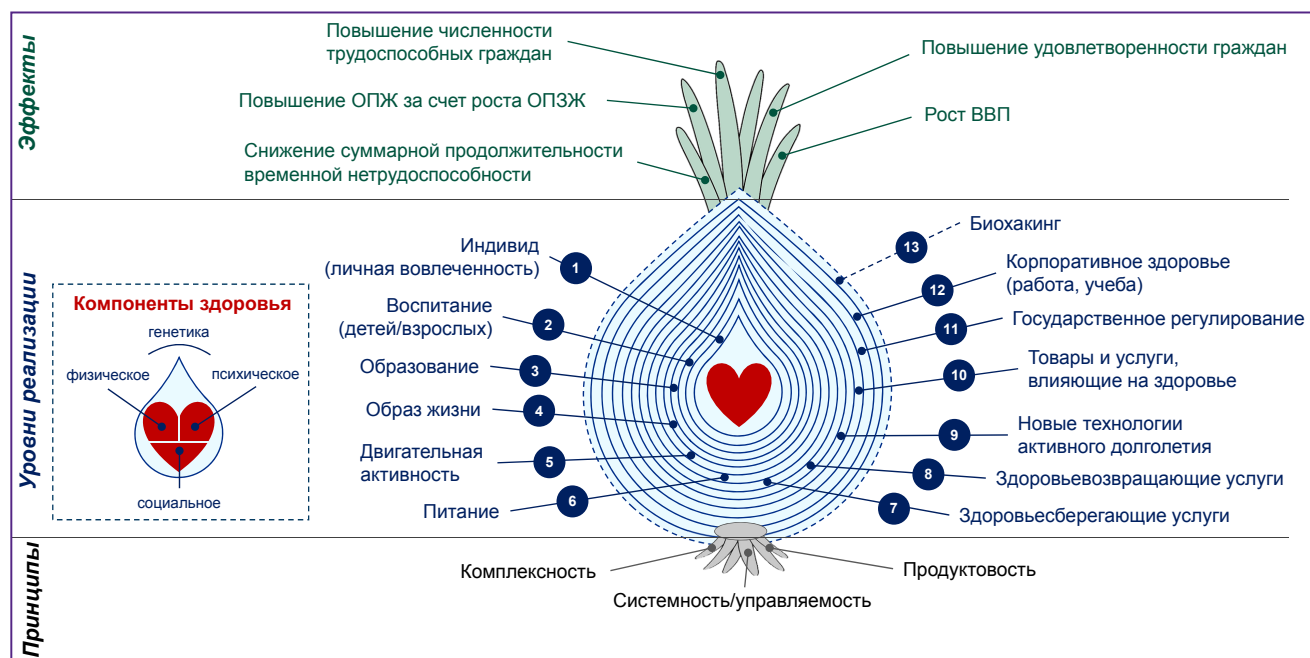


Рис. 2. «Луковица» инклюзивной модели здоровьесбережения

ОПЖ — ожидаемая продолжительность жизни; ОПЗЖ — ожидаемая продолжительность здоровой жизни; ВВП — валовой внутренний продукт

здоровья: отсутствует нормативное поле по вопросам психологического благополучия; нет государственных инструментов/решений, направленных на психологическую помощь детям и взрослым, а также выделенных для этих целей финансовых ресурсов. Оказание психологической помощи сводится к медицинской помощи при наступлении ситуаций, требующих участия психиатров. В последние годы в России предпринимаются шаги по наращиванию штата психологов в медицинских и образовательных организациях, однако это требует комплексного подхода и дополнительного финансирования. При этом запрос общества на данные услуги растет.

Итак, построение инклюзивной модели здоровьесбережения возможно только при реализации синхронизированной многоуровневой политики, в основе которой лежат комплексность и продуктивность. Мы представили ее в виде «луковицы», каждый слой которой взаимосвязан с другими и представляет собой комплекс мер, которые направлены на решение задач, относящихся к данному слою (рис. 2).

На данном этапе изучения здоровьесбережения мы выделили 12 слоев, плюс 1 слой — это биохакинг, т.е. набор медико-биотехнологических решений, которые на основе специального воздействия на организм человека увеличивают продолжительность здоровой жизни.

Проектирование каждого слоя, изучение их взаимосвязей и многие другие вопросы организации здоровьесбережения на национальных уровнях будут еще длительное время являться предметом дискуссий для ученых и организаторов здравоохранения. Главное, что вопрос уже поставлен.

Заключение

С учетом современных реалий приоритетной задачей является увеличение продолжительности здоровой жизни. В связи с этим в противовес экстрактивной модели, ориентированной на эксплуатацию биологических резервов организма, предложена инклюзивная модель, сфокусированная на сохранении здоровья. Данная модель представлена в виде «луковичной» структуры, где каждый слой — это комплекс взаимосвязанных мер многоуровневой политики, направленных на укрепление и поддержание здоровья населения.

Финансирование исследования. Исследование не финансировалось никакими источниками.

Конфликт интересов отсутствует.

Литература/References

1. Ortiz-Ospina E., Roser M. Healthcare spending. *Our World in Data* 2017. URL: <https://ourworldindata.org/financing-healthcare>.
2. Avakov A.V. *Two thousand years of economic*

statistics: world population, GDP, and PPP. New York: Algora Publishing; 2010; 390 p.

3. Gross M. Rapid population rise bad for our health? *Curr Biol* 2012; 22(17): R702–R705, <https://doi.org/10.1016/j.cub.2012.08.040>.

4. Roser M., Ritchie H. “How has world population growth changed over time?” *Our World in Data* 2023. URL: <https://ourworldindata.org/population-growth-over-time>.

5. Dattani S., Rodés-Guirao L., Ritchie H., Ortiz-Ospina E., Roser M. Life expectancy. *Our World in Data* 2023. URL: <https://ourworldindata.org/life-expectancy>.

6. Roser M. “Twice as long — life expectancy around the world. *Our World in Data* 2018. URL: <https://ourworldindata.org/life-expectancy-globally>.

7. Polder J.J., Bonneux L., Meerding W.J., van der Maas P.J. Age-specific increases in health care costs. *Eur J Public Health* 2002; 12(1): 57–62, <https://doi.org/10.1093/eurpub/12.1.57>.

8. Сычев Б. От здравоохранения к здравостроительству: как изменится медицина? *Московская школа управления Сколково* 2022. URL: <https://www.skolkovo.ru/expert-opinions/ot-zdravoohraneniya-k-zdravostroitelstvu-kak-izmenitsya-medicina/>.

- Sychev B. From healthcare to healthcare construction: how will medicine change? *Moskovskaya shkola upravleniya Skolkovo* 2022. URL: <https://www.skolkovo.ru/expert-opinions/ot-zdravoohraneniya-k-zdravostroitelstvu-kak-izmenitsya-medicina/>.

9. Соколов А. Деньги не лечат: к чему ведет реформа здравоохранения. *Ведомости* 2020. URL: <https://www.vedomosti.ru/society/articles/2020/10/14/843300-dengi-lechat>.

- Sokolov A. Money does not heal: what is the healthcare reform leading to. *Vedomosti* 2020. URL: <https://www.vedomosti.ru/society/articles/2020/10/14/843300-dengi-lechat>.

10. Карелина П.В., Иванова Е.С., Черкасова Е.С. Можно ли купить долголетие: взаимосвязь расходов на здравоохранение и ожидаемой продолжительности жизни. *Научные исследования экономического факультета. Электронный журнал* 2018; 10(2): 99–117, <https://doi.org/10.38050/2078-3809-2018-10-2-99-117>.

- Karelina P.V., Ivanova E.C., Cherkasova E.C. Is it possible to buy longevity: the relationship between healthcare expenditures and life expectancy. *Scientific Research of Faculty of Economics. Electronic Journal* 2018; 10(2): 99–117, <https://doi.org/10.38050/2078-3809-2018-10-2-99-117>.

11. Choi M., Sempungu J.K., Lee E.H., Lee Y.H. Living longer but in poor health: healthcare system responses to ageing populations in industrialised countries based on the Findings from the Global Burden of Disease Study 2019. *BMC Public Health* 2024; 24(1): 576, <https://doi.org/10.1186/s12889-024-18049-0>.

12. Колосницына М.Г., Коссова Т.В., Шелунцова М.А. Факторы роста ожидаемой продолжительности жизни: кластерный анализ по странам мира. *Демографическое обозрение* 2019; 6(1): 124–150, <https://doi.org/10.17323/demreview.v6i1.9114>.

- Kolosnitsyna M.G., Kossova T.V., Sheluntsova M.A. Factors driving life expectancy growth: a cluster analysis across countries. *Demograficheskoe obozrenie* 2019; 6(1): 124–150, <https://doi.org/10.17323/demreview.v6i1.9114>.

13. Bradley E.H., Sipsma H., Taylor L.A. American health care paradox-high spending on health care and poor health. *QJM* 2017; 110(2): 61–65, <https://doi.org/10.1093/qjmed/hcw187>.
14. McCullough J.M., Leider J.P. Associations between county wealth, health and social services spending, and health outcomes. *Am J Prev Med* 2017; 53(5): 592–598, <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2017.05.005>.
15. Изуткин Д.А. Диалектика взаимосвязи общественного и индивидуального здоровья. *Общественное здоровье* 2021; 1(3): 5–12, <https://doi.org/10.21045/2782-1676-2021-1-3-5-12>.
- Izutkin D.A. Dialectics of the relationship of public and individual health. *Public Health* 2021; 1(3): 5–12, <https://doi.org/10.21045/2782-1676-2021-1-3-5-12>.
16. Сенина А.И. Система здравоохранения государства как ключевой элемент системы обеспечения общественного здоровья. *Юридическая наука и практика* 2024; 2: 75–78.
- Senina A.I. The state's healthcare system as a key element of the public health system. *Yuridicheskaya nauka i praktika* 2024; 2: 75–78.
17. Короткова Е.О. Перечень основных функций общественного здравоохранения как основа для анализа и оценки системы общественного здоровья в мегаполисе. *Здоровье мегаполиса* 2021; 2(4): 53–62, <https://doi.org/10.47619/2713-2617.zm.2021.v2i4;53-62>.
- Korotkova E.O. List of essential public healthcare functions as a basis for analysis and evaluation of the public health system in a city. *City Healthcare* 2021; 2(4): 53–62, <https://doi.org/10.47619/2713-2617.zm.2021.v2i4;53-62>.
18. Данцигер Д.Г., Андриевский Б.П., Махов В.А. О роли системы здравоохранения в охране общественного здоровья. *Инновации в науке* 2016; 10: 41–46.
- Danziger D.G., Andrievsky B.P., Makhov V.A. The role of health protection of public health. *Innovatsii v nauke* 2016; 10: 41–46.
19. Meneu R. Life medicalization and the recent appearance of “pharmaceuticalization”. *Farm Hosp* 2018; 42(4): 174–179, <https://doi.org/10.7399/fh.11064>.
20. Contino G. The medicalization of health and shared responsibility. *New Bioeth* 2016; 22(1): 45–55, <https://doi.org/10.1080/20502877.2016.1151253>.
21. Kaczmarek E. Promoting diseases to promote drugs: the role of the pharmaceutical industry in fostering good and bad medicalization. *British Journal of Clinical Pharmacology* 2021; 88(1): 34–39, <https://doi.org/10.1111/bcp.14835>.
22. Blasco-Fontecilla H. Medicalization, wish-fulfilling medicine, and disease mongering: toward a brave new world? *Rev Clin Esp (Barc)* 2014; 214(2): 104–107, <https://doi.org/10.1016/j.rce.2013.08.012>.
23. Witter D.J., Kole J.J.J., Brands W.G., MacEntee M.I., Creugers N.H.J. Wish-fulfilling medicine and wish-fulfilling dentistry. *J Dent* 2020; 96: 103302, <https://doi.org/10.1016/j.jdent.2020.103302>.
24. Быченко Ю.Г., Егоров А.В. Здоровьесберегающая культура семьи российского военнослужащего. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины* 2022; 30(4): 616–620, <https://doi.org/10.32687/0869-866x-2022-30-4-616-620>.
- Bychenko Yu.G., Egorov A.V. The health-preserving culture of family of Russian serviceman. *Problems of Social Hygiene Public Health and History of Medicine* 2022; 30(4): 616–620, <https://doi.org/10.32687/0869-866x-2022-30-4-616-620>.
25. Нагимова А.М., Юсупова В.Ш. Отношение к здоровью населения крупного города как фактор общественного здоровья. *Вестник экономики, права и социологии* 2021; 2: 108–111.
- Nagimova A.M., Yusupova V.Sh. Attitude towards the health of the population of a large city as a factor of public health. *Vestnik ekonomiki, prava i sotsiologii* 2021; 2: 108–111.
26. Мухаметзянова А.Р. Здоровьесберегающее поведение в семьях с детьми (на примере Республики Мордовия). В кн.: *Наука, технологии, образование: актуальные вопросы, достижения и инновации. Материалы II Международной научно-практической конференции (Пенза, 27 июня 2022 г.)*. Пенза: Наука и просвещение (ИП Гуляев Г.Ю.); 2022; с. 165–167.
- Mukhametzyanova A.R. Zdorov'esberegayushchee povedenie v sem'yakh s det'mi (na primere Respubliki Mordoviya). V kn.: *Nauka, tekhnologii, obrazovanie: aktual'nye voprosy, dostizheniya i innovatsii. Materialy II Mezhdunarodnoy nauchno-prakticheskoy konferentsii (Penza, 27 iyunya 2022 g.)*. [Health-preserving behavior in families with children (using the Republic of Mordovia as an example). In: Science, technology, education: current issues, achievements and innovations. Materials of the II International scientific and practical conference (Penza, June 27, 2022)]. Penza: Nauka i prosveshchenie (IP Gulyaev G.Yu.); 2022; p. 165–167.
27. Федосеева М.В. Самооценка здоровья и здоровьесберегающее поведение интеллектуального класса. В кн.: *Здоровье как ресурс: V. 2.0. Материалы Международной научно-практической конференции (Н. Новгород, 26–27 сентября 2019 г.)*. Н. Новгород: Научно-исследовательский социологический центр; 2019; с. 616–619.
- Fedoseeva M.V. Samootsenka zdorov'ya i zdorov'esberegayushchee povedenie intellektual'nogo klassa. V kn.: *Zdorov'e kak resurs: V. 2.0. Materialy Mezhdunarodnoy nauchno-prakticheskoy konferentsii (N. Novgorod, 26–27 sentyabrya 2019 g.)*. [Self-assessment of health and health-saving behavior of the knowledge-class. In: Health as a resource: V. 2.0. Proceedings of the International scientific and practical conference (Nizhny Novgorod, September 26–27, 2019)]. Nizhny Novgorod: Nauchno-issledovatel'skiy sotsiologicheskii tsentr; 2019; p. 616–619.
28. Присяжная Н.В., Дубограй Е.В., Агапова Е.Г. Здоровьесберегающее поведение и качество жизни военных пенсионеров трудоспособного возраста в процессе их ресоциализации после увольнения с военной службы: качественно-количественное исследование. *Социология медицины* 2022; 21(1): 49–57, <https://doi.org/10.17816/socm109339>.
- Prisyazhnaya N.V., Dubogray E.V., Agapova E.G. Health-saving behavior and quality of life of military pensioners of working age in the process of their re-socialization after discharge from military service: qualitative and quantitative study. *Sociology of Medicine* 2023; 21(1): 49–57, <https://doi.org/10.17816/socm109339>.

29. Коренная А.А. Здоровьесберегающее поведение. *Образование и наука без границ: социально-гуманитарные науки* 2018; 10: 185–189.

Korennaia A.A. Health-saving behaviour. *Obrazovanie i nauka bez granits: sotsial'no-gumanitarnye nauki* 2018; 10: 185–189.

30. Павлють О.В. Здоровьесберегающее поведение студентов, совмещающих обучение и спорт и завершивших спортивную карьеру. *Вестник Гродненского государственного университета им. Янки Купалы. Серия 3: Филология. Педагогика. Психология* 2021; 11(1): 101–111.

Pavliut O.V. Health behaviour of students combining training and sports and completing sports careers. *Vestnik Grodnenskogo gosudarstvennogo universiteta im. Yanki Kupaly. Seriya 3: Filologiya. Pedagogika. Psikhologiya* 2021; 11(1): 101–111.

31. Ковальжина Л.С., Смирнов М.В. Саморегуляция жизнедеятельности: архетипы и их влияние на здоровьесберегающее поведение. *Общество: социология, психология, педагогика* 2021; 4: 45–48.

Kovalzhina L.S., Smirnov M.V. Self-regulation of life activity: archetypes and their influence on health-saving behavior. *Obshchestvo: sotsiologiya, psikhologiya, pedagogika* 2021; 4: 45–48.

32. Аксенова Е.И., Иванова А.Е. Национальные стратегии снижения смертности в странах, добившихся высоких показателей продолжительности жизни: экспертный обзор. М: Изд-во ГБУ НИИОЗММ ДЗМ; 2021.

Aksenova E.I., Ivanova A.E. *Natsional'nye strategii snizheniya smernosti v stranakh, dobivshikhsya vysokikh pokazateley prodolzhitel'nosti zhizni: ekspertnyy obzor*

[National strategies for mortality reduction in countries that have achieved high life expectancy rates: an expert review]. Moscow: Izd-vo GBU NIIOZMM DZM; 2021.

33. Мельникова А.В. Здоровье населения в возрастной структуре мира. *Научный альманах: электронный журнал* 2023; 9(2): 135–138. URL: https://www.elibrary.ru/download/elibrary_54788026_70063302.pdf.

Melnikova A.V. Population health within the age structure of the world. *Nauchnyy al'manakh: elektronnyy zhurnal* 2023; 9(2): 135–138. URL: https://www.elibrary.ru/download/elibrary_54788026_70063302.pdf.

34. Толстов Д. О важности диспансерного наблюдения. *Современные страховые технологии* 2023; 5: 24–27.

Tolstov D. On the importance of clinical observation. *Sovremennye strakhovye tekhnologii* 2023; 5: 24–27.

35. Творогова Н.Д. Саногенное поведение в контексте здорового образа жизни. *Сеченовский вестник* 2017; 1: 50–60.

Tvorogova N.D. Sanogenic behavior in the context of healthy lifestyle. *Sechenovskiy vestnik* 2017; 1: 50–60.

36. Begega A., Santín L.J., Galeano P., Cutuli D., Sampedro-Piquero P. Neuroplasticity and healthy lifestyle: how can we understand this relationship? *Neural Plast* 2017; 2017: 9506181, <https://doi.org/10.1155/2017/9506181>.

37. Башанаева Г.Г. Генезис взглядов отечественных психологов на проблему саногенного мышления. *ПОИСК: Политика. Обществоведение. Искусство. Социология. Культура* 2012; 5(6): 97–107.

Bashanaeva G.G. Genesis of the views of domestic psychologists on the problem of sanogenic thinking. *POISK: Politika. Obshchestvovedenie. Iskusstvo. Sotsiologiya. Kul'tura* 2012; 5(6): 97–107.