

**ДИНАМИКА СМЕРТНОСТИ И ФАКТОРЫ ЕЕ СНИЖЕНИЯ В РФ****Шамилев С. Р.**

*ФГБОУ ВПО «Чеченский государственный университет», Россия, г. Грозный, 364907, ул. Шерипова, 32, email: mail@chesu.ru*

**В работе построены динамические группировки по общим коэффициентам смертности, коэффициентам смертности по различным причинам, коэффициентам младенческой и детской смертности не только в разрезе субъектов и федеральных округов, но и наиболее развитых стран мира, что позволило выделить их критические значения, требующие незамедлительного принятия решений. Рассчитаны различия в структуре смертности стран относительно РФ. Построены группировки смертности мертворожденных, умерших в возрасте до 7 дней, младенческой смертности городского и сельского населения, коэффициентам смертности всех умерших в перинатальном и постнатальном периоде. Рассчитана разница между перинатальной смертностью девочек и мальчиков. Определены наиболее важные факторы снижения смертности в РФ и сделаны соответствующие выводы.**

Ключевые слова: общие коэффициенты смертности, коэффициенты младенческой и детской смертности, перинатальный и постнатальный период, мертворожденные.

**MORTALITY DYNAMICS AND FACTORS OF ITS REDUCTION IN THE RUSSIAN FEDERATION****Shamilev S. R.**

*Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Professional Education «The Chechen state university» Russia, city of Grozny, 364907, str. Sheripov, 32, mail@chesu.ru*

**In the work of the built dynamic grouping on General factors of mortality, mortality ratios for various reasons, rates of infant and child mortality, not only in the regions and Federal districts, but also the most developed countries of the world, that has allowed to identify their critical values that require immediate decision-making. Calculated differences in the structure of mortality countries for Russia. Built grouping mortality, stillbirths, died at the age of 7 days, infant mortality in urban and rural odds of death of all deaths in the perinatal and postnatal period. Calculated the difference between the perinatal mortality girls and boys. Identified the most important factors in reducing mortality in the Russian Federation and the conclusions drawn.**

Keywords: General mortality, infant and child mortality, perinatal and post-Natal period, stillborn.

Происходящий в последнее время медленный рост рождаемости при сохранении высокого уровня смертности не избавил Россию от естественной убыли населения и необходимости принятия мер по сокращению смертности. Точка зрения, что рост рождаемости способен перекрыть любую смертность, некорректна. Борьба со смертностью является относительно самостоятельной и вместе с тем исключительно важной задачей, которая заслуживает особого внимания и специального решения и, возможно, не требует огромных инвестиций. Поскольку на показатель смертности большое влияние оказывает фактический состав населения по возрасту, поэтому коэффициенты смертности желательно использовать в случае «медленных изменений» состава населения и на коротких промежутках времени.

Таблица 1

**ГРУППИРОВКА ОКРУГОВ РФ ПО КОЭФФИЦИЕНТУ СМЕРТНОСТИ**

Округа	Умерших на 1000 человек населения на 01.01.2012	Умерших на 1000 человек населения на 01.01.2013
--------	--	--

СКФО	8,4	8,2
УФО	12,7	12,6
ДФО	13,4	13
ЮФО	13,7	13,4
СФО	13,8	13,6
СЗФО	14	13,8
ПФО	14,3	13,9
ЦФО	14	13,9

Показатель смертности в СКФО несколько ниже, чем в целом по России, что связано с небольшой долей населения старше трудоспособного возраста вследствие известных военных событий последних двух десятилетий и высоких показателей рождаемости, которые «трансформируются» в высокую долю населения моложе трудоспособного возраста. Отдельно заметим, что смерть взрослого поколения лишает любой народ своего прошлого, тех самых корней, без связи с которыми молодые люди легко попадают под любое (в том числе экстремистское) влияние. Наибольшее количество умерших на 1000 человек населения за оба исследуемых периода приходится на ПФО, ЦФО, СЗФО, т.е. регионы, где высокий уровень урбанизации. Положительной тенденцией является то, что происходит уменьшение числа умерших на 01.01.2013 по сравнению с 01.01.2012. Наибольшее уменьшение произошло по ДФО и ПФО – на 0,4 пункта.

Таблица 2

#### ГРУППИРОВКИ СУБЪЕКТОВ РФ ПО КОЭФФИЦИЕНТУ СМЕРТНОСТИ

Число умерших на 1000 человек населения	Количество субъектов на 01.01.1991	Количество субъектов на 01.01.2001	Количество субъектов на 01.01.2012
<10	34	8	10
10-11	9	1	3
11-12	12	5	3
12-13	14	3	8
13-14	7	12	15
14-15	6	12	20
15-16	1	9	10
16-17	0	13	9
17-18	0	4	2
18-19	0	7	2
19-20	0	3	1
20-21	0	3	0
21-22	0	2	0
22-23	0	1	0
Общий итог	83	83	83

Из данных таблицы 2 видно, что, несмотря на некоторое улучшение ситуации, коэффициент смертности большего количества субъектов РФ на 01.01.2012 г. хуже аналогичных показателей на 01.01.1990, хотя и лучше показателей 01.01.2000. При сравнении данных на 01.01.2012 с данными на 01.01.1990 следует, что количество субъектов с числом умерших менее 10 человек и до 12–13 человек уменьшается, а от 13–14 человек и

до 19–20 человек – увеличивается, а от 20–21 человек до 22–23 человек остается неизменными.

Таблица 3

## ГРУППИРОВКИ СТРАН ПО КОЭФФИЦИЕНТУ СМЕРТНОСТИ

Умершие (на 1000 человек населения)	Количество стран в 2000 г.	Количество стран в 2010 г.
3-4	1(Сингапур)	0
4-5	1(Таджикистан)	3(Сингапур, Таджикистан, Узбекистан)
5-6	5(Азербайджан, Вьетнам, Республика Корея, Таиланд, Узбекистан)	4(Израиль, Исламская Республика Иран, Республика Корея, Филиппины)
6-7	8(Австралия, Египет, Израиль, Исламская Республика Иран, Киргизия, Китай, Новая Зеландия, Филиппины)	9(Австралия, Азербайджан, Бангладеш, Вьетнам, Египет, Ирландия, Киргизия, Новая Зеландия, Турция)
7-8	5(Армения, Бангладеш, Индонезия, Турция, Япония)	5(Индонезия, Китай, Люксембург, Пакистан, Таиланд)
8-9	7(Индия, Ирландия, Люксембург, Нидерланды, Пакистан, Республика Македония, Швейцария)	8(Армения, Индия, Испания, Казахстан, Нидерланды, Норвегия, Франция, Швейцария)
9-10	10(Австрия, Греция, Испания, Италия, Норвегия, Польша, Словакия, Словения, Финляндия, Франция)	13(Австрия, Бельгия, Греция, Дания, Италия, Польша, Республика Македония, Словакия, Словения, Соединенное Королевство (Великобритания), Финляндия, Швеция, Япония)
10-11	8(Бельгия, Германия, Дания, Казахстан, Португалия, Соединенное Королевство (Великобритания), Чешская Республика, Швеция)	3(Германия, Португалия, Чешская Республика)
11-12	3(Литва, Республика Молдова, Румыния)	1(Эстония)
12-13	0	3(Литва, Республика Молдова, Румыния)
13-14	4(Беларусь, Венгрия, Латвия, Эстония)	2(Венгрия, Латвия)
14-15	1(Болгария)	3(Беларусь, Болгария, <b>Россия</b> )
15-16	2( <b>Россия</b> , Украина)	1(Украина)
Общий итог	55	55

Из данных таблицы следует, что не только более развитые страны имеют более низкий коэффициент смертности (в первую очередь, из-за снижения смертности из-за предотвратимых причин), но и такие страны, как Таджикистан и Узбекистан (из-за половозрастной структуры населения).

Далее рассмотрим структуру смертности населения по причинам смерти в различных странах. Для оценки меры существенности различий структур смерти используем критерий,

который определяется по формуле  $K_{\gamma} = \sqrt{\frac{\sum(d_2 - d_1)^2}{\sum(d_2 + d_1)^2}}$ , где  $d_2$  и  $d_1$  – удельные значения градаций

двух структур. В результате проведенного исследования получены следующие результаты.

Таблица 4

## РАЗЛИЧИЕ СТРУКТУРЫ СМЕРТНОСТИ СТРАН ОТНОСИТЕЛЬНО РФ

Критерий различий структуры смертности	Количество стран
0-0,1	8 (Беларусь, Казахстан, Киргизия, Латвия, Литва, Республика Молдова, Украина, Эстония)
0,1-0,2	23 (Австрия, Азербайджан, Албания, Алжир, Аргентина, Армения, Болгария, Венгрия, Вьетнам, Германия, Греция, Египет, Марокко, Мексика, Польша, Португалия, США, Таджикистан, Туркмения, Узбекистан, Финляндия, Чешская Республика, Швеция)
0,2-0,3	15 (Австралия, Бельгия, Израиль, Испания, Италия, Канада, Китай, Нидерланды, Новая Зеландия, Норвегия, Республика Корея, Соединенное Королевство (Великобритания), Чили, Швейцария, Япония)
0,3-0,4	2 (Таиланд, Франция)
0,5-0,6	1 (Южно-Африканская Республика)

Общий итог	49
------------	----

Наибольшие различия в 2011 г. имеет ЮАР – весьма значительный уровень различий; Таиланд и Франция – значительный уровень различий, 15 стран – существенный уровень различий, 23 страны – незначительный уровень различий, 8 стран – несущественный уровень различий. Отдельно заметим, что по инфекционным и паразитарным болезням смертность населения в РФ более чем в 7 раз превышает соответствующий показатель в Чешской Республике, по злокачественным новообразованиям – почти в 2 раза показатель в Марокко, по болезням системы кровообращения – более чем в 4 раза показателя в Японии, по болезням органов дыхания – более чем в 3 раза показателя в Латвии, по болезням органов пищеварения – почти в 4 раза больше показателя в Новой Зеландии, по внешним причинам смерти – более чем в 5 раз показателя в Нидерландах.

Считается, что снижение рождаемости ведет к снижению младенческой смертности, а увеличение, соответственно к увеличению младенческой смертности (МС).

Таблица 5

## ГРУППИРОВКИ СТРАН ПО КОЭФФИЦИЕНТУ МС

Число умерших в возрасте до 1 года на 1000 родившихся живыми	Количество стран в 2000 г.	Количество стран в 2010 г.
2-3	0	7 (Норвегия, Португалия, Словения, Финляндия, Чешская Республика, Швеция, Япония)
3-4	4 (Норвегия, Финляндия, Швеция, Япония)	14 (Австрия, Бельгия, Германия, Греция, Дания, Израиль, Ирландия, Испания, Италия, Люксембург, Нидерланды, Франция, Швейцария, Эстония)
4-5	9 (Австрия, Бельгия, Германия, Испания, Италия, Словения, Франция, Чешская Республика, Швейцария)	4 (Австралия, Беларусь, Литва, Соединенное Королевство (Великобритания))
5-6	8 (Австралия, Греция, Дания, Израиль, Люксембург, Нидерланды, Португалия, Соединенное Королевство (Великобритания))	5 Венгрия, Новая Зеландия, Польша, Словакия)
6-7	3 (Ирландия, Новая Зеландия, США)	1 (США)
7-8	0	2 (Республика Македония, <b>Россия</b> )
8-9	4 (Литва, Польша, Словакия, Эстония)	0
9-19	2 (Беларусь, Венгрия)	3 (Болгария, Румыния, Украина)
11-12	2 (Республика Македония, Украина)	4 (Азербайджан, Аргентина, Армения, Республика Молдова)
13-14	1 (Болгария)	0
15-16	2 (Армения, <b>Россия</b> )	0
16-17	2 (Азербайджан, Аргентина)	1 (Казахстан)
18-19	3 (Казахстан, Республика Молдова, Румыния)	0
Общий итог	40	40

Из данных таблицы 5 видно, что относительно таких стран, как Казахстан, Азербайджан, Аргентина, Армения, Республика Молдова, Болгария, Румыния, Украина состояние дел в РФ по коэффициенту младенческой смертности несколько улучшилось, но тем не менее в 2 – 3 раза хуже, чем в таких странах, как Норвегия, Португалия, Словения, Финляндия, Чешская Республика, Швеция, Япония; а также хуже, чем в большинстве рассматриваемых стран.

Рассмотрим группировки субъектов РФ по коэффициенту МС.

Таблица 6

### ГРУППИРОВКИ СУБЪЕКТОВ РФ ПО КОЭФФИЦИЕНТУ МС

Число детей, умерших в возрасте до 1 года, на 1000 родившихся	Количество субъектов на 01.01.12	Количество субъектов на 01.01.13
0-5	7	4
5-10	64(КБР, КЧР, РСОА, СК)	58(КБР)
10-15	10(РИ)	16(РИ, КЧР, РСОА,СК)
15-20	2(РД, ЧР)	3(РД)
20-25	0	2(ЧР)
Общий итог	83	83

Из данных таблицы видно, что коэффициент МС увеличился в большинстве субъектов, что связано не только с повышением рождаемости, но и с более достоверной регистрацией младенческой смертности.

Большой региональный разброс показателя младенческой смертности (до 5 раз) отражает высокий уровень дифференциации регионов по уровню жизни населения и качеству медицинской помощи.

Наилучшие показатели уровня МС в СКФО имеет КБР, она единственная из субъектов СКФО имеет наименьший уровень МС.

В то же время ЧР практически всегда имела худшие показатели уровня МС среди субъектов СКФО и РФ, вероятно, из-за худших показателей качества медицинской помощи, недостатка детских медицинских учреждений и персонала.

После 2003 г. в ЧР произошло резкое ухудшение уровня МС (более чем в 2 раза), при этом в 2013 г. коэффициенты МС в ЧР примерно в 2 – 3 раза хуже среднероссийских показателей и в 5 раз хуже «наилучших» коэффициентов МС среди субъектов.

Рассмотрим группировки РФ по коэффициенту перинатальной смертности (ПС). Считается, что мертворождаемость является механизмом естественного отбора, сформировавшимся в процессе эволюции, направленным на устранение из популяции генотипов с пониженной жизнеспособностью.

Из данных таблицы 7 видно превышение показателя ПС в городе над соответствующим показателем в сельской местности до 2005 г., что обычно объясняется лишь одним фактором – недорегистрацией перинатальных потерь у сельских женщин.

Превышение показателя постнатальной смертности над мертворожденными до 1996 г. в городе и до 2000 г. в селе свидетельствует об отсутствии внимания к вопросам снижения смертности из-за предотвратимых причин и отчасти из-за недорегистрации перинатальных потерь.

Таблица 7

## ДИНАМИКА ПЕРИНАТАЛЬНОЙ СМЕРТНОСТИ В РФ

Годы	Городские умершие в перинатальном периоде	Мертворожденные	Умершие в возрасте до 7 дней	Сельские умершие в перинатальном периоде	Мертворожденные	Умершие в возрасте до 7 дней
1995	16,66	7,84	8,82	14,04	6,43	7,61
1996	16,47	8,17	8,3	14,56	6,95	7,61
1997	16,44	8,51	7,93	14,47	6,92	7,55
1998	15,46	7,85	7,61	14,06	6,88	7,18
1999	14,84	7,62	7,22	12,89	6,39	6,5
2000	13,72	7,07	6,65	11,91	5,69	6,22
2001	13,27	6,86	6,41	11,68	5,96	5,72
2002	12,35	6,66	5,69	11,41	5,76	5,65
2003	11,38	6,27	5,11	11,03	5,64	5,39
2004	10,68	5,94	4,74	10,45	5,41	5,04
2005	10,16	5,79	4,37	10,2	5,42	4,78
2006	9,39	5,41	3,98	10,01	5,16	4,85
2007	8,88	5,38	3,5	9,51	5,19	4,32
2008	8,23	5,09	3,14	8,45	4,76	3,69
2009	7,54	4,68	2,86	8,49	4,87	3,62
2010	7,11	4,56	2,55	7,99	4,75	3,24
2011	6,74	4,38	2,36	8,16	4,76	3,4
Отклонение: +, - 2011 г. от 1995 г.	-9,92	-3,46	-6,46	-5,88	-1,67	-4,21

Если в 1995 г. городских умерших в перинатальном возрасте было больше, чем сельских, то в отчетном периоде городских умерших в этом периоде стало меньше, аналогичное произошло с мертворожденными и умершими в возрасте до 7 дней. Коэффициенты ПС в городе и селе в 2011г. различаются из-за мертворожденных на 0,38 %, а из-за показателя умерших в возрасте до 7 дней на 3,04 %.

Рассмотрим группировку субъектов РФ по показателю ПС.

Таблица 8

## ГРУППИРОВКА СУБЪЕКТОВ РФ ПО ПОКАЗАТЕЛЮ ПС

Все умершие в перинатальном периоде	Количество субъектов
4-5	6
5-6	17(в т. ч. КБР, КЧР)
6-7	17
7-8	15
8-9	12(в т. ч. РСОА, СК)
9-10	8
10-11	6(в т. ч. РД)
14-15	1(РИ)
16-17	1(ЧР)
Общий итог	83

Данные показывают, что существует большая дифференциация по показателю перинатальной смертности между субъектами РФ. Высокие показатели ПС в ЧР, РИ, РД свидетельствуют о значительном удельном весе в населении данных субъектов генотипов со сниженной жизнеспособностью. Причем наибольшая дифференциация присуща показателю постнатальной смертности, для анализа которой построим группировку субъектов РФ.

Таблица 9

**ГРУППИРОВКА СУБЪЕКТОВ РФ ПО ПОКАЗАТЕЛЮ ПОСТНАТАЛЬНОЙ  
СМЕРТНОСТИ В 2011 г.**

Показатель постнатальной смертности	Количество субъектов
0-1	4
1-2	25(в т. ч. КБР)
2-3	30(в т. ч. КЧР)
3-4	14(в т. ч. СК)
4-5	5(в т. ч. РСОА)
5-6	1
6-7	1(РИ)
7-8	1(РД)
8-9	1
11-12	1(ЧР)
Общий итог	83

Из данных таблицы 9 видно, что в 2011 г. дифференциация между субъектами РФ по показателю постнатальной смертности достигала 11 раз. Причем наихудшие значения постнатальной смертности имеют субъекты СКФО, дифференциация между которыми по этому показателю превышает 5 раз. Минимальные значения по показателю постнатальной смертности среди субъектов СКФО имеет КБР, а максимальные – ЧР.

Таблица 10

**ГРУППИРОВКИ СУБЪЕКТОВ РФ ПО ПОКАЗАТЕЛЮ РАЗНИЦЫ МЕЖДУ ПС  
ДЕВОЧЕК И МАЛЬЧИКОВ в 2011г.**

Разница между перинатальной смертностью девочек и мальчиков	Количество субъектов в 2011г.
-14--13	1
-8--7	1
-6--5	1
-5--4	3(РОСА, ЧР)
-4--3	3(КЧР)
-3--2	10(РД, РИ, СК)
-2--1	22(КБР)
-1-0	16
0-1	20
1-2	5
2-3	1
Общий итог	83

Данные таблицы 10 показывают, что субъектам РФ свойственна физиологически необъяснимая разница между перинатальной смертностью девочек и мальчиков, что требует дальнейшего углубленного специального исследования.

Таким образом, можно сделать следующие выводы.

Не только более развитые страны имеют более низкий коэффициент смертности (в первую очередь, из-за снижения смертности из-за предотвратимых причин), по сравнению с РФ, но и такие страны, как Таджикистан и Узбекистан (из-за половозрастной структуры населения). Показатель смертности в СКФО несколько ниже, чем в целом по России. Низкие коэффициенты смертности в СКФО связаны с небольшой долей населения старше трудоспособного возраста вследствие известных военных событий последних двух десятилетий и высоких показателей рождаемости, которые «трансформируются» в высокую долю населения моложе трудоспособного возраста. Несмотря на то, что положение в РФ по коэффициенту младенческой смертности несколько улучшилось, но тем не менее она хуже, чем в 31 стране из рассматриваемых развитых 35 стран, а ведь смерть детей лишает любой народ будущего. С 01.01.12 до 01.01.13 коэффициент младенческой смертности увеличился во всех округах РФ, что связано не только с повышением рождаемости, но и с более достоверной регистрацией младенческой смертности. Превышение показателя постнатальной смертности над мертворожденными только в СКФО связано, как уже отмечалось выше, с отсутствием внимания к вопросам снижения смертности из-за предотвратимых причин, и отчасти из-за недорегистрации перинатальных потерь. В 2011 г. дифференциация между субъектами РФ по показателю постнатальной смертности достигала 11 раз. Причем наихудшие значения постнатальной смертности имеют субъекты СКФО, дифференциация между которыми по этому показателю превышает 5 раз. Минимальные значения по показателю постнатальной смертности среди субъектов СКФО имеет КБР, а наихудшие – ЧР. Субъектам РФ свойственна физиологически необъяснимая разница между перинатальной смертностью девочек и мальчиков, что требует дальнейшего углубленного специального исследования. Основной реальный резерв предотвращения гибели младенцев – улучшение организации медицинского обслуживания детей первого года жизни, особенно, в сельской местности. В организационном плане необходима модернизация материально-технической базы; повышение кадрового потенциала, особенно высококвалифицированного; обеспечение необходимым оборудованием и медикаментами не только перинатальных центров и учреждений федерального подчинения, но широкой сети родовспомогательных стационаров в стране. Согласно исследованиям, главной причиной младенческой смертности остается катастрофическое ухудшение здоровья самих матерей. Поэтому у беременных женщин должен существовать бесплатный доступ к медикаментам и витаминам, должна

быть налажена более четкая диагностика их здоровья, должно быть увеличено число реанимационных коек. Расширение показаний к кесареву сечению в целях уменьшения перинатальной смертности может быть оправдано лишь до определенных пределов 10–15 %.

### Список литературы

1. Абазова Р. Х., Шамилев С. Р., Шамилев Р. В. Некоторые проблемы урбанизации субъектов СКФО // Современные проблемы науки и образования. – 2012. – № 4; URL: [www.science-education.ru/104-6916](http://www.science-education.ru/104-6916) (дата обращения: 27.02.2013).
2. Мусаева Л. З., Шамилев С. Р., Шамилев Р. В. Особенности расселения сельского населения субъектов СКФО // Современные проблемы науки и образования. – 2012. – № 5; URL: [www.science-education.ru/105-6914](http://www.science-education.ru/105-6914) (дата обращения: 27.02.2013).
3. Регионы России. Социально-экономические показатели. 2012: Стат. сб. / Росстат. – М., 2012. – 990 с.
4. Шамилев С. Р., Шамилев Р. В. Эффективность производства сахарной свеклы (фабричной) в регионах Южного и Северо-Кавказского ФО России // Современные проблемы науки и образования. – 2012. – № 5; URL: [www.science-education.ru/105-6869](http://www.science-education.ru/105-6869) (дата обращения: 27.02.2013).
5. Шамилев Р. В., Шамилев С. Р. Сравнительный анализ социально-экономического развития субъектов СКФО // Современные проблемы науки и образования. – 2012. – № 5; URL: [www.science-education.ru/105-6964](http://www.science-education.ru/105-6964) (дата обращения: 27.02.2013).
6. Шамилев С. Р. Некоторые вопросы типологизации субъектов СКФО // Современные проблемы науки и образования. – 2012. – № 6; URL: [www.science-education.ru/106-7132](http://www.science-education.ru/106-7132) (дата обращения: 27.02.2013).
7. Шамилев Р. В., Шамилев С. Р. Анализ динамики и эффективности производства сахарной свеклы (фабричной) в РФ и ее округах // Современные проблемы науки и образования. – 2012. – № 4; URL: [www.science-education.ru/104-6850](http://www.science-education.ru/104-6850) (дата обращения: 27.02.2013).
8. Шамилев Р. В., Шамилев С. Р. Оценка и анализ динамики и эффективности производства некоторых растениеводческих культур в РФ // Современные проблемы науки и образования. – 2011. – № 6; URL: [www.science-education.ru/100-5247](http://www.science-education.ru/100-5247) (дата обращения: 27.02.2013).
9. Шамилев С. Р., Шамилев Р. В. Анализ душевого ВРП в субъектах СКФО // Современные проблемы науки и образования. – 2011. – № 6; URL: [www.science-education.ru/100-5250](http://www.science-education.ru/100-5250) (дата обращения: 27.02.2013).
10. Эдисултанова Л. А., Шамилев С. Р., Шамилев Р. В. Проблемы оптимизации муниципальных образований в АТД субъектов СКФО // Современные проблемы науки и образования. – 2012. – № 5; URL: [www.science-education.ru/105-6915](http://www.science-education.ru/105-6915) (дата обращения: 27.02.2013).

**Рецензенты:**

Авторханов А. И., д.э.н., профессор, зав. кафедрой «Экономический анализ» ФГБОУ ВПО «Чеченский государственный университет», г. Грозный.

Гезиханов Р. А., д.э.н., профессор, зав. кафедрой «Бухгалтерский учет и аудит» ФГБОУ ВПО «Чеченский государственный университет», г. Грозный.