

Национальный НИИ общественного здоровья им. Н. А. Семашко

Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения Минздрава России

Журнал основан в 1993 г.

С 1995 г. журнал является членом Европейской ассоциации научных редакторов (EASE).

[www.nrph.ru](http://www.nrph.ru)

**Зав. редакцией**

*Щеглова Татьяна Даниловна*

Тел.: +7 (495) 916-29-60

E-mail: [ttcheglova@gmail.com](mailto:ttcheglova@gmail.com)

Почтовый адрес: 105064, Москва, ул. Воронцово Поле, д. 12

Все права защищены.

Ни одна часть этого издания не может быть занесена в память компьютера либо воспроизведена любым способом без предварительного письменного разрешения издателя.

**Подписка:**

через интернет:  
[www.akc.ru](http://www.akc.ru), [www.pressa-rf.ru](http://www.pressa-rf.ru),  
[www.pochta.ru](http://www.pochta.ru)

на электронную версию:  
[elibrary.ru](http://elibrary.ru)

ISSN 0869-866X. Пробл. соц. гиг., здравоохран. и истории мед. 2019. Т. 27. № 1. 1—128.



Издатель: закрытое акционерное общество «Шико»,

119571, Москва, ул. 26 Бакинских Комиссаров, дом 7, кор. 6.  
ОГРН 1027739732822

Переводчик *В. С. Нечаев*

Корректор *И. И. Жданюк*

Сдано в набор 30.10.2018.

Подписано в печать 16.11.2018.

Формат 60 × 88%. Печать офсетная. Печ. л. 16. Усл. печ. л. 15,64. Уч.-изд. л. 15,68.

Отпечатано в ПАО «Т8 Издательские Технологии», 109316, Москва, Волгоградский просп., д. 42, кор. 5.

# ПРОБЛЕМЫ СОЦИАЛЬНОЙ ГИГИЕНЫ, ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ИСТОРИИ МЕДИЦИНЫ

Двухмесячный научно-практический журнал

# 1

Том 27

2019

ЯНВАРЬ—ФЕВРАЛЬ

## РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

**Главный редактор:**

**ЩЕПИН В. О.** — член-корр. РАН, д. м. н., проф.

**АЛЕКСАНДРОВА О. Ю.** — д. м. н., проф.

**НЕЧАЕВ В. С.** (ответственный секретарь) — д. м. н., проф.

**ГАЙДАРОВ Г. М.** — д. м. н., проф.

**ДЕНИСОВ И. Н.** — акад. РАН, д. м. н., проф.

**ЗАТРАВКИН С. Н.** (зам. главного редактора) — д. м. н., проф.

**КАКОРИНА Е. П.** — д. м. н., проф.

**КОНЦЕВАЯ А. В.** — д. м. н., проф.

**ЛИНДЕНБРАТЕН А. Л.** — д. м. н., проф.

**МЕДИК В. А.** — член-корр. РАН, д. м. н., проф.

**МЕШКОВ Д. О.** — д. м. н.

**ПАЛЬЦЕВ М. А.** — акад. РАН, д. м. н., проф.

**ПОДДУБНЫЙ М. В.** — к. м. н.

**СЕМЕНОВ В. Ю.** — д. м. н., проф.

**СОН И. М.** — д. м. н., проф.

**СОРОКИНА Т. С.** — д. м. н., проф.

**СТАРОДУБОВ В. И.** — акад. РАН, д. м. н., проф.

**ХАБРИЕВ Р. У.** — акад. РАН, д. м. н., проф.

**ЧИЧЕРИН Л. П.** — д. м. н., проф.

**ШЛЯФЕР С. И.** — д. м. н., проф.

**ЩЕПИН О. П.** — акад. РАН, д. м. н., проф.

## РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

**Васильев К. К.** — д. м. н., проф. (Украина)

**Вишняков Н. И.** — д. м. н., проф.

**Герасименко Н. Ф.** — акад. РАН, д. м. н., проф.

**Касымова Г. П.** — д. м. н., проф. (Казахстан)

**Кича Д. И.** — д. м. н., проф.

**Красненков В. Л.** — д. м. н., проф.

**Лучкевич В. С.** — д. м. н., проф.

**Низамов И. Г.** — д. м. н., проф.

**Полунина Н. В.** — член-корр. РАН, д. м. н., проф.

**Решетников А. В.** — акад. РАН, д. м. н., проф.

**Салакс Ю. Ю.** — д. м. н., проф. (Латвия)

**Саурина О. С.** — д. м. н., проф.

**Царик Г. Н.** — д. м. н., проф.

The N. A. Semashko National  
Research Institute of Public Health

The Central Research Institute for Health  
Organization and Informatics of  
Minzdrav of Russia

Founded in 1993.

Since 1995 the journal is a member of the  
European Association of Science Editors.

Journal is indexed in: Chemical Abstracts;  
Current Digest of the Russian Press;  
EBSCOhost Family&Society Studies  
Worldwide; EBSCOhost INDEX;  
EBSCOhost SocINDEX with Full Text;  
Elsevier BV Scopus; Experta Medica  
Abstract Journals; Index Medicus; Index to  
Dental Literature; International Nursing  
Index; National Library of Medicine  
PubMed, OCLC Russian Academy of  
Sciences Bibliographies.

[www.nriph.ru](http://www.nriph.ru)

**Managing editor**

*Scheglova T. D.*

Tel.: +7 (495) 916-29-60

E-mail: [ttcheglova@gmail.com](mailto:ttcheglova@gmail.com)

Address: 12 Vorontsovo Pole str., Moscow,  
105064, Russia

Subscription via the Internet:  
[www.akc.ru](http://www.akc.ru), [www.pressa-rf.ru](http://www.pressa-rf.ru),  
[www.pochta.ru](http://www.pochta.ru)

Subscription to the electronic version of the  
journal: [www.elibrary.ru](http://www.elibrary.ru)

# PROBLEMY SOTSIALNOY GIGIENY, ZDRAVOOKHRANENIYA I ISTORII MEDITSINY

(Problems of social hygiene, public health  
and history of medicine, Russian journal)

The bimonthly theoretical and practical journal

1

Volume 27

2019

JANUARY—FEBRUARY

**EDITORIAL BOARD:**

**Editor-in-Chief:**

**SCHEPIN V. O.** — corresponding member of RAS, MD, PhD, DSc, prof.

**ALEKSANDROVA O.Yu.** — MD, PhD, DSc, prof.

**NECHAEV V. S. (executive secretary)** — MD, PhD, DSc, prof.

**GAIDAROV G. M.** — MD, PhD, DSc, prof.

**DENISOV I. N.** — academician of RAS, MD, PhD, DSc, prof.

**ZATRAVKIN S. N. (deputy Editor-in-Chief)** — MD, PhD, DSc, prof.

**KAKORINA Ye. P.** — MD, PhD, DSc, prof.

**KONTSEVAIA A. V.** — MD, PhD, DSc, prof.

**LINDENBRATEN A. L.** — MD, PhD, DSc, prof.

**MEDIK V. A.** — corresponding member of RAS, MD, PhD, DSc, prof.

**MESHKOV D. O.** — MD, PhD, DSc

**PALTSEV M. A.** — academician of RAS, MD, PhD, DSc, prof.

**PODDUBNIY M. V.** — MD, PhD

**SEMENOV V. Yu.** — MD, PhD, DSc, prof.

**SON I. M.** — MD, PhD, DSc, prof.

**SOROKINA T. S.** — MD, PhD, DSc, prof.

**STARODUBOV V. I.** — academician of RAS, MD, PhD, DSc, prof.

**CHICHERIN L. P.** — MD, PhD, DSc, prof.

**HABRIEV R. U.** — academician of RAS, MD, PhD, DSc, prof.

**SHLIAFER S. I.** — MD, PhD, DSc, prof.

**SCHEPIN O. P.** — academician of RAS, MD, PhD, DSc, prof.

**EDITORIAL COUNCIL:**

**Vasiliyev K. K.** — MD, PhD, DSc, prof.

**Vishniakov N. I.** — MD, PhD, DSc, prof.

**Gerasimenko N. F.** — academician of RAS, MD, PhD, DSc, prof.

**Kasimova G. P.** — MD, PhD, DSc, prof.

**Kitcha D. I.** — MD, PhD, DSc, prof.

**Krasnenkov V. L.** — MD, PhD, DSc, prof.

**Luchkevich V. S.** — MD, PhD, DSc, prof.

**Nizamov I. G.** — MD, PhD, DSc, prof.

**Polunina N. V.** — corresponding member of RAS, MD, PhD, DSc, prof.

**Reshetnikov A. V.** — academician of RAS, MD, PhD, DSc, prof.

**Salaks Yu. Yu.** — MD, PhD, DSc, prof.

**Saurina O. S.** — MD, PhD, DSc, prof.

**Tzarik G. N.** — MD, PhD, DSc, prof.

## СОДЕРЖАНИЕ

## Contents

### Здоровье и общество

- Хабриев Р. У., Кулакова С. В., Пертли Л. Ф., Спасенников Б. А. Смертность от внешних причин у лиц группы риска ..... 4
- Линденбратен А. Л., Алексеев И. Б., Аливердиева М. А. Эффективность углубленного обследования глаукомы в рамках диспансеризации лиц с хроническими неинфекционными заболеваниями ..... 9
- Лещенко Я. А. К вопросу об эволюции понятия «общественное здоровье» ..... 14
- Пузин С. Н., Шургая М. А., Ачкасов Е. Е., Меметов С. С., Погосян Г. С., Идрисова Л. С. Медико-социальные аспекты повторной инвалидизации взрослого населения вследствие злокачественных новообразований в Российской Федерации ..... 18
- Садыков Р. М., Мигунова Ю. В. Рациональное питание детей в семье как фактор здоровья населения ..... 23
- Чухраев А. М., Сахнов С. Н. Динамика и прогнозирование заболеваемости глаукомой и катарактой в крупных городах Краснодарского края ..... 28
- Санина Н. П., Гуров А. Н., Давронов И. В. Анализ причин неудовлетворенности пациентов медицинской помощью на основе обращений граждан и независимой оценки качества оказания услуг медицинскими организациями ..... 31

### Реформы здравоохранения

- Щепин В. О., Тельнова Е. А., Карпова О. Б., Проклова Т. Н. О проблемах паллиативной помощи ..... 36
- Шипова В. М., Гриднев О. В., Кучиц С. С. Нормирование труда в здравоохранении в условиях эффективного контракта ..... 41
- Артюхов И. П., Шульмин А. В., Добрецова Е. А., Денисов В. С., Короткова К. М. Организация информационной поддержки перспективного планирования кадрового обеспечения системы здравоохранения ..... 45
- Тимофеев Д. А., Еругина М. В., Кром И. Л., Цвигайло М. А. Управление профессиональной мотивацией персонала медицинской организации ..... 50

### Из опыта организатора здравоохранения

- Шарафутдинова Н. Х., Латыпов А. Б., Даутов Р. Р., Шарафутдинов М. А. Организация работы травматологического пункта городской клинической больницы: структура обращений пациентов по поводу травм ..... 54

### Образование и кадры

- Карасев Е. А., Нечаев В. С., Саурин О. С. К вопросу о регулировании производственных конфликтов в медицинском трудовом коллективе ..... 59
- Гайдаров Г. М., Макаров С. В., Алексеева Н. Ю., Маевская И. В. Комплексная оценка трудовой миграции выпускников медицинского вуза как важный фактор формирования кадрового потенциала региональной системы здравоохранения ..... 63

### За рубежом

- Родионова О. М., Черных Н. А., Глебов В. В., Шамшер А. Мд., Баева Ю. И. Роль экологических факторов в заболеваемости населения Народной Республики Бангладеш острыми кишечными инфекциями ..... 68

### История медицины

- Серебряный Р. С., Яремчук О. В. Кадровый потенциал гражданского здравоохранения в РСФСР в первый период Великой Отечественной войны ..... 73
- Аликова З. Р., Анаева Л. А. Региональные особенности развития системы охраны здоровья детей в Кабардино-Балкарии в XX веке ..... 78
- Андриянова Е. А., Завьялов А. И., Райкова С. В., Суворов В. В. Вклад медицинских обществ и земских врачей в развитие санитарного дела в Саратовской губернии во второй половине XIX — начале XX века ..... 83
- Давидов М. И. История Пермской городской клинической больницы им. Ф. Х. Граля — одной из старейших больниц Урала ..... 89
- Батоиев С. Д. Некоторые проблемы современного здравоохранения России в разрезе организации медицинской помощи сельскому населению дореволюционного Забайкалья ..... 94
- Васильев К. К., Васильев Ю. К. И. А. Петровский и внедрение количественного подхода в клиническую медицину ..... 99

Указатель статей, опубликованных в журнале «Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины» в 2018 г. . . . . 103

### Health and Society

- Khabriev R. U., Kulakova S. V., Pertli L. F., Spasennikov B. A. The mortality from external causes in individuals of risk group ..... 4
- Lindenbraten A. L., Alekseev I. B., Aliverdieva M. A. The efficiency of in-depth glaucoma examination within the framework of dispensarization of individuals with chronic infectious diseases ..... 9
- Leschenko Ya. A. On the issue of evolution of public health concept ..... 14
- Puzin S. N., Shurgaya M. A., Achkasov E. E., Memetov S. S., Pogosyan G. S., Idrisova L. S. The medical social aspects of repeated disability of adult population due to malignant neoplasms in the Russian Federation ..... 18
- Sadykov R. M., Migunova Yu. V. The rational diet of children in family as a factor of population health ..... 23
- Tchukhraev A. M., Sakhnov S. N. The dynamics and prognosis of glaucoma and cataract morbidity in urban areas of the Krasnodar Krai ..... 28
- Sanina N. P., Gurov A. N., Davronov I. V. The analysis of causes of dissatisfaction of patients with medical care based on appeals of citizen and independent evaluation of quality of medical services by medical organizations ..... 31

### Health Care Reforms

- Schepin V. O., Telnova E. A., Karpova O. B., Proklova T. N. About problems of palliative care ..... 36
- Shipova V. M., Gridnev O. V., Kutchits S. S. The work quota setting in health care in conditions of efficient contract ..... 41
- Artukhov I. P., Shulmin A. V., Dobretsova E. A., Denisov V. S., Korotkova K. M. The organization of information support of prospective planning of personnel maintenance of health care system ..... 45
- Timofeev D. A., Erugina M. V., Krom I. L., Tsvigaylo M. A. The management of professional motivation of medical organization personnel ..... 50

### From Practice of Health Care Professional

- Sharafutdinova N. Kh., Latypov A. B., Dautov R. R., Sharafutdinov M. A. The organization of functioning of traumatological station of municipal clinical hospital: the structure of resort of patients on the occasion of traumas ..... 54

### Education and Personnel

- Karasev E. A., Nechaev V. S., Saurina O. S. On the issue of labor conflicts control in medical staff ..... 59
- Gaidarov G. M., Makarov S. V., Alekseeva N. Yu., Maievskaya I. V. The complex evaluation of labor migration of graduates of medical university as an important factor of formation of personnel potential of regional health care system ..... 63

### From Abroad

- Rodionova O. M., Chernykh N. A., Glebov V. V., Shamsher A. Md., Baeva Yu. I. The role of ecological factors in acute enteric infection morbidity of population of the People's Republic of Bangladesh ..... 68

### History of Medicine

- Serebriany R. S., Yaremchuk O. V. The personnel potential of civilian health care in the RSFSR during the first period of the Great Patriotic War ..... 73
- Alikova Z. R., Anaeva L. A. The regional features of development of the system of children health care in the Kabardino-Balkaria in XX century ..... 78
- Andriyanova E. A., Zavalov A. I., Raikova S. V., Suvorov V. V. The input of medical societies and Zemstvo physicians into development of sanitary business in the Saratov gubernia in the second half of XIX — beginning of XX centuries ..... 83
- Davidov M. I. The history of the F. Ch. Graal Perm municipal clinical hospital, one of the oldest hospitals of the Ural region ..... 89
- Batoiev S. D. The particular problems of modern health care of Russia in perspective of organization of medical care to rural population of pre-revolutionary Transbaikalia ..... 94
- Vasiliev K. K., Vasiliev Yu. K. I. A. Petrovsky and implementation of qualitative approach into clinical medicine ..... 99

The index of articles published in the Journal "The Problems of Social Hygiene, Health Care and History of Medicine" in 2018 ..... 103

# Здоровье и общество

© Коллектив авторов, 2019  
УДК 614.8:616-036.88[312.2]

Хабриев Р. У.<sup>1</sup>, Кулакова С. В.<sup>2</sup>, Пертли Л. Ф.<sup>2</sup>, Спасенников Б. А.<sup>2</sup>

## СМЕРТНОСТЬ ОТ ВНЕШНИХ ПРИЧИН У ЛИЦ ГРУППЫ РИСКА

<sup>1</sup>ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья им. Н. А. Семашко» Министерства науки и высшего образования России, 105064, г. Москва;

<sup>2</sup>ФКУ «Научно-исследовательский институт Федеральной службы исполнения наказаний», 125130, г. Москва

Рассмотрена проблема смертности от внешних причин сотрудников уголовно-исполнительной системы Российской Федерации, которые в силу служебных обязанностей находятся в ситуации повышенного риска. Целью анализа стало определение специфических особенностей и выделение основных детерминант суцидov и обстоятельств, повлекших гибель сотрудников уголовно-исполнительной системы в 2017 г., с последующей разработкой рекомендаций по оптимизации профилактики такой смертности. Анализ смертности показал, что число суцидov составляет 0,12‰, гибель от внешних причин — 0,32‰. Представлен обобщенный портрет сотрудника уголовно-исполнительной системы, совершившего суцид в 2017 г.: мужчина 31—35 лет, проходящий службу в подразделениях охраны или безопасности, со стажем службы в должности 1—5 лет, имеющий среднее профессиональное или высшее образование, состоящий в браке, имеющий детей, положительно характеризующийся по службе, не имеющий взысканий, неконфликтный, организованный, дисциплинированный, не состоящий на учете у врача-психиатра, психолога, не обращающийся по своей инициативе за помощью к врачу-психиатру или психологу, имеющий семейные проблемы, о которых он не сообщает. Получен обобщенный портрет сотрудника уголовно-исполнительной системы, погибшего в 2017 г.: мужчина 35 лет, из категории младшего начальствующего состава, служащий в должности младшего инспектора отдела (режима, охраны), со стажем службы около 8 лет, погибший в августе-сентябре. Сделан вывод о возможности снижения числа сотрудников, умерших от внешних причин, посредством усиления профилактических мероприятий.

**К л ю ч е в ы е с л о в а :** смертность; смертность от внешних причин; суцид; уголовно-исполнительная система; сотрудник.

**Для цитирования:** Хабриев Р. У., Кулакова С. В., Пертли Л. Ф., Спасенников Б. А. Смертность от внешних причин у лиц группы риска. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2019;27(1):4—8. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2019-27-1-4-8>

**Для корреспонденции:** Спасенников Борис Аристархович, д-р мед. наук, д-р юр. наук, профессор, главный научный сотрудник ФКУ НИИ Федеральной службы исполнения наказаний, e-mail: [borisspasennikov@yandex.ru](mailto:borisspasennikov@yandex.ru)

*Khabriev R. U.<sup>1</sup>, Kulakova S. V.<sup>2</sup>, Pertli L. F.<sup>2</sup>, Spasennikov B. A.<sup>2</sup>*

## THE MORTALITY FROM EXTERNAL CAUSES IN INDIVIDUALS OF RISK GROUP

<sup>1</sup>The Federal State Budget Scientific Institution “The N. A. Semashko National Research Institute of Public Health”, 105064, Moscow, Russia;

<sup>2</sup>The Federal Official Institution “The Research Institute of the Federal Penitentiary Service of Russia”, 125130, Moscow, Russia

The article deals with the problem of mortality from external causes among the officers of the penitentiary system of the Russian Federation, who by virtue of their official duties, are in high-risk situations. The purpose of the analysis was to identify specific features and identify the main determinants of suicides and circumstances that led to the death of the officers of the penitentiary system in 2017 with the subsequent development of recommendations for optimizing the prevention of these adverse events. Such a study was conducted for the first time among the staff of the penitentiary system. Analysis of investigation materials on the deaths of officers from external causes shows that the level of suicide of officer was 0.12‰, the death rate of officers from external causes — 0.32‰. A generalized portrait of an officer of the penitentiary system committed suicide in 2017 is a 31—35 year old man who is serving in security or security units with a length of service of 1 to 5 years, with an average professional or a higher education, married, having children, positively characterized in the service, without penalties, non-conflict, organized, disciplined, not registered with a psychologist, not acting on his own initiative for help to a psychologist who has family problems, which he does not report was 0.32‰. A generalized portrait of the officer of the penitentiary system, who perished in 2017, was established. He is a 35-year-old man who is classified as a junior commander, serving as a junior inspector of the department (regime, guard), with service for about 8 years, who perished in August-September. It is concluded that it is possible to reduce the number of officers who died from external causes through measures of prevention proposed by the authors of this article.

**К e y w o r d s :** mortality; external causes; suicide; penitentiary system; officer.

**For citation:** Khabriev R. U., Kulakova S. V., Pertli L. F., Spasennikov B. A. The mortality from external causes in individuals of risk group. *Problemy socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2019;27(1):4—8 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2019-27-1-4-8>

**For correspondence:** Spasennikov B. A., doctor of medical sciences, doctor of legal sciences, the chief researcher of the Federal Official Institution “The Research Institute of the Federal Penitentiary Service of Russia. e-mail: [borisspasennikov@yandex.ru](mailto:borisspasennikov@yandex.ru)

**Conflict of interests.** The authors declare absence of conflict of interests.

**Acknowledgment.** The study had no sponsor support

Здоровье и общество

Согласно данным Всемирной организации здравоохранения, смертность населения от внешних причин занимает одно из первых мест, уступая лишь онкологическим и сердечно-сосудистым заболеваниям. Особую значимость данным причинам придает то обстоятельство, что речь идет о единственном классе смертей, обусловленных предотвратимыми причинами.

Самоубийства, производственный травматизм, транспортные происшествия, алкогольные, токсические и иные отравления, гибель в результате чрезвычайных ситуаций и другие причины внешних воздействий во всем мире ежегодно обрывают свыше 5 млн человеческих жизней [1—3].

Смертность от внешних причин рассматривается как результат одного из последствий *социально-психологической дезадаптации личности* и переживаемых конфликтов. С учетом высокой стрессогенности служебной деятельности сотрудники уголовно-исполнительной системы (УИС) находятся в группе повышенного риска, что создает объективную потребность в углубленном изучении и анализе этого явления [4—7].

### Материалы и методы

Исследование причин и основных обстоятельств смертности сотрудников УИС в 2017 г. проводилось совместно ФКУ НИИ Федеральной службы исполнения наказаний и ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья им. Н. А. Семашко». Материалом служили ведомственная статистика, сведения из информационной карточки по форме Сцд (суицид сотрудника), карточки по форме Гс-ПС (гибель сотрудника), заключения на основании результатов служебных проверок по фактам суицида и гибели сотрудников; информация о чрезвычайных происшествиях, поступивших в дежурную службу Федеральной службы исполнения наказаний (ФСИН) с 1 января по 31 декабря 2017 г. В процессе составления материала были проанализированы числовые, интервальные, номинальные и ранговые данные сотрудников, погибших от внешних причин. Результатами работы стали:

- обобщенная характеристика сотрудника УИС, совершившего суицид, обобщенная характеристика сотрудника УИС, погибшего от внешних причин;
- выделение типичных ошибок в профилактике самоубийств и гибели сотрудника;
- мероприятия, реализация которых позволит сократить ежегодные потери сотрудников.

Подобное исследование проведено впервые в отечественной пенитенциарной системе. Открытых данных за предшествующий период нет, что ограничивает возможность прослеживания динамики показателей. Данных по иным правоохранительным органам для сравнительного анализа в открытых источниках также нет, что подчеркивает новизну и уникальность проведенного исследования.

### Результаты исследования

В 2017 г. число умерших от внешних причин сотрудников УИС составило 88 человек, из них 24 совершили суицид, 64 погибли. Уровень суицидов сотрудников составил 0,12‰, уровень гибели сотрудников от внешних причин — 0,32‰.

Анализ суицидов сотрудников за 2008—2017 гг. показал, что количество самоубийств среди сотрудников УИС составило в 2008 г. 45 человек, в 2009 г. — 35, в 2010 г. — 43, в 2011 г. — 31, в 2012 г. — 45, в 2013 г. — 23, в 2014 г. — 23, в 2015 г. — 25, в 2016 г. — 23, в 2017 г. — 24 человека.

В 2012 г. была проведена переаттестация сотрудников УИС с участием медицинской (врач-психиатр) и психологической служб, что сопровождалось увольнением сотрудников, имеющих недостаточную психологическую годность к службе. Это позволило существенно снизить количество суицидов с 2013 г. Однако проблема профилактики суицидального поведения сотрудников УИС остается актуальной.

Из 24 суицидентов, по данным отчета ПС-1 за второе полугодие 2017 г., состояло на учете у психологов ФСИН России 10 (45,4%). Ни один из суицидентов не состоял на учете у врача-психиатра.

В большинстве случаев самоубийства сотрудников были обусловлены рядом таких взаимодействующих факторов, как семейные проблемы (конфликтная ситуация, развод), что часто сочеталось с алкоголизацией ( $n=13$ ), материальные проблемы, финансовые задолженности и кредитные обязательства ( $n=3$ ), аффективные реакции, связанные с личностно значимыми событиями ( $n=9$ ).

Значительная часть суицидентов положительно характеризовались на службе, не обращались за психологической или психотерапевтической помощью по поводу проблем, которые стали причиной совершения суицида, имели внешне благополучные бытовые условия. Наличие семьи и детей не послужило значимым антисуицидальным фактором. Состояли в браке 18, имели детей 12 суицидентов.

Анализ материалов позволил выявить социально-демографические характеристики сотрудников, совершивших суицид, имеющие значение для организации последующей профилактической работы.

Из 24 суицидов 23 совершены мужчинами, 1 — женщиной.

Возрастной диапазон суицидентов 2017 г. был следующим: 31—35 лет — 8; 21—30 лет — 7; 36—40 лет — 7; до 20 лет — 1; 41—59 лет — 1. В 2016 г. максимальным было число лиц также в возрасте 31—35 лет.

По месту службы это были сотрудники исправительных колоний (45%), следственных изоляторов (21%), аппаратов управления (8%), воспитательных колоний (4%), лечебно-исправительных учреждений (4%), уголовно-исполнительной инспекции (4%).

По подразделению в системе, сравнительно с аналогичным периодом предшествующего года, увеличилось число суицидов сотрудников отдела охраны (33,3%), отдела безопасности (20,8%). В 2016 г. среди

суицидентов также преобладали сотрудники исправительных колоний и следственных изоляторов (отделы охраны и безопасности).

По сравнению с аналогичным периодом прошлого года резко (от 3 в 2016 г. до 8 человек в 2017 г.) увеличилось количество суицидов сотрудников, имеющих стаж службы в УИС 1—5 лет; 7 суицидентов прослужили 6—10 лет; 6 человек — 11—15 лет; 2 сотрудника имели стаж 16—20 лет; 1 сотрудник совершил суицид, не прослужив и одного года.

Прослужили в должности 1—5 лет 15 суицидентов; до 1 года — 5; 6—10 лет — 2. Один сотрудник прослужил в должности 16 лет. Таким образом, средний срок службы суицидента в 2017 г. составил 3,5 года (в 2016 г. результаты были аналогичными), т. е. большинство суицидов произошли после завершения процесса адаптации в новой должности.

Наибольшее количество суицидов ( $n=5$ ) произошло в марте (в 2016 г. этот показатель составил 4 случая и пришелся на май). По 4 суицида произошло в январе и мае, 3 суицида в феврале, по 2 в апреле и октябре, по 1 суициду в сентябре, ноябре и декабре. В июне и августе 2017 г. суицидов не было.

Преимущественным способом совершения было повешение ( $n=17$ ); в 2016 г. 15 суицидов осуществились аналогичным способом, данные за 2016 г., к сожалению, частично закрыты. На огнестрельное ранение пришлось 6 случаев, 5 из них — из личного оружия.

Основное место совершения суицида — место жительства ( $n=16$ ); на втором месте — служба ( $n=3$ ). По сравнению с 2016 г. увеличилось количество суицидов, совершенных на службе (от 2 до 3).

В 2017 г. произошло 64 (0,35%) случая гибели сотрудников УИС.

Анализ информации о чрезвычайных происшествиях, поступивших в дежурную службу ФСИН России, предоставленных информационных карточек по форме Гс-ПС, материалов служебных проверок позволил выявить следующие социально-демографические характеристики погибших сотрудников, имеющие значение для организации последующей профилактической работы.

Соотношение мужчин и женщин существенно не отличалось от 2016 г.: мужчин было 59, женщин — 5.

Средний возраст погибшего сотрудника составил 35 лет: средний возраст мужчин был равен 35 годам, женщин — 38. В 2016 и 2017 гг. погибали сотрудники преимущественно в возрасте 35—39 лет.

По занимаемой должности структура была следующей: младший инспектор отдела безопасности, режима, охраны ( $n=34$ ), оперуполномоченный ( $n=2$ ), начальник отдела (охраны, воспитательного) ( $n=5$ ), инструктор-кинолог ( $n=5$ ). В 2016 г. также преобладали лица из числа младших инспекторов отделов режима и охраны. Средний стаж службы погибших составил 8 лет.

Краткое описание наступления смерти (дата, место, обстоятельства):

- дорожно-транспортные происшествия (ДТП) — 36 (54,8%) случаев;

- огнестрельное ранение — 3 (4,65%);
- множественные колото-резаные ранения — 4 (6,25%);
- отравление угарным газом — 5 (7,8%);
- утопление — 7 (10,95%);
- удар током — 1 (1,55%);
- при невыясненных обстоятельствах (найлены без внешних повреждений) — 4 (6,25%);
- январь — 3 (4,65%), февраль — 5 (7,8%), март — 5 (7,8%), апрель — 5 (7,8%), май — 4 (6,25%), июнь — 2 (3,13%), июль — 6 (9,4%), август — 12 (18,82%), сентябрь — 8 (12,5%), октябрь — 5 (7,8%), ноябрь — 3 (4,65%), декабрь — 6 (9,4%);
- утро — 15 (23,37%), день — 17 (26,63%), ночь — 22 (34,4%), вечер — 10 (15,6%).

### Обсуждение

На основании анализа представленных информационных данных можно составить обобщенные портреты сотрудников УИС, совершивших суицид и погибших от внешних причин в 2017 г.

Суицидент — мужчина 31—35 лет, проходящий службу в подразделениях охраны или безопасности, имеющий стаж службы в должности от 1 года до 5 лет, имеющий среднее профессиональное или высшее образование, состоящий в браке, имеющий детей, положительно характеризующийся по службе, не имеющий взысканий, неконфликтный, организованный, дисциплинированный, не состоящий на учете у психиатра или психолога, не обращающийся по своей инициативе за помощью к психиатру или психологу, имеющий семейные проблемы, о которых он не сообщает.

Как следует из обобщенного портрета, суицидент — это сотрудник, не привлекающий внимания какими-либо внешне выраженными проблемами, а потому не оказавшийся под контролем руководства, кадровой, воспитательной, психологической, медицинской служб.

Необходимо обратить внимание на осуществление индивидуальной психотерапевтической работы с сотрудниками и адресного подхода к их психотерапевтическому сопровождению, в том числе в форме посещения в рамках индивидуально-воспитательной работы на дому с целью ознакомления с условиями проживания и взаимоотношениями в семье [8—11].

Обобщенный портрет сотрудника УИС, погибшего в 2017 г., выглядит следующим образом: это мужчина 35 лет, относящийся к категории младшего начальствующего состава, служащий в должности младшего инспектора отдела (режима, охраны), со стажем службы около 8 лет, погибший в августе-сентябре в ДТП.

Смертность от внешних причин среди сотрудников УИС — один из показателей общей обстановки в территориальном органе и учреждении, результат недостатков в медицинском, психологическом, кадровом сопровождении и невнимательного отношения к нуждам личного состава со стороны руководи-

## Здоровье и общество

телей и сотрудников разных звеньев. Вместе с тем подобные ситуации выявляют недостатки в работе медицинской и психологической служб с сотрудниками УИС.

### Выводы

На наш взгляд, эффективность профилактики смертности от внешних причин среди сотрудников УИС могут повысить:

1. Мероприятия организационно-управленческого характера: декларация и практическое воплощение ценности жизни и здоровья сотрудников УИС, признание важности укрепления их психического благополучия и разработка перечня ежегодных мероприятий в этом направлении кадровой работы, усиление медицинской, психологической и кадровой профилактической работы в территориальных органах и конкретных учреждениях УИС, где в течение последних 3 лет произошли суициды и гибель сотрудников, организация санитарно-просветительных мероприятий, нацеленных на повышение суицидологической компетентности всех сотрудников конкретного учреждения УИС, включая руководство учреждения, в частности проведение специальных ежегодных занятий «Суицидальное (девиантное) поведение и его профилактика», повышение уровня психологической компетенции сотрудников всех отделов и служб путем проведения систематических занятий по психопрофилактике суицидального поведения в рамках служебной подготовки, внедрение форм и методов оптимизации взаимодействия между врачом-психиатром, психологом и начальниками отделов и служб в части, касающейся выявления признаков суицидального поведения, а также необходимости оказания психотерапевтической помощи отдельным сотрудникам, включение в план индивидуально-воспитательной работы с личным составом проведения индивидуальных бесед с владельцами транспортных средств по соблюдению ПДД, проведение систематических занятий с личным составом по способам оказания первой медицинской помощи.

2. Мероприятия организационно-методического характера на уровне деятельности врачей-психиатров и психологов УИС: регулярное повышение квалификации врачей-психиатров и психологов УИС по вопросам суицидального поведения, способам и методам его профилактики; своевременная психодиагностика сотрудников и оперативное реагирование на их запросы об оказании психотерапевтической, психологической помощи; выстраивание оптимальной стратегии психотерапевтического, психологического сопровождения сотрудников, поставленных на учет; в случае необходимости — направление сотрудника к профильному специалисту (например, к психотерапевту, занимающемуся зависимостями, и др.), обязательное документальное отражение передачи информации о признаках суицидального поведения и склонности в аддитивному поведению сотрудника руководителю подразделения, инструктирование сотрудников и руководства о признаках су-

ицидального поведения отдельных сотрудников, находящихся в трудной жизненной ситуации, для согласования действий, нацеленных на оказание им социальной поддержки, психотерапевтической и психологической помощи, обязательное проведение индивидуальных консультаций по результатам психодиагностики со смещением акцента с диагностических мероприятий на проведение индивидуальной психотерапевтической, психологической работы с сотрудниками; повышение прогностического и коррекционно-профилактического уровня диагностических мероприятий, в том числе за счет использования проективных методик психодиагностики; обоснованное назначение психофармакологических средств [12, 13].

3. Мероприятия социально-психологического характера: всемерная поддержка позитивного имиджа врача-психиатра, психолога УИС в целях увеличения числа сотрудников, обращающихся к ним за психотерапевтической и психологической помощью, оказывающихся в трудной жизненной ситуации; изучение социально-психологического климата в учреждениях УИС, принятие мер по разрешению различного рода конфликтов и оказание медиативной психологической помощи их участникам.

Реализация предложенных мероприятий позволит сократить ежегодные потери квалифицированных сотрудников, опытных и положительно характеризующихся по службе.

Исследование не имело спонсорской поддержки.  
Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Трунова И. Г., Елькин А. Б. Введение в ноксологию. Нижний Новгород: НГТУ им. П. Е. Алексеева; 2014.
2. Спасенников Б. А., Спасенникова М. Г. Нервно-психическая патология и преступное поведение. *Всероссийский криминологический журнал*. 2016;10(4):665—70.
3. Golembiewski R. T., Munzenrider R. P., Stevenson J. G. Stress in organizations. New York: Praeger Publishers; 1986.
4. Фадеева К. Ф., Кулакова С. В., Федорова Е. М., Мешкова Л. В., Чурилова И. А. Психологическая профилактика суицидального поведения сотрудников уголовно-исполнительной системы. М.: ФКУ НИИ ФСИН России; 2014.
5. Хабриев Р. У., Спасенников Б. А., Пертли Л. Ф., Копыткин С. А. Развитие гигиены и санитарии в пенитенциарной системе России (конец XVIII-начало XX века). *Гигиена и санитария*. 2017; 96(8):789—92.
6. Lambert E. G. Stressors and burnout among correctional staff. *Corrections Compendium*. 2009;34(2):16—23.
7. Спасенников Б. А. Медицинская служба уголовно-исполнительной системы России. Исторический аспект (часть 1). *Закон и право*. 2018;(1):29—32.
8. Цветкова Н. А., Колесникова Н. Е. Интервенция, поственция и превенция суицидальных состояний у взрослых. Псков: ПЮИ ФСИН России; 2011.
9. Roy S., Novak T., Miksaj-Todorovic L. Job burnout among prison staff in the United States and Croatia: A preliminary comparative study. *International J. of Criminal Justice*. 2010;5(1):189—202.
10. Амбрумова А. Г. Теоретико-методологические и организационные проблемы суицидологической превенции. В кн.: Проблемы профилактики и реабилитации в суицидологии. М.: НИИ психиатрии; 1984;1:8—26.
11. Сербо Е. А. Психологические детерминанты суицидальных намерений сотрудников уголовно-исполнительной системы. *Вестник Барнаульского юридического института МВД России*. 2017;1(32):98—100.
12. Спасенников Б. А., Спасенникова М. Г. Новая лекарственная форма феназепам. *Медицинская сестра*. 1991;(12):48—51.

13. Спасенников Б. А., Спасенникова М. Г. Новый отечественный транквилизатор — гидазепам. *Фельдшер и акушерка*. 1991;(9): 35—7.

Поступила 08.04.2018  
Принята в печать 20.09.2018.

## REFERENCES

1. Trunova I. G., Elkin A. B. Introduction to Noxology [Vvedenie v noxologiju]. Nizhny Novgorod: R. E. Alekseev NSTU; 2014 (in Russian).
2. Spasennikov B. A., Spasennikova M. G. Neuropsychiatric disorders and criminal behavior. *Russian journal of criminology — Vserossijskij kriminologicheskij zhurnal*. 2016;10(4):665—70 (in Russian).
3. Golembiewski R. T., Munzenrider R. P., Stevenson J. G. Stress in organizations. New York: Praeger Publishers; 1986.
4. Fadeeva K. F., Kulakova S. V., Fedorova E. M., Meshkova L. V., Churilova I. A. Psychological prophylaxis of suicidal behavior of employees of the penitentiary system [Psihologicheskaja profilaktika suicidal'nogo povedenija sotrudnikov ugolovno-ispolnitel'noj sistemy]. Moscow: Research Institute of the Federal Penitentiary Service of Russia; 2014 (in Russian).
5. Khubriev R. U., Spasennikov B. A., Pertli L. F., Kopytkin S. A. Development of hygiene and sanitation in the penitentiary system of Russia (late XVIII-early XX century). *Gigiena i sanitarija*. 2017;96(8): 789—92 (in Russian).
6. Lambert E. G. Stressors and burnout among correctional staff. *Corrections Compendium*. 2009;34(2):16—23.
7. Spasennikov B. A. Medical service of the penitentiary system of Russia. Historical aspect (Part 1). *Lex and Law. Zakon i parvo*. 2018;(1): 29—32 (in Russian).
8. Tsvetkova N. A., Kolesnikova N. E. Intervention, povstiya and prevention of suicidal conditions in adults [Intervencija, postvencija i prevencija suicidal'nyh sostojanij u vzroslyh]. Pskov: Institute of the Federal Penitentiary Service of Russia; 2011 (in Russian).
9. Roy S., Novak T., Miksaj-Todorovic L. Job burnout among prison staff in the United States and Croatia: A preliminary comparative study. *International J. of Criminal Justice*. 2010;5(1):189—202.
10. Ambromova A. G. Theoretical and methodological and organizational problems of suicide prevention. In: Problems of prevention and rehabilitation in suicidology [Problemy profilaktiki i rehabilitacii v suicidologii]. Moscow: Institute of Psychiatry; 1984;1: 8—26 (in Russian).
11. Serbo E. A. Psychological determinants of suicidal intentions of the staff of the penitentiary system. *Bulletin of the Barnaul Law Institute of the Ministry of Internal Affairs of Russia — Vestnik Barnaul'skogo juridicheskogo instituta MVD Rossii*. 2017;1(32):98—100 (in Russian).
12. Spasennikov B. A., Spasennikova M. G. A new drug form of fenazepam. *Nurse — Meditsinskaia sestra*. 1991;(12):48—51 (in Russian).
13. Spasennikov B. A., Spasennikova M. G. The new Soviet tranquilizer — gidazepam. *Feldsher and midwife — Fel'dsher i akusherka*. 1991;(9):35—7 (in Russian).



**Линденбратен А. Л.<sup>1</sup>, Алексеев И. Б.<sup>2,3</sup>, Аливердиева М. А.<sup>2</sup>**

## **ЭФФЕКТИВНОСТЬ УГЛУБЛЕННОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ГЛАУКОМЫ В РАМКАХ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ЛИЦ С ХРОНИЧЕСКИМИ НЕИНФЕКЦИОННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ**

<sup>1</sup>ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья им. Н. А. Семашко» Министерства науки и высшего образования России, 105064, г. Москва;

<sup>2</sup>ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, 123242, г. Москва;

<sup>3</sup>ФГАУ «МНТК «Микрохирургии глаза» им. акад. С. Н. Федорова» Минздрава России, 127486, г. Москва

*Самой быстрорастущей группой населения современной России являются люди в возрасте старше 60 лет, чем объясняется растущий интерес к скрининговым программам, позволяющим своевременно выявить хроническое заболевание, начать лечение и стабилизировать состояние пациента. Вместе с тем скрининговые программы требуют постоянного анализа и совершенствования, что и явилось основанием для проведения исследования.*

*Цель исследования — оценить медико-организационные аспекты второго этапа (углубленного обследования) диспансеризации на примере глаукомы.*

*Проведен ретроспективный анализ 392 амбулаторных карт пациентов с подозрением на глаукому. Разработана анкета для врачей-офтальмологов первичного звена, включающая 35 вопросов. Проведено анонимное анкетирование 62 врачей-офтальмологов первичного звена.*

*Основные данные анкетирования: наиболее значимая проблема диспансеризации, по мнению врачей, — недостаток времени на приеме, которую решают путем проведения только части необходимых исследований 21% врачей, 31% направляют всех пациентов в специализированные центры. Не выполняют все регламентированные манипуляции 87% респондентов. Во всех анкетах базовое оборудование отмечено как имеющееся.*

*Крайне низкое качество углубленного обследования на уровне первичного звена приводит к перераспределению нагрузки на специализированные центры и увеличению времени ожидания до установления диагноза и начала лечения заболевания. Необходимо обеспечить преемственность медицинской помощи во время второго этапа диспансеризации путем внедрения общей схемы амбулаторной карты пациента и обозначения конкретных методов исследования, что не только снизит нагрузку на специализированные центры и позволит рациональнее использовать ресурсы, но и значительно сократит время от подозрения до установления диагноза и начала лечения глаукомы.*

**К л ю ч е в ы е с л о в а :** диспансеризация; хронические неинфекционные заболевания; глаукома; неэффективные зоны диспансеризации.

**Для цитирования:** Линденбратен А. Л., Алексеев И. Б., Аливердиева М. А. Эффективность углубленного обследования глаукомы в рамках диспансеризации лиц с хроническими неинфекционными заболеваниями. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2019;27(1):9—13. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2019-27-1-9-13>

**Для корреспонденции:** Аливердиева Марина Ажифендиевна, аспирант кафедры офтальмологии ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, e-mail: [aliverdieva@mail.ru](mailto:aliverdieva@mail.ru)

**Lindenbraten A. L.<sup>1</sup>, Alekseev I. B.<sup>2,3</sup>, Aliverdieva M. A.<sup>2</sup>**

## **THE EFFICIENCY OF IN-DEPTH GLAUCOMA EXAMINATION WITHIN THE FRAMEWORK OF DISPENSARIZATION OF INDIVIDUALS WITH CHRONIC INFECTIOUS DISEASES**

<sup>1</sup>The Federal State Budget Scientific Institution “The N. A. Semashko National Research Institute of Public Health”, 105064, Moscow, Russia;

<sup>2</sup>The Federal State Budget Educational Institution of Additional Professional Education “The Russian Medical Academy of Continuous Professional Education” of Minzdrav of Russia, 125445, Moscow, Russia;

<sup>3</sup>The Federal State Self-Contained Institution “The academician S. N. Fedorov Interbranch Scientific and Technical Complex “Microsurgery of the Eye” of Minzdrav of Russia, 127486, Moscow, Russia

*In Russia, the population aged 60 years and older is the fastest increasing group. This is the reason of augmenting interest to screening programs permitting to timely detect chronic disease, to proceed with treatment and to stabilize condition of patient. At the same time, screening programs require permanent analysis and development that became a foundation for the actual study.*

*The purpose of the study is to evaluate the medical organizational aspects of the second stage (in-depth) of dispensarization exemplified by glaucoma.*

*The retrospective analysis of 392 out-patient records of patients on suspicion of glaucoma was carried out. The questionnaire for ophthalmologists, consisting of 35 questions, was developed. The anonymous questionnaire survey of 62 ophthalmologists was carried out. The analysis of results of survey established that the most significant problem of dispensarization was shortage of time on reception of patient. This problem was resolved through both partial implementation of all needed examinations (21%) and referring all patients to specialized medical centers. All scheduled manipulations are not implemented by 87% of respondents. All respondents mentioned basically needed equipment as available.*

*The extremely low quality of in-depth examination results in redistribution of load to the specialized medical centers and to increasing of waiting time period from establishment of diagnosis to beginning of treatment of disease. It is necessary to provide continuity of medical care during the second stage of dispensarization by the way of implementation of general scheme of out-patient record and notation of particular methods of examination. These measures will both decrease load on specialized medical centers and permit apply resources more efficiently and reduce time period from suspicion of disease to establishment of diagnosis and beginning of treatment of glaucoma.*

**К е у о р д с :** dispensarization; chronic infectious diseases; glaucoma.

**For citation:** Lindenbraten A. L., Alekseev I. B., Aliverdieva M. A. The efficiency of in-depth glaucoma examination within the framework of dispensarization of individuals with chronic infectious diseases. Problemy socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini. 2019;27(1):9—13 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2019-27-1-9-13>

**For correspondence:** Aliverdieva M. A., the post-graduate student of the chair of Ophthalmology of the Federal State Budget Educational Institution of Additional Professional Education "The Russian Medical Academy of Continuous Professional Education". e-mail: [aliverdieva@mail.ru](mailto:aliverdieva@mail.ru)

**Conflict of interests.** The authors declare absence of conflict of interests.

**Acknowledgment.** The study had no sponsor support

Received 19.04.2017  
Accepted 25.05.2017

Выявление заболеваний на ранних стадиях лежит в основе диспансеризации, вернее, является ее первой задачей, за которой следуют своевременное начало лечения и качественное динамическое наблюдение в дальнейшем. Только в этом случае диспансеризацию можно назвать эффективной с медицинской точки зрения [1]. Но важно понимать, что профилактические мероприятия должны быть эффективными не только с медицинской точки зрения, но и с экономической, чтобы в условиях ограниченных ресурсов в здравоохранении не только оправдывать средства, необходимые для их проведения, но и являться инвестициями, снижающими необходимость в более дорогостоящем лечении [2]. Соответствует ли действующая на данный момент модель диспансеризации этим требованиям? Чтобы ответить на этот вопрос, мы провели исследование, целью которого являлась оценка медико-организационных аспектов второго этапа (углубленного обследования) диспансеризации на примере глаукомы.

### Материалы и методы

В ходе исследования было проведено анонимное анкетирование 62 врачей-офтальмологов первичного звена, дополненное ретроспективным анализом 392 амбулаторных карт пациентов, обследованных в консультативно-диагностическом центре (КДЦ) ГБУЗ ГКБ им. С. П. Боткина (филиал №1) в 2013 г. Полученные в ходе анализа амбулаторных карт пациентов и данных анкетирования врачей-офтальмологов результаты позволили выявить интересные факты, часть из которых описана впервые. Материалы исследования, касающиеся первого этапа диспансеризации — скрининга, опубликованы ранее<sup>1</sup>, данная статья посвящена вопросам, имеющим отношение ко второму этапу диспансеризации — углубленному обследованию.

### Результаты исследования

В ходе анкетирования врачей-офтальмологов первичного звена респондентам предложено расположить в порядке значимости недостатки системы диспансеризации больных глаукомой от 1 до 8 (1-е место — самый значимый недостаток, 8-е — наименее значимый). На 1-е место практически все врачи поставили недостаток времени для полноценного обследования пациентов; на 2-е — формальность системы диспансеризации в государственных учреждениях; практически одинаковое число баллов набрали отсутствие необходимого оборудования для по-

становки диагноза (3-е место) и недостаток врачей-офтальмологов в амбулаторно-поликлинических учреждениях (4-е место). На 5-м месте оказалась недостаточная информированность населения о проведении диспансеризации; на 6-м — акцент на выявление глаукомы без должного обеспечения остальных этапов диспансеризации, на 7-м — отсутствие ответственности и заинтересованности в результатах диспансеризации врачей. Наименее значимым недостатком (8-е место) респонденты назвали отсутствие должного контроля эффективности диспансеризации и оценки этапных результатов.

На вопрос «Считаете ли Вы, что время, выделенное для осмотра пациентов с впервые выявленным повышенным внутриглазным давлением (подозрение на глаукому) на приеме, является достаточным?» 57 из 62 врачей ответили «Нет». Среднее время, которое врачи реально могут выделить на приеме, составило 14 мин (от 7 до 20 мин). Для полноценного обследования пациента с подозрением на глаукому 14 врачам необходимо 30 мин, 38 врачам — 45 мин, 10 врачам — 1 ч.

На вопрос «Как Вы решаете проблему нехватки времени для полноценного осмотра?» 13 (21%) врачей выбрали утверждение, что проводят только те обследования, на которые хватает времени. Направляют всех пациентов с подозрением на глаукому в КДЦ 19 (31%) врачей. Проводят обследование в несколько посещений (приемов) 30 (48%) врачей. В среднем 15 врачам необходимо для обследования пациента 2 приема, 35 врачам — 3 приема, 12 врачам — больше 3 приемов; ни один врач не указал 1 прием.

Врачи также должны были отметить те методы, которые реально проводят при обследовании пациентов с подозрением на глаукому. В результате анализа ответов установлено, что 54 врача (87%) не выполняют все регламентированные манипуляции, включенные в стандартный протокол обследования.

Мы также просили отметить оборудование, которое имеется у них на рабочем месте и которое им хотелось бы иметь. Во всех анкетах было отмечено наличие базового оборудования, необходимого для полноценного обследования пациентов с подозрением на глаукому. Из недостающего отмечали компьютерный периметр (при имеющемся ручном периметре Ферстера) и высокотехнологичное оборудование (HRT, OCT). При этом считают, что оборудования, которое имеется в медицинской организации, достаточно для полноценного обследования пациента с подозрением на глаукому на уровне амбулаторно-поликлинического звена, 36 (58%) врачей, недостаточным его считают 26 (42%) врачей.

<sup>1</sup> Журнал «Проблемы социальной гигиены, организации здравоохранения и истории медицины». 2017;25(4):211—4.

Здоровье и общество

На вопрос «Укажите приблизительный процент подтверждения диагноза глаукома в КДЦ» 37 (60%) врачей-респондентов указали в среднем 75—100%, 20 (32%) врачей назвали 50—75%, 5 (8%) выбрали ответ 25—50%.

В то же время в результате ретроспективного анализа 392 карт пациентов выявлено, что диагноз «впервые выявленная первичная открытоугольная глаукома» подтвердился в 39% случаев, не подтвердился — в 61%.

### Обсуждение

Этап углубленного обследования подразумевает обследование врачом-офтальмологом пациентов с выявленным во время первого этапа диспансеризации внутриглазным давлением выше 21 мм рт. ст. На уровне первичного звена углубленное обследование при подозрении на глаукому включает следующие диагностические методы исследований: суточную тонометрию (измерения внутриглазного давления в различное время суток), биомикроскопию (осмотр переднего отрезка глаза), гониоскопию (осмотр угла передней камеры глаза), офтальмоскопию (осмотр заднего отрезка глаза) и периметрию (исследование поля зрения). Для диагностики глаукомы на развитых стадиях этих исследований чаще всего достаточно, так как уже имеются манифестные клинические признаки глаукомного процесса. Для уточнения диагноза на ранней стадии глаукомы может возникнуть необходимость в расширенном комплексе диагностических методик, в том числе в цифровых методах исследования диска зрительного нерва, что осуществимо лишь в условиях высокоспециализированных офтальмологических центров [3]. Таким образом, все пациенты проходят базовое обследование на уровне первичного звена и при возникновении сомнений в диагнозе только часть пациентов направляются в специализированные центры для дообследования. Результаты проведенного анкетирования врачей-офтальмологов первичного звена и соотношение полученных данных с данными ретроспективного анализа амбулаторных карт позволили нам выявить интересные факты. Обратим внимание, что, по нашим данным, на уровне КДЦ ГБУЗ ГКБ им. С. П. Боткина (филиал № 1) диагноз глаукома подтвердился в 39% случаев обращения с подозрением на глаукому. Учитывая высокий процент ложноположительных и ложноотрицательных ошибок скринингового метода [4], подобные данные выглядели бы вполне логично на уровне первичного звена, но при оценке данных на базе специализированного центра возникает вопрос — почему диагноз подтвердился лишь в 39% случаев. Это не все пациенты с впервые выявленным во время скрининга повышенным внутриглазным давлением, а лишь осмотренные врачом-офтальмологом первичного звена и направленные в специализированный центр с целью уточнения диагноза. Напомним, что 60% врачей-респондентов отметили в анкете, что у пациентов, направленных ими в специализированный центр с подозрением на глаукому, диагноз в среднем под-

тверждается в 75—100% случаев, а ответ 25—50%, что соответствует полученным нами данным по ретроспективному анализу карт, выбрали только 5 (8%) врачей-респондентов. Второй вопрос, который возникает по данным амбулаторных карт: возможны ли сомнения по поводу диагноза у врача-офтальмолога первичного звена в случае далеко зашедшей и терминальной стадии глаукомы при полноценном базовом осмотре? Оба вопроса сводятся к одному — качеству осмотра на уровне первичного звена.

В нашем представлении, идеальная модель второго этапа диспансеризации возможна при наличии технического оснащения, компетенции врача, соответствующей поставленным задачам, и мотивации к качественной работе. Анализ имеющегося в распоряжении врача оборудования, по данным анкетирования, показал, что необходимое базовое оборудование на уровне первичного звена имеется. Следовательно, отсутствие или недостаток технического оснащения на уровне первичного звена не является причиной низкого качества обследования. Что в таком случае является основной причиной низкого качества обследования на уровне первичного звена: несоответствие компетенции врачей или отсутствие мотивации качественно работать? В рамках данной исследовательской работы мы не оценивали компетенцию врачей-респондентов, но нам хотелось бы обратить внимание на второй вариант ответа — мотивацию врачей первичного звена к качественной работе.

Большинство (61%) врачей считают неэффективной современную модель диспансеризации, отмечая ее формальность в государственных учреждениях как один из наиболее значимых недостатков (2-е место). Об этом также косвенно говорит то, что врачи (68%) продолжают чаще выявлять глаукому при самостоятельном обращении пациентов, а не в ходе диспансеризации. Основным же недостатком диспансеризации практически все респонденты назвали нехватку времени для полноценного обследования пациентов с подозрением на глаукому. Рассмотрим развернуто данный аспект, учитывая его значимость для врачей-офтальмологов первичного звена. По данным анкетирования, врачи-офтальмологи могут

Технологическая карта диспансерного осмотра больного с глаукомой, рекомендуемая Российским глаукомным обществом

Процедура	Специалист, время
Визометрия	Медсестра 9-го разряда — 2 мин
Простая оптическая коррекция	Медсестра 7-го разряда — 2 мин Врач 11-го разряда — 3 мин
Биомикроскопия	Врач 11-го разряда — 2 мин
Периметрия простая	Медсестра 7-го разряда — 8 мин Врач 11-го разряда — 2 мин
Тонометрия (по Маклакову)	Медсестра 7-го разряда — 8 мин Врач 11-го разряда — 2 мин
Прямая офтальмоскопия*	Врач 11-го разряда — 2 мин
Обратная офтальмоскопия	Врач 11-го разряда — 3 мин
Гониоскопия*	Врач 11-го разряда — 6 мин
Запись в амбулаторной карте	Врач 11-го разряда — 5 мин
Беседа с пациентом	Врач 11-го разряда — 5 мин

Примечание. \*Медицинские услуги не входят в минимальный ежеквартальный осмотр.

выделить на первичное обследование пациента с подозрением на глаукому в среднем 14 мин (от 7 до 20 мин), а считают необходимым 45 мин. Если мы обратимся к технологической карте диспансерного осмотра больного глаукомой, рекомендуемой Российским глаукомным обществом (см. таблицу) [3], то указанное время для полноценного обследования вполне обосновано и становится очевидным, почему его нехватка является значимым недостатком современной модели системы диспансеризации, по мнению врачей-респондентов.

Одним из важнейших аспектов данного исследования был дальнейший анализ решения врачами-офтальмологами первичного звена проблемы нехватки времени для полноценного осмотра. Напомним, что 21% врачей проводят только те обследования, на которые хватает времени, 31% направляют в КДЦ всех пациентов с подозрением на глаукому, 48% проводят обследование в несколько приемов. Логичным решением проблемы кажется последний вариант ответа, так как при отсутствии оборудования полноценное обследование в принципе невозможно, а при нехватке времени на первичном приеме ведь нет и ограничений по количеству повторных приемов. Это и происходит, по нашим данным: в среднем 24% врачей необходимо 2 приема для обследования пациента, 57% — 3 приема, 19% — больше 3 приемов; ни один врач не указал 1 прием. Вместе с тем врачи также должны были отметить те методы исследования, которые реально проводят при обследовании пациентов с подозрением на глаукому. В результате анализа ответов установлено, что 87% врачей не выполняют все регламентированные манипуляции, включенные в стандартный протокол обследования. Полученные данные свидетельствуют о крайне низком качестве осмотра пациентов на уровне первичного звена, в связи с чем становятся понятными низкий процент подтверждения диагноза и случаи уточнения диагноза на III и IV стадиях глаукомы в специализированном центре. Но только ли недостаток времени является причиной низкого качества обследования на уровне первичного звена и причиной нерационального перераспределения нагрузки на специализированные центры?

Даже если все методы исследования были теоретически проведены качественно на уровне первичного звена, при направлении в специализированный центр они проводятся повторно, так как бланк направления содержит информацию лишь о диагнозе пациента. Из-за отсутствия преемственности в информации между различными учреждениями одна и та же работа проводится (причем в среднем за три приема на каждом уровне) и оплачивается дважды. Этот аспект усугубляется последними реформами в системе здравоохранения, в результате которых нагрузка на врачей первичного звена увеличилась в разы. Соответственно, при значительной нагрузке и понимании, что все методы исследования будут повторно проведены на уровне специализированного центра, о какой мотивации качественно обследовать пациента можно говорить на уровне первичного зве-

на? В итоге государство теряет деньги, пациент — время, а при глаукоме время дорого, так как страдает зрительный нерв, что в конечном счете приводит к слепоте. Сколько же фактически в среднем занимает время от момента выявления повышенного внутриглазного давления во время скрининга до установления диагноза? ГБУЗ ГКБ им. С. П. Боткина (филиал № 1) — это крупнейшая специализированная офтальмологическая клиника, в составе которой имеется КДЦ, целью которого является обследование сложных пациентов. КДЦ рассчитан на 500 посещений в день, при этом очередь на запись составляет до 3 мес. Следовательно, в среднем пациент теряет до полугода от момента выявления высокого внутриглазного давления во время скрининга до установления диагноза и, соответственно, начала лечения, что критично для пациента с далеко зашедшей или терминальной стадией глаукомы.

Если мы рассмотрим для сравнения алгоритм действий при подозрении на глаукому в системе добровольного медицинского страхования (ДМС), то врач-офтальмолог проводит все исследования, имеющиеся у него в распоряжении, а в случае необходимости проведения дополнительных направляет пациента на конкретные исследования через согласование со страховой компанией, но не на повторное полное обследование. Таким образом, врач в системе ДМС аккредитует всю необходимую информацию и на ее основании самостоятельно решает вопрос о наличии глаукомы, а не «перекладывает» нагрузку и ответственность на специализированные центры, как в системе обязательного медицинского страхования (ОМС), что не только решает проблему рационального распределения нагрузки, но и значительно сокращает время ожидания пациента. Как одно из возможных решений данная модель может быть применена и в системе ОМС, однако необходимо обеспечить взаимодействие учреждений на различных уровнях. На данном этапе, когда еще рано говорить об общей информатизации, возможно внедрение общей схемы амбулаторной карты пациента для передачи информации в специализированный центр и обозначение конкретных методов исследования, недостающих для установления диагноза. При соответствии компетенции врача первичного звена данный механизм позволит значительно снизить нагрузку на специализированные центры и сократит время ожидания пациента.

### Заключение

Поставить диагноз глаукома, используя все существующие ныне диагностические методики, алгоритмы и стандарты, порой является непростой задачей даже для опытных офтальмологов. В таких случаях необходимо дообследование на уровне специализированного центра. Вместе с тем крайне низкое качество углубленного обследования на уровне первичного звена приводит к перераспределению нагрузки на специализированные центры и длительному ожиданию от подозрения на глаукому до установления диагноза и начала лечения заболевания. По резуль-

Здоровье и общество

татам проведенного исследования данный аспект можно связать с организационными аспектами: врачи первичного звена могут выделить на прием больного лишь от 7 до 20 мин, что объективно недостаточно для полноценного осмотра при подозрении на глаукому, хотя немаловажным является и отсутствие мотивации у врачей качественно обследовать пациентов на уровне первичного звена, учитывая, что нет четкого распределения обязанностей между различными уровнями и происходит полное дублирование работы. Первичное звено должно выполнять возложенные на него функции, как и специализированные центры — свои функции. Однако для этого необходимо обеспечить преемственность медицинской помощи во время второго этапа диспансеризации путем внедрения общей схемы амбулаторной карты пациента и обозначения конкретных методов исследования, что не только снизит нагрузку на специализированные центры и позволит рациональнее использовать ресурсы, но и значительно сократит время от подозрения до установления диагноза и начала лечения глаукомы.

Исследование не имело спонсорской поддержки.  
Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бойцов С. А., Ипатов П. В., Калинина А. М. Организация проведения диспансеризации определенных групп взрослого насе-

ления. Методические рекомендации по практической реализации приказа Минздрава России от 3 февраля 2015 г. № 36ан «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения». М.; 2015. Интернет ресурс: <http://www.gnicpm.ru>

2. Гуревич К. Г., Косик Н. В., Никонов Е. Л. Основные проблемы при проведении дополнительной диспансеризации взрослого населения. *Доказательная медицина и клиническая эпидемиология*. 2009;(1):25—33.
3. Егоров Е. А., Астахов Ю. С., Еричев В. П. Национальное руководство по глаукоме: руководство для практикующих врачей; Российское глаукомное общество. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2015.
4. Moyer V., LeFevre M. L., Siu A. L., Screening for glaucoma: U. S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Ann. Intern. Med.* 2013;159(7):484—9.

Поступила 19.04.2017  
Принята в печать 25.05.2017

REFERENCES

1. Boytsov S. A., Ipatov P. V., Kalinina A. M. Organization of clinical examinations of certain adult population groups. Methodical recommendations for the practical implementation of the Order of the Ministry of Health of Russia [*Organizatsiya provedeniya disprnserizatsii grupp vzroslogo naseleniya*]. Moscow; 2015 (in Russian).
2. Gurevich K. G., Kosik N. V., Nikonov E. L. The main problems in conducting additional clinical examination of the adult population. *Proof. Medicine and wedge. epidemiology — Dokazatel'naya meditsina i klinicheskaya epidemiologiya* 2009;(1):25—33 (in Russian).
3. Egorov E. A., Astakhov Yu. S., Eriчев V. P. National guidelines for glaucoma: for practicing doctors [*Natsionalnoe rukovodstvo po glaukome: rukovodstvo dlya praktikuyushih vrachei*]. Moscow: GEOTAR-Media; 2015 (in Russian).
4. Moyer V., LeFevre M. L., Siu A. L., Screening for glaucoma: U. S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Ann. Intern. Med.* 2013;159(7):484—9.

© Лещенко Я. А., 2019  
УДК**Лещенко Я. А.****К ВОПРОСУ ОБ ЭВОЛЮЦИИ ПОНЯТИЯ «ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ»**ФГБНУ «Восточно-Сибирский институт медико-экологических исследований», 665827, г. Ангарск;  
ФГБОУ ВО «Ангарский государственный технический университет», 665835, г. Ангарск.

*В статье обоснована необходимость включения в традиционное понятие «общественное здоровье» дополнительного системного признака, каким является психологическое (духовное) здоровье. Раскрывается сущность психологического здоровья, определяемая совокупностью ценностей, установок и мотивов поведения людей в обществе — всего того, что характеризует человеческую личность. Показано, что в наибольшей степени нарушения психологического здоровья происходят под воздействием негативных изменений социокультурной среды (аномия, десоциализация, расшатывание культурного ядра общества), ведущих к формированию аномальных типов личности. Увеличение распространенности таких типов в популяции следует расценивать как нарушение психологического здоровья и снижение жизнеспособности общества.*

**К л ю ч е в ы е с л о в а :** общественное здоровье; понятие психологического здоровья; социокультурная среда; формирование аномальных типов личности; жизнеспособность общества.

**Для цитирования:** Лещенко Я. А. К вопросу об эволюции понятия «общественное здоровье». Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2019;27(1):14–17. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2019-27-1-14-17>

**Для корреспонденции:** Лещенко Ярослав Александрович; д-р мед. наук, профессор кафедры экологии и безопасности деятельности человека Ангарского государственного технического университета, e-mail: [yaleshenko@gmail.com](mailto:yaleshenko@gmail.com)

**Leschenko Ya. A.****ON THE ISSUE OF EVOLUTION OF THE CONCEPT OF “PUBLIC HEALTH”**The Federal State Budget Scientific Institution “The Eastern Siberian Institute of Medical Ecological Studies”, 665827, Angarsk, Russia;  
The Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The Angarsk State Technical University”, 665835, Angarsk, Russia

*The article substantiates necessity of including into common concept of “public health” such an additional systemic attribute as psychological (spiritual) health. The essence of psychological health is revealed as a totality of values, attitudes and motives of human behavior in society — kind of all characterizing human personality. It is demonstrated that in the most degree disorders of psychological health occur under effect of negative alterations of social cultural environment (anomia, desocialization, undermining cultural core of society) resulting in development of abnormal types of personality. The increasing of prevalence of these types in population is to be considered as disorder of psychological health and decreasing of vitality of society.*

**К е у в о р д с :** public health; concept; psychological health; social cultural environment; development of abnormal types of personality; vitality of society.

**For citation:** Leschenko Ya. A. On the issue of evolution of the concept of “public health”. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2019;27(1):14-17 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2019-27-1-14-17>

**For correspondence:** Leschenko Ya. A., doctor of medical sciences, professor of the Chair of Ecology and safety of human activities of the Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The Angarsk State Technical University”. e-mail: [yaleshenko@gmail.com](mailto:yaleshenko@gmail.com)

**Conflict of interests.** The authors declare absence of conflict of interests.

**Acknowledgment.** The study had no sponsor support

Received 13.04.2016  
Accepted 26.04.2018

Эволюция понятия «общественное здоровье» концептуально вписывается в логику общенаучного процесса формирования понятий и понятийного аппарата. М. Н. Руткевич полагает, что с позиций диалектической логики понятия должны быть подвижными, меняющимися по своему содержанию, поскольку отображают изменяющуюся реальность, практическую деятельность по ее изменению [1]. Поэтому диалектика взаимосвязанности явлений крайне важна для оперирования понятиями. Системный подход означает, что каждое понятие, определяемое по связям с другими понятиями, может найти более или менее полное определение только через систему понятий. Это положение особенно важно для научных теорий (дисциплин), которые, помимо понятий общенаучных (например, математических), разрабо-

тали специальную систему понятий в своей области знания.

По сути общественное здоровье — одно из атрибутивных свойств общества, а в причинно-следственном аспекте — и важнейшая функция, и результат общественного развития. Общество со всеми своими атрибутивными признаками — это объект междисциплинарного исследования таких наук, как социальная философия, социология, демография, социальная гигиена, культурология, экономика, политология, история, социальная психология. Поэтому познание фундаментальных закономерностей формирования общественного здоровья может быть успешным лишь при учете достижений вышеречисленных наук и с позиций междисциплинарного подхода.

## Здоровье и общество

Во второй половине XX в. получила развитие теория сложных и сверхсложных систем. С позиций данной теории общество следует рассматривать как сверхсложную систему, исследование которой требует применения специальной методологии и соответствующего инструментария. Изучение общественного здоровья и здравоохранения, по мнению В. А. Медика и А. М. Осипова [2], сегодня не может обойтись без глубокого анализа взаимосвязи здравоохранения с другими подсистемами общества. В этом случае необходимы и совместные социально-научные концепции, и единый категориальный аппарат, и универсальные методы исследования.

Определение здоровья, приведенное в Уставе Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ): «Здоровье — это состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов». По сути оно сформулировано как системное понятие, поскольку в нем обозначены три атрибутивных системообразующих признака (аспекта): физический, душевный (психический или духовный), социальный. Именно поэтому, несмотря на критику данного определения с разных сторон, оно сохраняет свою значимость и применимость. Все же определение ВОЗ носит слишком общий, в некотором роде философский характер, что позволяет подвергать его критике и трактовать в каждой области знаний на свой лад. В этом определении социальный аспект здоровья выделен в виде отдельного системообразующего признака, учитывающего ведущую роль социальных факторов в формировании здоровья населения. Говорить о едином или близком по смыслу междисциплинарном понимании душевного и духовного аспектов здоровья весьма затруднительно.

Каким же образом вышеуказанные атрибутивные элементы общественного здоровья рассматриваются и трактуются в разных научных областях?

С позиций медицинских наук (профилактической медицины) общественное здоровье рассматривается как самостоятельная медицинская дисциплина (Общественное здоровье и здравоохранение), которая изучает воздействие социальных условий и факторов внешней среды на здоровье населения с целью разработки комплекса лечебно-профилактических мероприятий [3]. В рамках указанной дисциплины принято использовать следующие группы показателей (индикаторов): показатели медико-демографических процессов, показатели заболеваемости, показатели инвалидности, показатели физического развития. Все группы показателей тем или иным образом характеризуют вышеупомянутые атрибутивные признаки общественного здоровья. При этом недостаточно проработаны понятия душевного и духовного здоровья, которые нередко считаются синонимами. На наш взгляд, различие существует, и весьма принципиальное. В отечественной медицине в прошлом широко использовалось понятие «душевное здоровье», которое ассоциировалось с современным понятием «психическое здоровье» (наличие или отсутствие психической патологии), относящимся к

области клинической психиатрии. На это указывает и широко применявшийся одно время к пациентам психиатрических клиник термин «душевнобольной».

Однако в последние десятилетия специалисты в таких областях, как психология, социология, образование, социальная философия, культурология, все более настойчиво указывают на необходимость введения в сферу научных знаний, характеризующих здоровье и благополучие общества, понятий «духовное» («духовно-нравственное»), «психологическое» здоровье, которые во многих случаях также рассматриваются как синонимы.

Согласно современным воззрениям, психологическое здоровье формируют две составляющие — менталитет и духовность. Менталитет — это мировоззрение, в основе которого лежат ценностные ориентации. Духовность — ценностная ориентация, в основе которой лежит стремление человека к преодолению своей биологической природы и раскрытие человеческой природы в творчестве, религиозности и в бескорыстной помощи окружающим (альтруизм) [4].

Если обобщить наиболее удачные, на наш взгляд, формулировки, то *духовное (психологическое) здоровье можно определить как комплекс характеристик мотивационной и потребностно-информативной сферы жизнедеятельности, основу которого определяет система ценностей, установок и мотивов поведения индивида в обществе*. Психологическое здоровье характеризует личность человека и находится в непосредственной связи с проявлениями человеческого духа. Психологическое здоровье характеризует индивида как субъекта жизнедеятельности, распорядителя душевных сил и способностей [5].

По мнению О. В. Хухлаевой [6], сущностная разница между рассматриваемыми терминами выявляется, во-первых, при описании сфер деятельности и предметов исследования. Так, в психотерапии (психиатрии) это — психическое здоровье, в психологическом консультировании и коррекции — психологическое здоровье. Во-вторых, при рассмотрении объектов наблюдения (воздействия): в психотерапии работа ведется психиатрами с больными людьми, в психологическом консультировании и коррекции психологи работают со здоровыми индивидами, испытывающими трудности разрешения той или иной кризисной ситуации. Поэтому психологическое здоровье представляет собой динамическую совокупность психических свойств человека, обеспечивающих гармонию между потребностями индивида и общества, являющихся предпосылкой ориентации личности на выполнение своей жизненной задачи [6].

И. В. Дубровина отмечает, что психологическое здоровье позволяет личности стать самодостаточной, все больше ориентируясь в своем поведении не только на извне задаваемые нормы, но и на внутренние осознанные самоориентиры. Оно предполагает интерес человека к жизни, свободу мысли и инициативу, увлеченность какой-либо областью научной

или практической деятельности, активность и самостоятельность, ответственность и способность к риску, веру в себя и уважение других, разборчивость в средствах достижения цели [7].

Изложенные выше мнения некоторых авторов, а также опыт собственных исследований дают автору основание утверждать, что понятие общественного здоровья должно быть дополнено еще одним атрибутивным системообразующим признаком, каковым является психологическое (духовное) здоровье. Попытаемся обосновать правомерность и актуальность нашего подхода.

Радикальные изменения жизнеустройства российского общества, произошедшие в последние десятилетия XX в. и в начале XXI в., привели к системному кризису, который оказал неблагоприятное воздействие на качество жизни и состояние здоровья населения. При этом отмечался рост распространенности социально обусловленных и социально зависимых заболеваний и состояний — *социопатий*, отклонений в сексуальном поведении и суицидов [8—10].

Важное значение приобрели факторы окружающей среды и условий жизнедеятельности, связанные с характеристиками *психосоциальной и морально-психологической ситуации в обществе*: уровень психосоциального стресса, внедрение (навязывание) социокультурной парадигмы, противоречащей традиционным идеалам и ценностям общества [4, 9, 11, 12].

По нашей концепции, учитывающей точку зрения ряда авторов [11—13], действие социально-экономических трансформаций на общественное здоровье происходило опосредованно через погружение общества в *состояние психосоциального неблагополучия*, складывающегося из психосоциального стресса и нарушений психологического здоровья. При этом воздействию *психосоциального стресса* в наибольшей степени оказалось подвержено население трудоспособного возраста [9, 11].

Другим фактором стало *нарушение психологического здоровья*. Негативные изменения в психологическом здоровье произошли вследствие того, что институты социализации в постсоветский период вошли и все еще находятся в состоянии аномии, т. е. состоянии общества, которое характеризуется *дезорганизацией социальных норм и институтов*, неопределенностью и нестабильностью условий человеческого действия, расхождением между провозглашаемыми обществом целями и доступностью для массы людей законных средств их достижения. Аномия способствует *десоциализации личности*, потере или деформации жизненных ориентиров. Последующая социально-психологическая напряженность ведет к возрастанию таких иррациональных форм поведения, как *негативные аффективные психоэмоциональные проявления* (враждебность, агрессивность), *нарушения психологического здоровья и формирование аномальных* (в том числе асоциальных) *типов личности*. Десоциализация выражается в раз-

личных формах девиантного, саморазрушительного поведения (курение, алкоголизм, наркомания, ранние и/или беспорядочные половые связи) [8, 9, 14, 15].

Таким образом, важнейшими из детерминант жизнедеятельности российского общества стали факторы психосоциального неблагополучия, негативные факторы социокультурной среды (аномия, десоциализация, возрастание риска социальных девиаций), а главными индикаторами этих факторов — нарушения психологического здоровья, социальные болезни, некоторые социально-демографические индикаторы.

Вышесказанное наглядно подтверждается анализом таких специфических индикаторов психосоциального неблагополучия, как *показатели частоты завершенных суицидов (самоубийств) и показатели смертности от насильственных причин (убийств)*.

Каким образом в обществе формируется социокультурная среда, которая способна губительно влиять на психологическое (духовное) и соматическое здоровье населения? Изменения, происходившие в ходе социально-политического кризиса и распада СССР и в развитии постсоветской России, высветили фундаментальные факторы, закономерности, механизмы и противоречия, роль которых резко возросла на современном этапе. Например, пришло понимание высокой значимости культуры для развития обществ и цивилизаций, обеспечения жизнеспособности (а следовательно, и здоровья) общества.

По мнению С. Валянского, Д. Калюжного [16], культура — это комплекс приемов выживаемости, сложившийся за многие века, обусловленный существующими местным климатом, природными условиями, внешним окружением и другими параметрами. Если под влиянием навязываемой социальной модели, чуждой национальному менталитету и традициям, расшатывается культурное ядро общества, то последовательно деформируется и все прочее.

Одним из наиболее мощных и невяных механизмов поражающего воздействия на массовое сознание и психологическое здоровье является комплекс воздействий, расшатывающих традиционную культуру общества (культурно-цивилизационный код). При этом применяются методы и приемы деструктивного воздействия на массовое сознание, которые представляют собой разные формы концентрированной агрессии. Наиболее успешно изменяют массовое сознание механизмом воздействия на биологические инстинкты человека, например на инстинкт этологической изоляции видов: «полюби своего и возненавидь чужого». В ходе информационно-психологического воздействия с помощью технологий нейролингвистического программирования (главный упор делается на активации инстинктов и манипулировании ими) создается псевдоличность, которая подавляет подлинное «я» и поддается внешнему контролю. При этом воздействие концентрируется не на логической, а на эмоциональной составляющей, отключая критическое мышление.



Здоровье и общество

Психологическое здоровье характеризует личность человека. Информационно-психологические воздействия ведут к формированию аномального, например асоциального, типа личности, что и означает нарушение психологического здоровья. Когда численность таких личностей начинает расти и достигает определенного критического порога, становится возможным говорить о *нарушении психологического здоровья общества*. Психологически нездоровое общество становится неустойчивым, в нем развиваются деструктивные процессы, оно становится беззащитным перед внешними и внутренними угрозами.

Поэтому для общества, рассматриваемого как единый социально-биологический организм, защита и сохранение психологического здоровья и благополучия являются императивом первостепенной важности.

Исследование не имело спонсорской поддержки.  
Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Руткевич М. Н. Общество как система. Социологические очерки. СПб.: Алетея; 2001.
2. Медик В. А., Осипов А. М. Общественное здоровье и здравоохранение: медико-социологический анализ. М.: РИОР; ИНФРА-М; 2012.
3. Медик В. А., Юрьев В. К. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2014.
4. Вальцев С. В. Советский Союз, который мы потеряли (Серия «Сверхдержава»). М.: Книжный мир; 2012;
5. Слободчиков В. И., Шувалов А. В. Антропологический подход к решению проблемы психологического здоровья детей. *Вопросы психологии*. 2001;(4):91—106.
6. Хухлаева О. В. Основы психологического консультирования и психологической коррекции: Учебное пособие. М.: Академия; 2001.
7. Дубровина И. В. Практическая психология образования. СПб.: ТЦ «Сфера»; 2004.
8. Лещенко Я. А. Здоровье современных подростков и факторы, его определяющие. *Ученые записки Забайкальского государственного гуманитарно-педагогического университета*. 2012;(5):72—6.
9. Лещенко Я. А. Социально-экономические проблемы формирования потенциала воспроизводства населения и медико-демографического развития Сибири (на примере Иркутской области). *Бюллетень СО РАМН*. 2008;(1):35—42.
10. Яковлева Т. В., Терлецкая Р. Н., Иванова А. Е., Семенова В. Г., Антонова Е. В. Медицинские и социальные проблемы смертности подростков в России. *Здравоохранение РФ*. 2009;(5):7—10.
11. Величковский Б. Т. Жизнеспособность нации. Взаимосвязь социальных и биологических механизмов в развитии демографического кризиса и изменении состояния здоровья населения России. М.: РАМН; 2012.
12. Римащевская Н. М. Социально-экономические и демографические проблемы современной России. *Вестник Российской академии наук*. 2004;74(3):209—18.
13. Казначеев В. П. Выживание населения России. Проблемы «Сфинкса XXI века». Новосибирск: Изд-во Новосибирского университета; 2002.
14. Лещенко Я. А., Кармадонов О. А. Развитие человеческого потенциала Сибири: проблемы социального воспроизводства регионального сообщества: монография. Иркутск: Изд-во Оттиск; 2013.
15. Римащевская Н. М., Бреева Е. Б., Шабунова А. А., Барсукова Р. Т. Мониторинг подрастающего поколения: тенденции и особенности развития. *Народонаселение*. 2007;1(35):4—12.
16. Валянский С., Калужный Д. Армагеддон завтра: учебник для желающих выжить. М.: АСТ: АСТ МОСКВА; Транзиткнига; 2006.

Поступила 13.04.2016  
Принята в печать 26.04.2018

REFERENCES

1. Rutkevich M. N. Society as a system. *Sociological Essays [Obschestvo kak sistema. Sotsiologicheskiye ocherki]*. Saint-Petersburg: Aletejja; 2001 (in Russian).
2. Medik V. A., Osipov A. M. Public health and health care: medical and sociological analysis [*Obschestvennoe zdorove i zdravookhranenie: mediko-sotsiologicheskie ocherki*]. Moscow: RIOR; INFRA-M; 2012 (in Russian).
3. Medik V. A., Jur'ev V. K. Public health and health care: a textbook. 2nd ed., Rev. and ext. Moscow: GEOTAR-Media; 2014. 608 p. (in Russian).
4. Val'cev S. V. The Soviet Union, which we lost [*Sovetskij Soyuz, kotoryi my poteryali*] («Superpower» Series). Moscow: Knizhnyj mir; 2012 (in Russian).
5. Slobodchikov V. I., Shuvalov A. V. The anthropological approach to the problem of mental health of children [*Antropologicheskij podhod k resheniyu problemy psikhologicheskogo zdorov'ya detey*]. *Voprosy psikhologii*. 2001;(4):91—106 (in Russian).
6. Huhlaeva O. V. Fundamentals of psychological counseling and psychological correction [*Osnovy psikhologicheskogo konsul'tirovaniya i psikhologicheskoy korrektsii*] Proc. allowance. Moscow: Akademija; 200 (in Russian).
7. Dubrovina I. V., ed. Practical psychology of education [*Prakticheskaya psikhologiya obrazovaniya*]. Saint-Petersburg: TC «Sfera»; 2004 (in Russian).
8. Leshhenko Ja. A Health of modern teenagers and the factors determining it. *Uchjonye zapiski Zabajkal'skogo gosudarstvennogo gumanitarno-pedagogicheskogo universiteta*. 2012;(5):72—6 (in Russian).
9. Leshhenko Ja. A. Socio-economic problems of formation of potential reproductive and health and demographic development of Siberia (in the Irkutsk Region). *Bjulleten' SO RAMN*. 2008;(1):35—42 (in Russian).
10. Jakovleva T. V., Terleckaja R. N., Ivanova A. E., Semenova V. G., Antonova E. V. Medical and social problems of adolescent mortality in Russia. *Zdravookhranenie RF*. 2009;(5):7—10 (in Russian).
11. Velichkovskij B. T. The vitality of the nation. The relationship of social and biological mechanisms in the development of the demographic crisis and changes in the health status of the population of Russia. 2nd ed. App. and ext. Moscow: RAMN; 2012 (in Russian).
12. Rimashevskaja N. M. Socio-economic and demographic problems of modern Russia. *Vestnik Rossijskoj akademii nauk*. 2004;74(3):209—18 (in Russian).
13. Kaznacheev V. P., ed. Survival of the Russian population. Problems of «Sphinx of the XXI century» [*Vyzhivanie naseleniya Rossii. Problemy Sfinksa XXI veka*]. 2nd ed., Recycled. and ext. Novosibirsk: Izd-vo Novosib. un-ta; 2002 (in Russian).
14. Leshhenko Ja. A., Lisovcov A. A. Mortality, the conditions of adolescents and youth livelihoods Siberia in 1990—2000. *Bjulleten' Vostochno-Sibirskogo nauchnogo centra SO RAMN*. 2013;(1):91—6 (in Russian).
15. Rimashevskaja N. M., Breeva E. B., Shabunova A. A., Barsukova R. T. Monitoring of the younger generation: trends and patterns of development. *Narodonaselenie*. 2007;1(35):4—12 (in Russian).
16. Valjanskij S. Kaluzhnyj D. Armageddon tomorrow: a textbook for those who survive [*Armageddon zavtra: uchebnik dlya zhelayushchikh vyzhiti*]. Moscow: AST: AST MOSKVA; Tranzitkniga; 2006 (in Russian).

© Коллектив авторов, 2019  
УДК 614.2:616-006.04-036.86-053-058

**Пузин С. Н.<sup>1,2</sup>, Шургая М. А.<sup>2</sup>, Ачкасов Е. Е.<sup>1</sup>, Меметов С. С.<sup>3</sup>, Погосян Г. С.<sup>4</sup>, Идрисова Л. С.<sup>5</sup>**

## **МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ПОВТОРНОЙ ИНВАЛИДИЗАЦИИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ВСЛЕДСТВИЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

<sup>1</sup>ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), 119435, г. Москва;

<sup>2</sup>ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, 125993, г. Москва;

<sup>3</sup>ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России, 344022, г. Ростов-на-Дону;

<sup>4</sup>ГБУЗ «Городская клиническая больница № 70 Департамента здравоохранения города Москвы», 111399, г. Москва;

<sup>5</sup>ГБУ «Республиканский клинический центр охраны здоровья матери и ребенка им. Аймани Кадыровой» 364051, Чеченская Республика, г. Грозный

*Представлены результаты анализа уровня, структуры и тяжести повторной инвалидности взрослого населения вследствие злокачественных новообразований в Российской Федерации. Данная патология ассоциируется с высокой распространенностью и смертностью, что обуславливает ее отнесение к числу социально значимых. Эффективное решение проблемы профилактики инвалидизирующих осложнений злокачественных новообразований требует формирования базы статистических данных для оценки результатов диагностических и лечебно-профилактических мероприятий, разработки оптимальных подходов к медико-социальной реабилитации пациентов.*

*Авторами приведены результаты исследования, которые свидетельствуют, что имеет место возрастная дифференциация инвалидности взрослого населения вследствие злокачественных новообразований — преобладают лица пожилого возраста. В среднем возрасте уровень повторной инвалидности вследствие данного класса заболеваний снижается на протяжении анализируемого периода (2008—2017). Среди населения молодого возраста тенденция изменения уровня повторной инвалидности является менее устойчивой, однако с 2014 г. отмечается тренд на рост показателя. Структура повторной инвалидности по тяжести характеризуется преобладанием инвалидов со II (43,6%) и III (42,1%) группами инвалидности при меньшем удельном весе инвалидов с I группой на фоне единообразной тенденции роста уровня инвалидности всех трех групп.*

*Представлены результаты ранжирования субъектов страны по уровню повторной инвалидности вследствие злокачественных новообразований среди взрослого населения. Выделены субъекты Российской Федерации с негативной ситуацией, что позволяет обосновать необходимость усиления мероприятий по профилактике первичной инвалидности и оптимизации медико-социальной реабилитации пациентов, страдающих данной инвалидизирующей патологией с учетом региональных особенностей.*

**К л ю ч е в ы е с л о в а :** злокачественные новообразования; инвалидность; повторная; уровень; тяжесть; взрослое население.

**Для цитирования:** Пузин С. Н., Шургая М. А., Ачкасов Е. Е., Меметов С. С., Погосян Г. С., Идрисова Л. С. Медико-социальные аспекты повторной инвалидизации взрослого населения вследствие злокачественных новообразований в Российской Федерации. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2019;27(1):18—22. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2019-27-1-18-22>

**Для корреспонденции:** Шургая Марина Арсеньевна, канд. мед. наук, доцент кафедры гериатрии и медико-социальной экспертизы, e-mail: [daremar@mail.ru](mailto:daremar@mail.ru)

**Puzin S. N.<sup>1,2</sup>, Shurgaya M. A.<sup>2</sup>, Achkasov E. E.<sup>1</sup>, Memetov S. S.<sup>3</sup>, Pogosyan G. S.<sup>4</sup>, Idrisova L. S.<sup>5</sup>**

## **THE MEDICAL SOCIAL ASPECTS OF REPEATED DISABILITY OF ADULT POPULATION DUE TO MALIGNANT NEOPLASMS IN THE RUSSIAN FEDERATION**

<sup>1</sup>The Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education “The I. M. Sechenov First Moscow State Medical University” of Minzdrav of Russia, 119991, Moscow, Russia;

<sup>2</sup>The Federal State Budget Educational Institution of Additional Professional Education “The Russian Medical Academy of Continuous Professional Education” of Minzdrav of Russia, 125445, Moscow, Russia;

<sup>3</sup>The Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The Rostov State Medical University” of Minzdrav of Russia, 344022, Rostov-on-Don, Russia;

<sup>4</sup>The State Budget Institution of Health Care “The Municipal Clinical Hospital №7” of the Moscow Department of Health Care, 111399, Moscow, Russia;

<sup>5</sup>The State Budget Institution “The Aymani Kadyrova Republican Clinical Center of Mother and Child Health”, 364051, Grozny, The Chechen Republic, Russia

*The article presents the results of the analysis of the level and severity of repeated disability of the adult population due to malignant neoplasms in the Russian Federation. This pathology is associated with high prevalence and mortality, which makes it classify as socially significant. An effective solution to the problem of preventing the debilitating complications of malignant tumors requires the formation of a statistical database to evaluate the results of diagnostic and treatment-and-prophylactic measures and the development of optimal approaches to the medical and social rehabilitation of patients. The authors present the results of the study, which indicate that there is an age-related differentiation of adult disability due to malignant neoplasms ?? elderly people predominate. In middle age, the level of recurrent disability due to this class of diseases decreases during the analyzed period (2008—2017). Among the population of young age, the tendency to change the level of recurrent disability is less stable, however, since 2014, there has been a trend for the growth rate. The structure of recurrent disability by severity is characterized by the predominance of persons with disabilities II (43.6%) and III (42.1%) disability groups with a lower proportion of persons with disabilities with I first disability group against the background of a uniform trend of increasing disability level of all three groups. The results of the ranking of subjects of the country by the level of re-disability due to malignant neoplasms among the adult population are presented. The selected subjects of the Russian Federation with a negative situation, which makes it possible to substantiate the need to strengthen measures for the prevention of primary disability and optimize the medical and social rehabilitation of patients suffering from this disabling pathology, taking into account regional features.*

**К е y o r d s :** malignant neoplasms; disability; repeated; level; severity; adult population.

**For citation:** Puzin S. N., Shurgaya M. A., Achkasov E. E., Memetov S. S., Pogosyan G. S., Idrisova L. S. The medical social aspects of repeated disability of adult population due to malignant neoplasms in the the Russian Federation. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2019; 27(1):18–22 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2019-27-1-18-22>

**For correspondence:** Shurgaya M. A., candidate of medical sciences, associate professor of the Chair of Geriatrics and Medical Social Expertise of the Federal State Budget Educational Institution of Additional Professional Education “The Russian Medical Academy of Continuous Professional Education”. e-mail: [daremar@mail.ru](mailto:daremar@mail.ru)

**Conflict of interests.** The authors declare absence of conflict of interests.

**Acknowledgment.** The study had no sponsor support

Received 22.10.2018

Accepted 29.11.2018

Заболеваемость злокачественными новообразованиями (ЗНО) ассоциируется с высокой распространенностью данной патологии, инвалидизацией населения и смертностью [1–6]. Эксперты Всемирного фонда по изучению онкологических заболеваний прогнозируют рост заболеваемости раком на 30% к 2030 г. [7]. Риск развития ЗНО увеличивается с возрастом и различается в зависимости от гендерной принадлежности [8–9]. Заболеваемость женского населения определяет наибольший темп роста распространенности ЗНО с 30 до 50 лет [10].

Эффективное решение проблемы ЗНО требует формирования базы статистических данных для оценки результатов диагностических и лечебно-профилактических мероприятий и разработки оптимальных подходов к медико-социальной реабилитации пациентов [1].

Целью исследования явился анализ эпидемиологии повторной инвалидности взрослого населения в Российской Федерации вследствие ЗНО.

### Материалы и методы

Изучена динамика повторной инвалидности вследствие ЗНО взрослого населения в Российской Федерации. Период исследования охватил 2008–2017 гг. Источники информации — формы государственного статистического наблюдения № 7-собес, утвержденные Росстатом России, статистические сборники Росстата и Федерального государственного бюджетного учреждения «Федеральное бюро медико-социальной экспертизы» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации [11–13].

Исследование сплошное. Методы исследования: документальный, выкопировка данных, статистический и графический. Единица наблюдения — инвалид из числа взрослого населения, повторно признанный инвалидом (ППИ) при переосвидетельствовании в бюро медико-социальной экспертизы. Объем исследования составил 2 млн человек в возрасте 18 лет и старше. Анализ повторной инвалидности вследствие ЗНО проведен по трем возрастным группам взрослого населения РФ:

- инвалиды молодого возраста — женщины и мужчины до 44 лет;
- инвалиды среднего возраста — 45–54 лет женщины, 45–59 лет мужчины;
- инвалиды пожилого возраста — женщины 55 лет и старше, мужчины 60 лет и старше.

В настоящем исследовании термин «пожилой» применяется в качестве базового понятия — аналога

иных терминов, применяемых в Российской Федерации (граждане старшего возраста, старшее поколение). Общим признаком для данной группы населения является возрастной ценз: в Российской Федерации мужчины 60 лет и старше, женщины 55 лет и старше.

Описательная статистика представлена в виде относительных интенсивных и экстенсивных коэффициентов.

### Результаты исследования

Численность ППИ вследствие ЗНО в период 2005–2017 гг. составила 2,5 млн человек. Динамика характеризовалась ростом контингента ППИ вследствие данной патологии с 230,1 тыс. человек в 2008 г. до 246,1 тыс. в 2014 г., до 270,5–298,7 тыс. в 2015–2016 гг. и до 316,6 тыс. человек в 2017 г. (табл. 1). В среднем за год повторно признаны инвалидами 253,4 тыс. человек. В структуре повторной инвалидности лица молодого возраста в среднем составляли 13,6%, среднего возраста — 32,6%, пожилого возраста — 53,8% от общего числа ППИ. Доля ППИ молодого возраста уменьшилась с 16,4% в 2008 г. до 12,5% в 2017 г., доля среднего возраста — с 45% в 2008 г. до 25,1% в 2017 г. Доля инвалидов пожилого возраста, составлявшая в 2008–2009 гг. 38,6–44,4%, в 2016 г. увеличилась до 62,4%.

Распространенность (уровень) повторной инвалидности вследствие ЗНО среди взрослого населения в Российской Федерации возросла с 19,9 на 10 тыс. взрослого населения в 2008 г. до 21,2 в 2014 г., до 22,9–25,4 в 2015–2016 гг., до 27,0 на 10 тыс. взрослого населения в 2017 г. Уровень повторной инвалидности среди лиц молодого возраста в период 2008–2014 гг. колебался в пределах 5,9–5,6 на 10 тыс. соответствующего населения, но затем отмечен рост показателя до 6,1–6,6 в 2015–2016 гг. и до 7 в 2017 г. Среди лиц среднего возраста в 2008 г. показатель составил 48,5 на 10 тыс. соответствующего населения, затем произошло постепенное уменьшение до 29,4 в 2014 г., до 30,7–32,2 в 2015–2016 гг. и увеличение в 2017 г. до 33 на 10 тыс. Уровень инвалидности среди лиц пожилого возраста в динамике повысился с 29,8 до 53,9 на 10 тыс. соответствующего населения.

Результаты ранжирования всех субъектов Российской Федерации по уровню повторной инвалидности лиц пожилого возраста вследствие ЗНО в 2016 г. позволили определить 81 ранговое место: 1-е ранговое место заняла Калужская область (84 на

Таблица 1

## Структура повторной инвалидности взрослого населения вследствие ЗНО в Российской Федерации с учетом возраста за 2008—2017 гг.

Год	Общее число инвалидов вследствие ЗНО, абс.	Возраст						Структура, %		
		молодой		средний		пожилой		молодой возраст	средний возраст	пожилой возраст
		абс. число	темп роста или убыли, %	абс. число	темп роста или убыли, %	абс. число	темп роста или убыли, %			
2008	230 119	37 760	—	103 551	—	88 808	—	16,4	45,0	38,6
2009	234 939	35 798	-5,2	94 941	-8,3	104 200	17,3	15,2	40,4	44,4
2010	235 632	33 790	-5,6	87 257	-8,1	114 585	10,0	14,3	37,0	48,6
2011	224 039	30 687	-9,2	78 633	-9,9	114 719	0,1	13,7	35,1	51,2
2012	236 465	31 255	1,9	78 048	-0,7	127 162	10,8	13,2	33,0	53,8
2013	241 230	31 334	0,3	75 987	-2,6	133 909	5,3	13,0	31,5	55,5
2014	246 090	31 931	1,9	73 641	-3,1	140 518	4,9	13,0	29,9	57,1
2015	270 504	35 144	10,1	76 317	3,6	159 043	13,2	13,0	28,2	58,8
2016	298 734	37 604	7,0	78 749	3,2	182 381	14,7	12,6	26,4	61,1
2017	316 623	39 675	5,5	79 342	0,8	197 606	8,3	12,5	25,1	62,4
Итого...	2 534 375	344 978	—	826 466	—	1 362 931	—	13,6	32,6	53,8
В среднем за год	253 438	34 498	—	82 647	—	136 293	—	13,6	32,6	53,8

10 тыс. соответствующего населения), 2-е — Курская (80,9), 3-е — Брянская (77,8), 4-е — Пензенская (76,8), 5-е — Архангельская (75,6), 6-е — Республика Бурятия (72,8), 7-е — Курганская область (71,4), 8-е — Республика Адыгея (70,5), 9-е — Белгородская область (68,1), 10-е — Красноярский край (67,8).

В 33 субъектах уровень повторной инвалидности вследствие ЗНО также выше общероссийского показателя (50,7 на 10 тыс. соответствующего населения) и регистрируется в пределах 66,7—50,8 на 10 тыс. соответствующего населения. Ниже общероссийского показателя уровень повторной инвалидности регистрировался в 41 субъекте (49,5—15,9 на 10 тыс. соответствующего населения).

Субъекты Российской Федерации с самым низким показателем уровня повторной инвалидности вследствие ЗНО среди населения пожилого возраста — это Республика Крым (15,9) и Сахалинская область (17,2 на 10 тыс. соответствующего насе-

ления). В структуре повторной инвалидности взрослого населения в Российской Федерации по тяжести преобладали ППИ со II и III группой инвалидности. Среднемноголетний показатель удельного веса ППИ с I группой инвалидности составлял 14,3%, со II — 43,6%, с III группой — 42,1%.

Уровень повторной инвалидности вследствие ЗНО в Российской Федерации с учетом группы инвалидности в 2008—2017 гг. характеризовался общей тенденцией роста показателей распространенности всех трех групп. Данные, представленные в табл. 2, свидетельствуют, что максимальный темп роста уровня инвалидности I группы имел место в 2010 г. (+48%), в 2011 г. он сменился значительной убылью (-21,6%) и вновь приростом в диапазоне от +10% до +8,6% (2015—2017). Темп роста уровня инвалидности II группы в 2015—2017 гг. составил 14,1—16,5%, но в 2017 г. снизился до +8,8%. Темп роста показателя уровня инвалидности III группы в 2016 г. достиг +7,1% и сменился снижением до +3,8% в 2017 г.

Таблица 2

## Уровень повторной инвалидности вследствие ЗНО в Российской Федерации с учетом группы инвалидности в 2008—2017 гг. (на 10 тыс. взрослого населения)

Год	Группа инвалидности						Всего	
	I		II		III			
	уровень	темп роста или убыли, %	уровень	темп роста или убыли, %	уровень	темп роста или убыли, %	уровень	темп роста или убыли, %
2008	2,4	—	10,1	—	7,5	—	19,9	—
2009	2,5	+4,2	10,0	-1,0	7,8	+4,0	20,3	+2,0
2010	3,7	+48,0	8,6	-14,0	8,1	+3,8	20,3	—
2011	2,9	-21,6	7,9	-8,1	8,5	+4,9	19,3	-4,9
2012	3,1	+6,9	8,2	+3,8	8,9	+4,7	20,3	+5,2
2013	3,1	—	8,4	+2,4	9,3	+4,5	20,7	+2,0
2014	3,0	-3,2	8,5	+1,2	9,7	+4,3	21,2	+2,4
2015	3,3	+10,0	9,7	+14,1	9,9	+2,1	22,9	+8,0
2016	3,5	+6,1	11,3	+16,5	10,6	+7,1	25,4	+10,9
2017	3,8	+8,6	12,3	+8,8	11,0	+3,8	27,0	+6,3
В среднем за год	3,1	—	9,5	—	9,1	—	21,7	—

## Обсуждение

Инвалидность вследствие ЗНО является отражением проблемы заболеваемости населения данной социально значимой патологией, распространение которой приобрело эпидемический характер.

В структуре повторной инвалидности по возрасту преобладающей социально-демографической категорией населения являются лица пожилого возраста.

Доля граждан, достигших пожилого возраста, в структуре населения страны увеличивается. Постепенно растет продолжительность жизни. Процесс демографической трансформации в Российской Федерации четко обозначился с 1960-х годов. В целом в стране удельный вес лиц в возрасте от 60 лет и старше увеличился с 9% в 1959 г. до 21% в 2017 г. и по прогнозным расчетам достигнет 26% в 2030 г. [14].

ЗНО — лидирующая нозологическая причина, формирующая контингент ППИ этой возрастной категории (2-е ранговое место — 30,7%) [5].

Здоровье и общество

Демографическая трансформация населения в Российской Федерации и ассоциированная с ней проблема заболеваемости и инвалидности вследствие ЗНО отражает глобальные процессы старения населения в мире [15].

### Выводы

1. В Российской Федерации имеет место возрастная дифференциация инвалидности взрослого населения вследствие ЗНО. В структуре повторной инвалидности преобладают лица пожилого возраста.

2. Анализ многолетней динамики повторной инвалидности взрослого населения вследствие ЗНО позволяет заключить, что наблюдается устойчивая линейная тенденция роста повторной инвалидности вследствие ЗНО в пожилом возрасте. В среднем возрасте уровень повторной инвалидности вследствие ЗНО снижается на протяжении всего анализируемого периода. Среди населения молодого возраста тенденция к изменению уровня повторной инвалидности в связи с ЗНО является менее устойчивой, однако с 2014 г. отмечается тренд на рост показателя.

3. Структура повторной инвалидности вследствие ЗНО по тяжести характеризуется преобладанием ППИ со II (43,6%) и III (42,1%) группами инвалидности при меньшем удельном весе ППИ с I группой инвалидности на фоне единообразной тенденции роста уровня инвалидности всех трех групп.

4. Ранжирование субъектов Российской Федерации по уровню повторной инвалидности вследствие ЗНО среди преобладающей в структуре инвалидности возрастной группы старшего поколения свидетельствует о региональной дифференциации территорий страны по распространению инвалидизирующих последствий данной патологии (выделяют 81 ранговое место). Это позволяет обозначить субъекты с негативной ситуацией по повторной инвалидности вследствие ЗНО и обосновать необходимость усиления мероприятий по профилактике первичной инвалидности и оптимизации медико-социальной реабилитации пациентов, страдающих данной инвалидизирующей патологией, с учетом региональных особенностей.

5. С ростом продолжительности жизни актуальной задачей является обеспечение качества и доступности медико-социальных услуг для лиц пожилого возраста, среди которых инвалидность вследствие ЗНО наряду с болезнями системы кровообращения является ведущей нозологической причиной повторной инвалидности в Российской Федерации.

Исследование не имело спонсорской поддержки.  
Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

### ЛИТЕРАТУРА

- Каприна А. Д., Старинский В. В., Петрова Г. В. Состояние онкологической помощи населению России в 2016 году. М.: МНИОИ им. П. А. Герцена — Филиал ФГБУ «НМИРЦ» Минздрава России; 2017.
- Мерабишвили В. М. Статистическая оценка возникновения риска злокачественных новообразований и анализ онкологической ситуации на популяционном уровне. *Вопросы онкологии*. 2008;(2):148—56.

- World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases “Attaining the nine global noncommunicable diseases targets; a shared responsibility”. Printed in Switzerland; 2014.
- World Health Organization, World Bank. World Report on Disability. Geneva: WHO; 2011.
- Шургая М. А. Динамика повторной инвалидности по классам болезней с учетом возраста в Российской Федерации за 2005—2014 гг. *Медико-социальная экспертиза и реабилитация*. 2015;(4):44—9.
- Статистика смертности от рака в России. Электронный ресурс: Российский онкологический портал. URL: <http://www.oncoforum.ru/o-rake/statistika-raka/statistika-smernosti-ot-raka-v-rossii.html>
- World Cancer Declaration Progress Report 2016. Geneva: World Health Organization; 2016.
- Чиссов В. И. Модернизация онкологической службы — важнейшее направление системного совершенствования онкологической помощи населению России. *Терапевтический архив*. 2012;84(10):4—8.
- Johansen D., Stocks T., Jonsson H. Metabolic factors and the risk of pancreatic cancer: a prospective analysis of almost 580,000 men and women in the Metabolic Syndrome and Cancer Project. *Cancer Epidemiol. Biomarkers Prev.* 2010;19(9):2307—17.
- Свирская С. В., Егорова А. Т. Современное состояние проблемы заболеваемости и инвалидности у женщин, больных раком шейки матки. *Сибирское медицинское обозрение*. 2011;3(69):3—6.
- Здравоохранение в России. 2015. Статистический сборник. М.: Росстат; 2015.
- Основные показатели первичной инвалидности взрослого населения Российской Федерации в 2015 г. М.: ФГБУ «ФБ МСЭ»; 2016.
- Центральная База Статистических Данных. Основные показатели деятельности отдельных отраслей экономики. Здравоохранение. Электронный ресурс: Федеральная служба государственной статистики. URL: <http://www.gks.ru/dbscripts/cbsd/DBInet.cgi>
- Денисенко М. Б., Овчарова Л. Н., Варшавская Е. Я., Васина С. А., Козлова В. А. Демографический контекст повышения возраста выхода на пенсию. Москва: НИУ ВШЭ; 2018.
- World Health Organization. World Report on Ageing and Health. Geneva; 2015.

Поступила 22.10.2018  
Принята в печать 29.11.2018

### REFERENCES

- Kaprina A. D., Starinski V. V., Petrova G. V. The state of oncological assistance to the population of Russia in 2016 [*Sostoyanie onkologicheskoy pomoschi naseleniyu Rossii v 2016 godu*]. Moscow: MNIOI im. P. A. Gercena — Filial FGBU «NMIRC» Minzdrava Rossii; 2017 (in Russian).
- Merabishvili V. M. Statistical assessment of the risk of malignant neoplasms and analysis of the oncological situation at the population level. *Voprosy Oncologii*. 2008;(2):148—56 (in Russian).
- World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases “Attaining the nine global noncommunicable diseases targets; a shared responsibility”. Printed in Switzerland. 2014.
- World Health Organization, World Bank. World Report on Disability. Geneva: WHO; 2011.
- Shurgaya M. A. The dynamics of re-disability by disease classes, taking into account the age in the Russian Federation for 2005—2014. *Medico-socialnaya expertiza i rehabilitatsiya*. 2015;(4):44—9 (in Russian)
- Statistics of mortality in consequence of a cancer in Russia [*Statistika smernosti ot raka v Rossii*]. Rossiyskiy onkologicheskiy portal. Available at: <http://www.oncoforum.ru/o-rake/statistika-raka/statistika-smernosti-ot-raka-v-rossii.html> (in Russian).
- World Cancer Declaration Progress Report 2016. World Health Organization; 2016.
- Chissov V. I. Modernization of the oncological service is the most important area of systematic improvement of oncological assistance to the population of Russia. *Therapevticheskii Archiv*. 2012; 84(10):4—8 (in Russian).
- Johansen D., Stocks T., Jonsson H. Metabolic factors and the risk of pancreatic cancer: a prospective analysis of almost 580,000 men and women in the Metabolic Syndrome and Cancer Project. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2010;19(9):2307—17.

10. Svirskaya S. V., Egorov A. T. The current state of the problem of morbidity and disability in women with cervical cancer. *Sibirskoe meditsinskoe obozrenie*. 2011;69(3):3–6 (in Russian).
11. Health care in Russia. Statistical compilation [*Zdravookhranenie v Rossii. 2015. Statisticheskij sbornik*]. Moscow: Rosstat; 2015 (in Russian).
12. Main indicators of primary disability of the adult population of the Russian Federation in 2015. [*Osnovnye pokazateli pervichnoj invalidnosti vzroslogo naseleniya Rossijskoj Federacii v 2015 godu*]. Moscow: FGBU «FB MSE»; 2016 (in Russian).
13. The Central Base of Statistical Data. The main indexes of activity of the separate branches of economics. Health [*Tsentral'naya Baza Statisticheskikh Dannykh. Osnovnye pokazateli deyatelnosti ot-del'nykh otrasley ekonomiki. Zdravookhranenie*]. Federal'naya sluzhba gosudarstvennoy statistiki. Available at: URL: <http://www.gks.ru/dbscripts/cbsd/DBInet.cgi>
14. Denisenko M.B, Ovcharova L. N., Varshavskaya E. Ya., Vasina S. A., Kozlova V. A. The demographic context of raising the retirement age [*Demograficheskii kontekst povysheniya vozrasta vyhoda na pensiyu*]. Moscow: NIU VSHE; 2018 (in Russian).
15. World Health Organization. World Report on Ageing and Health. Geneva; 2015.

Садыков Р. М., Мигунова Ю. В.

## РАЦИОНАЛЬНОЕ ПИТАНИЕ ДЕТЕЙ В СЕМЬЕ КАК ФАКТОР ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ

ФГБУН «Институт социально-экономических исследований Уфимского научного центра РАН», 450054, г. Уфа

Рассмотрены вопросы, касающиеся ограниченности потребления продуктов питания семьями с детьми. Подчеркивается, что проблема рационального питания населения имеет выраженное социальное значение и относится к категориям глобальных, играющих существенную роль в обеспечении качества и продолжительности жизни человека, его здоровья. Практика показывает, что состояние питания детей в семьях с низкими доходами не соответствует утвержденным для современного общества медико-биологическим нормам. Зачастую в разряд таких домохозяйств попадает среднестатистическая семья, где рождается ребенок, т. е. с появлением детей, особенно нескольких, уровень жизни домохозяйства стремительно ухудшается. Бедное и малообеспеченное население с детьми, в особенности многодетные семьи, ограничены в потреблении продуктов питания. В работе представлен анализ пищевой и энергетической ценности питания во всех типах обследуемых семей. Подчеркивается, что в домохозяйствах с одним-двумя детьми пищевая ценность продуктов питания значительно выше, чем в многодетных. Однако для рациона малодетных семей характерно высокое содержание жира, что является важным фактором возникновения ожирения среди подрастающего поколения. В рационе питания многодетных семей отмечается сниженное потребление белка, в том числе животного происхождения. Неполноценный и «бедный» тип питания ведет к возрастанию белково-калорийной недостаточности питания в многодетных семьях. В домохозяйствах с детьми рацион питания не соответствует нормативам прожиточного минимума по пищевым веществам. Следовательно, в современной российской семье, воспитывающей более одного ребенка, фиксируется недостаток энергетической ценности питания на каждого ее члена. С ростом числа детей в семье заметно снижается качество питания ее членов. Соответственно, качество питания выше в семьях с одним ребенком, чем в домохозяйствах с двумя и более детьми.

**К л ю ч е в ы е с л о в а :** питание детей; здоровое питание; социальное питание; энергетическая и пищевая ценность продуктов питания; качество питания; «бедный» тип питания; бедность; семья с детьми.

**Для цитирования:** Садыков Р. М., Мигунова Ю. В. Рациональное питание детей в семье как фактор здоровья населения. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2019;27(1):23—27. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2019-27-1-23-27>

**Для корреспонденции:** Садыков Рамиль Мидхатович, канд. социол. наук, доцент, старший научный сотрудник Института социально-экономических исследований УНЦ РАН, e-mail: [sadikovRM@mail.ru](mailto:sadikovRM@mail.ru).

Sadykov R. M., Migunova Yu. V.

## THE RATIONAL DIET OF CHILDREN IN FAMILY AS A FACTOR OF POPULATION HEALTH

The Federal State Budget Institution of Science “The Institute of Social Economic Studies of the Ufa Research Center of the Russian Academy of Sciences”, 450054, Ufa, Russia

The article considers issues concerning limitation of consumption of foodstuff in families with children. It is emphasized that problem of rational diet of population has a marked social value and relates to quality and longevity of human life and human health. The practical experience demonstrates that children diet in families with lower income does not correspond to established modern medical biological standards. Frequently, the category of such households covers statistically average family with one or several children born and hence quality of life of these households drastically deteriorated. The poor and low-income population is limited in foodstuff consumption. The article presents the analysis of nutrition and energy value of diet in all types of examined families. It is emphasized that in households with one or two children the nutrition value of foodstuff is significantly lower than in households with many children. However, in families with few children diet includes high content of fats that is an important factor of development of obesity in growing generation. In families with many children the diet is characterized by lower consumption of protein, including animal one. The inadequate and “poor” type of diet results in increasing of protein-calorie deficiency in families with many children. In households with children the diet does not correspond to standards of cost of living according food substances. Therefore, modern Russian family with more than one child, is characterized by deficiency of energy value of diet per every its member. The increasing of number of children in family significantly decreases quality of diet of its members. Accordingly, quality of diet in families with one child is higher than in families households with to and more children.

**К e y w o r d s :** diet; children; health; social diet; energy and nutrition value; quality of nutrition; “poor” type of diet; poverty; family with children.

**For citation:** Sadykov R. M., Migunova Yu. V. The rational diet of children in family as a factor of population health. *Problemi socialnoi gigieny, zdoravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2019; 27(1):23—27 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2019-27-1-23-27>

**For correspondence:** Sadykov R. M., candidate of sociological sciences, associate professor, senior researcher of the Federal State Budget Institution of Science “The Institute of Social Economic Studies of the Ufa Research Center of the Russian Academy of Sciences”, e-mail: [sadikovRM@mail.ru](mailto:sadikovRM@mail.ru)

**Conflict of interests.** The authors declare absence of conflict of interests.

**Acknowledgment.** The study had no sponsor support

Received 11.04.2016  
Accepted 24.11.2016

Качество питания населения представляет собой важный показатель достигнутого уровня социально-экономического развития государства, отражающий

степень материальной обеспеченности людей, определяющий состояние здоровья населения в целом. Наряду с естественнонаучным знанием, располагаю-

щим объективной информацией о значении питания в развитии и поддержании соответствия оптимальным требованиям среды жизнедеятельности индивида, социологическая наука также исследует состояние питания населения, чтобы высветить проблему формирования человеческого капитала страны, решающего сложные социально-экономические задачи [1, 2].

Проблема качественного и здорового питания населения имеет выраженное социальное значение. Рациональное питание играет важную роль в обеспечении качества и продолжительности жизни человека, его здоровья. Налицо две важные особенности: бедное и малообеспеченное население с детьми, в особенности многодетные семьи, ограничены в потреблении продуктов питания [3]; существует определенный диспаритет обменных процессов у граждан, детерминированный недостатком основных ингредиентов питания, витаминов, минеральных веществ. Отсутствие необходимой информации о значении и культуре питания в формировании и поддержании здоровья и жизнедеятельности человека обуславливает существование данной проблематики [4, 5].

Очевидно, что качественное и здоровое питание в детстве способствует гармоничному, полноценному физическому и умственному развитию, высокой работоспособности и успеваемости детей и подростков, создает условия для адаптации к окружающей среде, влияет на качество жизни, а также является важным фактором формирования и сохранения здоровья подрастающего поколения [6, 7].

Целью настоящего исследования является изучение повседневных практик питания детей в современной российской семье в соответствии с утвержденными для современного общества медико-биологическими нормами.

### Материалы и методы

С помощью анализа данных официальной статистики, характеризующих пищевую ценность продуктов питания в семьях с детьми, проведен сравнительный анализ основных характеристик питания семей, воспитывающих детей.

### Результаты исследования

В России наблюдается негативная тенденция снижения состояния здоровья детского населения во всех возрастных группах, что влияет на качество человеческого потенциала: здоровье, профессиональные навыки, квалификацию, уровень общей культуры [8]. Практика показывает, что состояние питания детей в семьях с низкими доходами не соответствует утвержденным для современного общества медико-биологическим нормам. Нередко в разряд таких домохозяйств попадает обычная среднестатистическая семья, где рождается ребенок, т. е. с появлением детей, особенно нескольких, уровень жизни домохозяйства стремительно снижается [9]. В большинстве случаев в числе бедных и малообеспеченных оказываются семьи, имеющие трех и более несовершеннолетних детей. Следовательно, низкие доходы населе-

ния и их незначительный рост создают условия для обострения проблемы бедности, особенно в многодетных семьях [10, 11].

Необходимым условием физического и психического развития ребенка является качественное разнообразие пищевых продуктов. Поэтому ежедневный рацион не только детей, но и взрослых должен состоять из продуктов с высокой биологической ценностью, включающих мясо, рыбу, яйца, молочные продукты, фрукты и овощи. Дефицит в рационе питания этих продуктов, являющихся важными источниками животного белка и витаминов, снижает иммунитет и в целом потенциал здоровья, способен вызвать серьезные заболевания и снизить продолжительность жизни. Нерациональное питание является прямым следствием снижения здоровья подрастающего поколения [12, 13]. Так, по отношению к 2011 г. в 2014 г. примерно на 7% возросла численность детей до 14 лет с заболеваниями по классу болезней органов пищеварения. Подобная тенденция прослеживается и при анализе детской заболеваемости по классу болезней нервной системы. Это связано не только с плохим питанием, но и с психофизическими нагрузками в школе. Заболеваемость детей до 14 лет болезнями нервной системы за тот же период возросла на 4,4%. Уровень детской заболеваемости по классу болезней органов пищеварения в указанный период был значительно выше, чем уровень заболеваемости нервной системы. Более того, тенденции стабильного роста характеризуют показатели уровня заболеваемости детей по данному классу болезней [14].

С увеличением числа детей в семье снижается и энергетическая ценность питания. Статистические данные за 2014 г. показывают, что если в домохозяйствах с одним ребенком указанный показатель был равен 2356 ккал/сут (в 2013 г. — 2352 ккал/сут), то в семьях, воспитывающих двух-трех детей, наблюдается значительное уменьшение энергетической ценности питания: 2072 и 2079 ккал/сут соответственно (в 2013 г. — 2123 и 2084 ккал/сут). Существенно снижена энергетическая ценность питания в семьях, воспитывающих четырех и более детей (2096 ккал/сут в 2014 г., 2015 ккал/сут — в 2013 г.).

Таким образом, в современной российской семье, воспитывающей более чем одного ребенка, фиксируется недостаток энергетической ценности питания на каждого ее члена. Существенные изменения структуры питания отмечены в семьях с двумя и более детьми.

Поднимая проблему качественного питания, исследователи встали перед необходимостью сравнительного анализа динамики основных характеристик питания для семей, воспитывающих детей [15]. Существенные изменения структуры питания отмечены в семьях с двумя и более детьми. Например, по данным Росстата за 2014 г., семьи с двумя детьми потребляли в год 77 кг хлебных продуктов, с тремя — 88 кг, с четырьмя и более — 97 кг. То же относится к потреблению мяса, рыбы и рыбопродуктов, молока [16] (см. таблицу).



Здоровье и общество

**Потребление продуктов питания в домашних хозяйствах с детьми в возрасте до 16 лет в 2014 г. (в среднем на одного члена домохозяйства)**

Продукт питания, кг	Домохозяйства с детьми в возрасте до 16 лет			
	1 ребенок	2 детей	3 детей	4 и более детей
Хлеб и хлебные продукты	86	77	88	97
Картофель	54	48	47	58
Овощи и бахчевые	87	73	69	58
Фрукты и ягоды	72	63	54	46
Мясо и мясные продукты	78	66	58	50
Молоко и молочные продукты	239	211	196	186
Яйца, штук	193	165	155	145
Рыба и рыбные продукты	20	16	16	14
Сахар и кондитерские изделия	28	26	26	26
Масло растительное и другие жиры	9	8	8	8

Данные, представленные в таблице, отражают увеличение потребления хлебопродуктов и картофеля во всех типах семей с детьми. С точки зрения пищевой и энергетической ценности сниженное потребление более полезных продуктов питания (овощей, фруктов, мяса, молока, рыбы, яиц) характеризует все исследованные домохозяйства, воспитывающие более чем одного ребенка. Материалы официальной статистики показывают, что фиксируется крайне низкий уровень потребления продуктов питания именно в многодетных семьях.

Следовательно, в домохозяйствах с двумя и более детьми включение в рацион мяса, рыбы, молока заменяется менее полезными, но более калорийными и недорогими, что указывает на недостаточный характер питания несовершеннолетних в семьях. Такой неполноценный тип питания ведет к возрастанию белково-калорийной недостаточности, обусловленной снижением массы тела и низкими показателями роста детей и подростков. Более того, не стоит забывать, что рыба и морепродукты, уровень потребления которых особенно снижен в многодетных семьях, относятся к числу необходимых в детском и подростковом рационе.

Анализ статистических данных за 2014 г., которые касаются пищевой ценности питания в семьях, воспитывающих детей, свидетельствуют, что в домохозяйствах с одним-двумя детьми количество белков, жиров и углеводов значительно выше, чем в многодетных. Кроме того, в настоящее время для рациона малодетных семей характерно высокое содержание жира, что является важным фактором возникновения ожирения среди подрастающего поколения. Содержание белка в рационе питания семей, воспитывающих одного-двух детей, соответствует рекомендуемой норме (около 12%). Практически такое же количество белка (11,7%) отмечается в рационе питания семей с тремя детьми. Между тем содержание жира в питании таких семей незначительно превышает рекомендуемую норму и составляет 33,2%. Если же говорить о рационе питания семей с четырьмя и более детьми, то в этом случае отмечается сниженное потребление белка (10%), в том числе животного происхождения. Все это ведет к возрастанию белко-

во-калорийной недостаточности питания в многодетных семьях.

Таким образом, качество питания выше в семьях с одним ребенком, чем в домохозяйствах с двумя и более детьми. В многодетных семьях рацион питания не соответствует нормативам прожиточного минимума по пищевым веществам [17].

В период 2010—2014 гг. отмечался небольшой рост энергетической ценности продуктов питания в семьях, воспитывающих одного ребенка (к 2014 г. по сравнению с 2010 г. показатель возрос на 1,8%). Между тем в домохозяйствах с двумя и тремя детьми фиксируется постепенное снижение энергетической ценности питания. Например, к 2014 г. в семьях, воспитывающих двоих детей, она снизилась на 3,7%, а в семьях с тремя детьми — на 4,5% по сравнению с 2010 г. В домохозяйствах с четырьмя и более детьми также отмечалось постепенное снижение данного показателя, однако к 2014 г. произошло неожиданное его повышение более чем на 6% по сравнению с 2010 г. Однако речь все же не идет о качественном и полноценном питании в многодетных семьях.

Таким образом, снижение энергетической ценности продуктов питания в семьях с несколькими детьми оценивается отрицательно, так как этот факт указывает на недостаточность питания в данных домохозяйствах. Необходимо отметить продолжающееся сокращение потребления более ценных и полезных продуктов питания в многодетных семьях. Только в семьях с единственным ребенком можно говорить о качественном и полноценном питании.

Важным источником продуктов питания современной семьи, особенно в сельской местности, является личное подсобное хозяйство. Если сравнить долю потребления натуральных продуктов собственного производства, то она окажется значительно выше в многодетных семьях, чем в семьях, воспитывающих одного-двух детей. Сопоставив данные Росстата за 2013—2014 гг. о расходах на конечное потребление домохозяйств, воспитывающих детей, мы обнаружили, что в 2014 г. в семьях с детьми возросла доля потребления продуктов питания из личного подсобного хозяйства. Особенно ярко эта тенденция проявилась в многодетных семьях. Так, в 2014 г. в домохозяйствах с тремя детьми данный показатель увеличился более чем в 1,5 раза по сравнению с предыдущим годом. В семьях, воспитывающих четырех и более детей, по отношению к 2013 г. он вырос на 4%.

Очевидно, что личные подсобные хозяйства являются источником наиболее ценных продуктов питания, т. е. обеспечивают сельское население мясом, молоком, картофелем и т. д. Этот вид деятельности является для сельских жителей основным источником потребляемых продуктов питания и дополнительных доходов. Однако даже при учете всех источников поступлений продуктов, питание в домохозяйствах с несколькими детьми по-прежнему остается недостаточно полноценным и сбалансированным. В целом именно в многодетных семьях наблюдается существенный недостаток белков и углеводов, а так-

же повышенное потребление хлебопродуктов и картофеля.

Известно, что чем выше уровень жизни населения, тем ниже доля расходов на питание, и наоборот. По официальным данным, в 2014 г. доля расходов на питание в семьях с детьми возросла по отношению к 2013 г. в среднем на 2%. Так, например, в многодетных семьях за 2014 г. расходы на питание выросли примерно на 3% по сравнению с предыдущим годом. Иными словами, в семьях с одним и двумя детьми треть доходов тратится на продукты питания, в многодетных семьях почти половина располагаемого дохода расходуется на питание, что указывает на низкий материальный достаток семей этого типа. В этом случае уместно говорить о социальном расслоении населения России по типу питания, т. е. при значительном увеличении расходов этих семей на продукты питания отмечается сниженное потребление именно полезной, качественной пищи.

Соответственно, чем ниже уровень жизни людей, тем меньше они тратят на поддержание здоровья детей, их образование и отдых. По данным Росстата, за III квартал 2014 г. расходы на здравоохранение в семьях с одним ребенком до 16 лет составляли 361,1 руб./мес, с двумя детьми — 313,5, с тремя — 196,3, с четырьмя и более — 132,3 руб./мес. Если представить эти данные в процентном соотношении, то обнаружится, что на поддержание здоровья и образование детей семья тратит в среднем не более 2% семейного бюджета.

### Заключение

Прослеживается четкая тенденция повышения доли расходов бюджета детных семей на продукты питания и сокращение расходов на поддержание здоровья, образовательные нужды. Причем увеличение количества детей в семье усугубляет эту тенденцию: с ростом числа детей в семье заметно снижается качество питания ее членов.

Одним из основных показателей существующего уровня социально-экономического развития общества являются особенности питания детей в семье, влияющие на их здоровье. Исследование специфики питания детей в семье заостряет проблему состояния здоровья населения, поскольку прямо связано с изучением характеристик пищевой и энергетической ценности потребляемых продуктов.

Данное исследование выполнено в рамках госзадания ИСЭИ УНЦ РАН по теме № 0253—2014—0001 «Стратегическое управление ключевыми потенциалами развития разноуровневых социально-экономических систем с позиций обеспечения национальной безопасности» (№ гос. регистрации 01201456661»).

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Моисеева Т. П. Детская безнадзорность в крупном городе как фактор, сдерживающий позитивную динамику трансформации российского общества. *Вестник ВЭГУ*. 2012;(2):40—4.
2. Белов В. Б., Роговина А. Г. Социальный капитал и здоровье населения. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2013;(6):3—6.

3. Альбицкий В. Ю., Волгина С. Я., Курмаева Е. А. Состояние здоровья и образ жизни детей из бедных семей. *Вопросы современной педиатрии*. 2007;(6):25—7.
4. Деев А. Д., Батуринов А. К., Старовойтов М. П., Мартинчик А. Н., Землянская Т. А., Шальнова С. А., Кешабянц Э. Э., Сафронова А. М. Питание в бедных семьях: взрослое трудоспособное население. *Вопросы питания*. 2002;(2):3—7.
5. Коденцова В. М., Погожева А. В., Громова О. А., Ших Е. В. Витамины-минеральные комплексы в питании взрослого населения. *Вопросы питания*. 2015;(6):141—50.
6. Научные основы здорового питания. М.; 2010.
7. Баранов А. А., Намазова-Баранова Л. С., Альбицкий В. Ю., Терлепская Р. Н., Антонова Е. В. Состояние и проблемы здоровья подростков в России. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2014;(6):10—5.
8. Концептуальные взгляды на здоровье ребенка. Смоленск; 2003.
9. Мигунова Ю. В. Понятие здоровья. Показатели оценки состояния здоровья населения. *Известия Уфимского научного центра РАН*. 2015;(1):99—105.
10. Овчарова Л. Н., Попова Д. О. Детская бедность в России. Тревожные тенденции и выбор стратегических действий. М.: ЮНИСЕФ; 2005.
11. Мигунова Ю. В., Моисеева Т. П. Двухаспектный характер проблемы питания детей как фактор социальной устойчивости. Современные проблемы науки и образования. 2014;(6):URL: <http://www.science-education.ru/120-16805> (дата обращения 22.03.2016).
12. Питание и здоровье в бедных семьях. М.: Просвещение; 2002.
13. Тутельян В. А., Батуринов А. К., Конь И. Я., Сафронова А. М., Кешабянц Э. Э., Старовойтов М. П., Гмошинская М. В. Оценка состояния питания и пищевого статуса детей грудного и раннего возраста в Российской Федерации. *Вопросы питания*. 2010;(6):57—63.
14. Белов В. Б., Роговина А. Г. Основные медико-демографические показатели здоровья населения России к 2013 г. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2014;(6):18—23.
15. Семья в России: особенности современной жизни и взгляд в будущее. М.; 2009.
16. Социальное положение и уровень жизни населения России. Статистический сборник. М.: Росстат; 2014.

Поступила 11.04.2016  
Принята в печать 24.11.2016

### REFERENCES

1. Moiseeva T. P. Child neglect in a large city as a deterrent to the positive dynamics of the transformation of Russian society. *Vestnik VEGU*. 2012;(2):40—4 (in Russian).
2. Belov V. B., Rogovina A. G. Social capital and health. *Problemy social'noj gigieny, zdoravoohraneniya i istorii mediciny*. 2013;(6):3—6 (in Russian).
3. Albitsky V. Y., Volgina S. Y., Kurmaeva E. A. Health status and lifestyle of children from poor families. *Voprosy sovremennoj pediatrii*. 2007;(6):25—7 (in Russian).
4. Deev A. D., Baturin A. K., Starovoytov M. P., Martinchik A. N., Zemlyanskaya T. A., Shalnova S. A., Keshabyants E. E., Saffronov A. M. Food in poor families: the adult working-age population. *Voprosy pitaniya*. 2002;(2):3—7 (in Russian).
5. Kodentsova V. M., Pogozheva A. V., Gromova O. A., Shikh E. V. Vitamin and mineral supplements in the diet of adult population. *Voprosy pitaniya*. 2015;(6):141—50 (in Russian).
6. Scientific basis for a healthy diet [*Nauchnye osnovy zdorovogo pitaniya*]. Moscow; 2010 (in Russian).
7. Baranov A. A., Namazova-Baranova L. S., Albitsky V. Y., Terletskaya R. N., Antonova E. V. State and problems of adolescent health in Russia. *Problemy social'noj gigieny, zdoravoohraneniya i istorii mediciny*. 2014;(6):10—5 (in Russian).
8. Conceptual views on the health of the child [*Konceptual'nye vzglyady na zdorov'e rebjonka*]. Smolensk; 2003 (in Russian).
9. Migunova J. V. The concept of health. Indicators for assessing the state of health of the population. *Izvestiya Ufimskogo nauchnogo centra RAN*. 2015;(1):99—105 (in Russian).
10. Ovcharova L. N., Popova D. O. Child poverty in Russia. Alarming trends and policy options — UNICEF [*Detskaja bednost' v Rossii. Trevozhnye tendencii i vybor strategicheskikh dejstvij — JuNISEF*]. Moscow; 2005 (in Russian).
11. Migunova J. V., Moiseeva T. P. Two-pronged nature of the problem of child nutrition as a factor of social stability. *Sovremennye problemy*

Здоровье и общество

- nauki i obrazovaniya*. 2014;(6). URL: <http://www.science-education.ru/120—16805> (reference date 22/03/2016) (in Russian).
12. Health and nutrition in poor families [*Pitanie i zdorov'e v bednyh sem'jah*]. Moscow: Prosveshhenie; 2002 (in Russian).
  13. Tutelian V. A., Baturin A. K., Kon I. Y., Safronov A. M., Keshabyants E. E., Starovoytov M. L., Gmshinskaya M. V. Assessment of dietary intake and nutritional status of infants and young children in the Russian Federation. *Voprosy pitaniya*. 2010;(6):57—63 (in Russian).
  14. Belov V. B., Rogovin A. G. Basic medical and demographic indicators of the health of the Russian population by 2013. *Problemy social'noj gigieny, zdavoohraneniya i istorii mediciny*. 2014;(6):18—23 (in Russian).
  15. Family in Russia: features of modern life and sight into the future: a collective monograph [*Sem'ja v Rossii: osobennosti sovremennoj zhizni i vzgljad v budushhee*]. Moscow; 2009 (in Russian).
  16. The social position and living standards of the population of Russia. Statistical Yearbook [*Social'noe polozhenie i uroven' zhizni naselenija Rossii. Statisticheskij sbornik*]. Moscow: Rosstat; 2014 (in Russian).

Чухраев А. М.<sup>1</sup>, Сахнов С. Н.<sup>2</sup>**ДИНАМИКА И ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ГЛАУКОМЫ И КАТАРАКТОЙ В КРУПНЫХ ГОРОДАХ  
КРАСНОДАРСКОГО КРАЯ**<sup>1</sup>ФГАУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С. Н. Федорова» Минздрава России, 127486, г. Москва;<sup>2</sup>Краснодарский филиал ФГАУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С. Н. Федорова» Минздрава России, 350012, г. Краснодар

*Анализ динамики заболеваемости глаукомой и катарактой взрослого населения в крупных городах Краснодарского края за 2012—2016 гг. позволил установить наиболее негативную тенденцию заболеваемости глаукомой, особенно в Сочи. Прогнозирование заболеваемости глаукомой в Сочи свидетельствует о ее увеличении в 2017—2019 гг. Заболеваемость катарактой в изученных городах имеет более благоприятную динамику. Неблагополучным по заболеваемости катарактой крупным городом является Армавир, что подтверждается также прогнозными результатами. Полученные данные следует использовать в деятельности специалистов офтальмологической службы при формировании территориальных лечебно-профилактических программ.*

*Ключевые слова:* заболеваемость катарактой; заболеваемость глаукомой; прогнозирование.

**Для цитирования:** Чухраев А. М., Сахнов С. Н. Динамика и прогнозирование заболеваемости глаукомой и катарактой в городах Краснодарского края. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2019; 27(1):28—30. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2019-27-1-28-30>

**Для корреспонденции:** Сахнов Сергей Николаевич, канд. мед. наук, канд. экон. наук, директор Краснодарского филиала ФГАУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С. Н. Федорова» Минздрава России, e-mail: [office@okocentr.ru](mailto:office@okocentr.ru)

Tchukhraev A. M.<sup>1</sup>, Sakhnov S. N.<sup>2</sup>**THE DYNAMICS AND PROGNOSIS OF GLAUCOMA AND CATARACT MORBIDITY IN URBAN AREAS OF  
THE KRASNODAR KRAY**<sup>1</sup>The Federal State Self-Contained Institution “The academician S. N. Fedorov Interbranch Scientific and Technical Complex “Microsurgery of the Eye” of Minzdrav of Russia, 127486, Moscow, Russia;<sup>2</sup>The Krasnodar Branch of The Federal State Self-Contained Institution “The academician S. N. Fedorov Interbranch Scientific and Technical Complex “Microsurgery of the Eye” of Minzdrav of Russia, 350012, Krasnodar, Russia

*The analysis of dynamics of glaucoma and cataract morbidity of adult population in metropolises of Krasnodar Kray in 2012—2016 established the most negative trend in glaucoma morbidity, especially in Sochi. The prognosis of glaucoma morbidity in Sochi testifies its increasing in 2017—2019. The cataract morbidity in the explored cities has more favorable dynamics. Armavir is the problematic metropolis on cataract morbidity that is also confirmed by prognosis results. The study results are to be applied in activities of ophthalmologic service specialists when developing territorial curative preventive programs.*

*Keywords:* morbidity; cataract; glaucoma; prognosis.

**For citation:** Tchukhraev A. M., Sakhnov S. N. The dynamics and prognosis of glaucoma and cataract morbidity in urban areas of the Krasnodar Kray. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2019; 27(1):28—30 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2019-27-1-28-30>

**For correspondence:** Sakhnov S. N., candidate of medical sciences, the Director of the Krasnodar Branch of The Federal State Self-Contained Institution “The academician S. N. Fedorov Interbranch Scientific and Technical Complex “Microsurgery of the Eye”. e-mail: [office@okocentr.ru](mailto:office@okocentr.ru)

**Conflict of interests.** The authors declare absence of conflict of interests.

**Acknowledgment.** The study had no sponsor support

Received 20.11.2017  
Accepted 21.12.2017

Среди офтальмологических заболеваний взрослого населения особое место занимают глаукома и катаракта, которые, несмотря на достижения в их диагностике и лечении, остаются социально значимой патологией и ведущей причиной потери зрения [1—3]. В структуре офтальмологической помощи 21% составляют глаукома и катаракта, приводящие к инвалидизации населения в трудоспособном возрасте. В Российской Федерации с 2009 по 2013 г. произошло увеличение заболеваемости населения глаукомой с 105,1 до 113,6 случая на 100 тыс. человек, а в Уральском федеральном округе — с 104,1 до 114,2 случая на 100 тыс. человек [4, 5]. Число больных глаукомой в мире составляет 70—100 млн и, по мнению экспертов, в ближайшие 10 лет возрастет еще на 10 млн [6]. В России, согласно официальной

статистике, насчитывается около 1 млн больных глаукомой, однако в реальности масштабы распространения этой патологии больше.

Заболеваемость катарактой с каждым годом также возрастает в России и отдельных ее регионах [7]. За последние годы она повысилась в стране в среднем на 150—160%, что существенно снижает качество жизни населения и свидетельствует о негативной динамике нозологии. Несмотря на очевидную актуальность заболеваемости глаукомой и катарактой, их динамика с получением прогнозных оценок изучается крайне редко в нашей стране и субъектах, в том числе в Краснодарском крае. Не проводилось также сравнительных исследований по уровню заболеваемости глаукомой и катарактой в крупных городах Краснодарского края.

## Материалы и методы

Сплошным ретроспективным методом изучена заболеваемость с впервые диагностированной глаукомой и катарактой среди взрослого населения крупных городов Краснодарского края за 2012—2016 гг. В качестве крупных городов рассматривались Краснодар, Сочи, Новороссийск, Армавир, Анапа. Заболеваемость глаукомой и катарактой выражалась в интенсивных показателях на 100 тыс. населения 18 лет и старше.

При анализе динамики заболеваемости глаукомой и катарактой определялся абсолютный прирост данной патологии по общепринятой методике. Для прогнозирования заболеваемости применялся математический метод Брауна. При оценке достоверности использовался Т-критерий Уайта.

## Результаты исследования

Динамика заболеваемости катарактой взрослого населения крупных городов Краснодарского края за исследуемый период характеризуется разнонаправленными тенденциями (табл. 1). Так, в Краснодаре за 2012—2016 гг. произошло достоверное снижение заболеваемости катарактой в данной возрастной категории ( $p < 0,001$ ). Снижение частоты заболеваемости катарактой происходило практически на всем протяжении изученного периода, за исключением 2015 г., когда отмечался абсолютный прирост рассматриваемой патологии глаза. Максимальное снижение заболеваемости катарактой в Краснодаре наблюдалась с 2012 по 2013 г., она составила в это период 79 случаев на 100 тыс. взрослых. Однако в анализируемых крупных городах Краснодарского края она выявлена в Анапе, при этом наиболее существенное уменьшение ее частоты в Анапе произошло в период с 2014 по 2015 г. ( $p < 0,001$ ), когда абсолютная убыль составила 1011 случаев на 100 тыс. взрослого населения.

В целом за 2012—2016 гг. значительная абсолютная убыль заболеваемости катарактой выявлена также в Новороссийске с выраженной абсолютной убылью в 2015—2016 гг. Абсолютный прирост частоты катаракты у взрослых в крупных городах Краснодарского края отмечен в Сочи и Армавире.

Результаты динамики заболеваемости катарактой среди взрослых, проживающих в пяти крупных городах Краснодарского края, показывают, что наиболее неблагоприятным городом по данной нозологической форме является Сочи, для которого выпол-

Таблица 1

Динамика заболеваемости катарактой взрослого населения крупных городов Краснодарского края в 2012—2016 гг. (на 100 тыс. взрослого населения)

Город	2012 г.	2013 г.	2014 г.	2015 г.	2016 г.	Абсолютный прирост/убыль
Краснодар	465	386	368	388	353	-112
Сочи	278	651	602	483	571	+293
Новороссийск	393	335	386	388	187	-206
Армавир	164	197	197	198	216	+52
Анапа	852	678	1603	592	595	-257

Таблица 2

Динамика заболеваемости глаукомой взрослого населения крупных городов Краснодарского края в 2012—2016 гг. (на 100 тыс. взрослого населения)

Город	2012 г.	2013 г.	2014 г.	2015 г.	2016 г.	Абсолютный прирост/убыль
Краснодар	214	193	177	153	146	-37
Сочи	56	57	119	117	134	+41
Новороссийск	81	87	125	122	106	+23
Армавир	173	255	242	245	259	+62
Анапа	86	56	179	49	62	0

нен краткосрочный прогноз заболеваемости взрослых катарактой: 2017 г. — 644; 2018 г. — 717; 2019 г. — 790 на 100 тыс. соответствующего населения).

Анализ динамики заболеваемости глаукомой среди взрослого населения названных городов свидетельствует о наиболее негативных тенденциях в Армавире, где наблюдался наивысший абсолютный прирост указанной патологии. При этом абсолютный прирост впервые выявленной глаукомы установлен в 2012—2013 гг., он составил +82 случая на 100 тыс. взрослого населения. Высокий абсолютный прирост заболеваемости глаукомой у взрослых в крупных городах Краснодарского края отмечен в Сочи, но максимальный абсолютный прирост пришелся на 2013—2014 гг. ( $p < 0,001$ ). В Новороссийске также установлен абсолютный прирост частоты глаукомы среди взрослого населения города, но значительно ниже, чем в Армавире и Сочи. Только в Краснодаре наблюдалась значительная абсолютная убыль заболеваемости глаукомой (табл. 2).

Интересно отметить, что в Армавире заболеваемость глаукомой в целом осталась без изменений за 2012—2016 гг., хотя в отдельные годы наблюдались ее повышение и снижение.

Следовательно, неблагоприятной территорией среди данных городов по динамике заболеваемости глаукомой взрослых следует считать Армавир, для которого рассчитаны прогнозные оценки на краткосрочный период (2017 г. — 274,5; 2018 г. — 290; 2019 г. — 305,5 на 100 тыс. соответствующего населения).

Полученные результаты показывают, что при сохранении выявленных тенденций в динамике заболеваемости глаукомой в 2017—2019 гг. в Армавире продолжится ее увеличение среди взрослых.

## Обсуждение

Рост заболеваемости глаукомой во многих городах России, по мнению И. Г. Долговой [1], характеризуется быстрыми темпами. Так, в Свердловской области среди взрослого населения она растет быстрее, чем заболеваемость болезнями органа зрения в целом [2]. Заболеваемость впервые выявленной глаукомой с 2000 по 2010 г. увеличилась с 76 до 108 случаев на 100 тыс. взрослых, а заболеваемость болезнями глаза и его придаточного аппарата снизилась на 0,3%. В результате этого произошло увеличение доли глаукомы в структуре болезней глаза с

10,2% в 2000 г. до 11,4% в 2010 г. В соответствии с разработанными прогнозами при сохранении существующих тенденций заболеваемость глаукомой в регионе возрастет. Вместе с тем в Тюменской области заболеваемость глаукомой взрослого населения снизилась с 96,5 в 2009 г. до 89,8 случая на 100 тыс. в 2013 г. [7].

Заболеваемость катарактой в Тюменской области в динамике за исследуемые годы, как и заболеваемость глаукомой, достоверно снизилась с 580,9 случая в 2009 г. до 231,8 случая в 2013 г. [5]. В Хабаровском крае значительную часть среди обратившихся за специализированной офтальмологической помощью в ФГУ МНТК «Микрохирургия глаза им. акад. С. Н. Федорова» составили пациенты с катарактой (23% против 5,5% больных глаукомой) [4]. При этом наиболее быстрыми темпами растет заболеваемость социально значимыми болезнями глаза: глаукомой (на 30,7%) и катарактой (на 46,7%) [2].

### Заключение

Полученные результаты свидетельствуют о негативной динамике заболеваемости глаукомой взрослого населения в большинстве крупных городов Краснодарского края, особенно в Сочи. Краткосрочное прогнозирование заболеваемости глаукомой в Сочи предполагает ее повышение в 2017—2019 гг. Заболеваемость катарактой в крупных городах Краснодарского края среди взрослых характеризуется менее негативной динамикой, чем заболеваемость глаукомой. Неблагополучным городом по заболеваемости катарактой взрослых является Армавир. Прогнозные оценки указывают, что заболеваемость катарактой в Армавири увеличится в 2017—2019 гг. Результаты исследования следует использовать при формировании территориальных лечебно-профилактических программ офтальмологической службы.

Исследование не имело спонсорской поддержки. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Долгова И. Г., Щепин В. О., Проклова Т. Н. Особенности адаптации системы сбалансированных показателей для оценки эффективности внедрения процессно-ориентированного подхода в региональную систему организации офтальмологической помощи. *Бюллетень Национального НИИ общественного здоровья им. Н. А. Семашко*. 2016;1(2):48—55.
2. Долгова И. Г., Щепин В. О., Кузьмин Ю. Ф., Проклова Т. Н. Этапы повышения эффективности региональной офтальмологической

службы Тюменской области на основе процессного моделирования. *Бюллетень национального НИИ общественного здоровья им. Н. А. Семашко*. 2015;(2):241—7.

3. Долгова И. Г., Щепин В. О., Кузьмин Ю. Ф., Проклова Т. Н. Принципы построения региональной офтальмологической службы Тюменской области на основе процессного моделирования. *Бюллетень Национального НИИ общественного здоровья им. Н. А. Семашко*. 2015;(2):234—40.
4. Попова О. Е., Бадаев Ф. И., Яблонская Л. Я. Заболеваемость болезнями глаз и ресурсное обеспечение офтальмологической службы в Свердловской области. *Вестник Ивановской медицинской академии*. 2014;(1):5—8.
5. Егорова Е. А., Астахова Ю. С., Щуко. А. Г. Национальное руководство по глаукоме: путеводитель для поликлинических врачей. М.: Алкон Фармацевтика; 2008.
6. Егоров В. В., Сорокин Е. Л., Дутчин И. В., Кинзебулатова Р. А. Структура патологии органа зрения у пациентов лечебно-диагностического кабинета — представительства Хабаровского филиала МНТК «Микрохирургия глаза». *Вестник Оренбургского государственного университета*. 2010;12(2):56—8.
7. Чухраев А. М., Фраймович В. Б., Овсанников А. М. Управление развитием медицинских комплексов ключевой компетенции в Российском здравоохранении. СПб.: Человек; 2014.

Поступила 20.11.2017

Принята в печать 21.12.2017

### REFERENCES

1. Dolgova I. G., Shhepin V. O., Proklova T. N. Features of adaptation of the system of balanced indicators to evaluate the effectiveness of the implementation of a process-oriented approach in the regional system of Omsal eye care. *Bulleten' Nacional'nogo NII obshhestvennogo zdorov'ja imeni N. A. Semashko*. 2016;1(2):48—55 (in Russian).
2. Dolgova I. G., Shhepin V. O., Kuz'min Ju.F., Proklova T. N. Stages of increasing the efficiency of regional ophthalmologic service of the Tyumen region on the basis of process modeling. *Bulleten' nacional'nogo NII obshhestvennogo zdorov'ja imeni N. A. Semashko*. 2015;(2):241—7 (in Russian).
3. Dolgova I. G., Shhepin V. O., Kuz'min Ju.F., Proklova T. N. The principles of the regional ophthalmology service of the Tyumen region on the basis of process modeling. *Bulleten' Nacional'nogo NII obshhestvennogo zdorov'ja imeni N. A. Semashko*. 2015;(2):234—40 (in Russian).
4. Popova O. E., Badaev F. I., Jablonskaja L. Ja. the Incidence of eye diseases and resource provision of ophthalmic services in the Sverdlovsk region. *Vestnik Ivanovskoj medicinskoj akademii*. 2014;(1):5—8 (in Russian).
5. Egorova E. A., Astahova Ju.S., Shhuko. A. G. National guidance on glaucoma: a guide for polyclinic doctors [*Natsionalnoe rukovodstvo po glaukome: putevoditel dlya klinicheskikh vrachei*]. Moscow: Alkon Farmaceutika; 2008 (in Russian).
6. Egorov V. V., Sorokin E. L., Dutchin I. V., Kinzebulatova R. A. structure of the eye pathology patients treatment and diagnostic office — representative office of the Khabarovsk branch of IRTC «Eye microsurgery». *Vestnik Orenburgskogo gosudarstvennogo universiteta*. 2010;12(2):56—8 (in Russian).
7. Chuhraev A. M., Frajmovich V. B., Ovsjannikov A. M. Managing the development of medical complexes, the key competencies in the delivery of care [*Upravlenie razvitiem meditsinskih kompleksov klyuchevoi kompetencii v Rossijskoi Federacii*]. Sankt-Petersburg: Chelovek; 2014 (in Russian).

Санина Н. П.<sup>1</sup>, Гуров А. Н.<sup>1</sup>, Давронов И. В.<sup>2</sup>

## АНАЛИЗ ПРИЧИН НЕУДОВЛЕТВОРЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ НА ОСНОВЕ ОБРАЩЕНИЙ ГРАЖДАН И НЕЗАВИСИМОЙ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ УСЛУГ МЕДИЦИНСКИМИ ОРГАНИЗАЦИЯМИ

<sup>1</sup>ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М. Ф. Владимирского», 129110, г. Москва;  
<sup>2</sup>Талдомская центральная районная больница, 141900 г. Талдом, Московская область

*Представлены основные подходы к анализу причин неудовлетворенности пациентов медицинской помощью на основе обращений граждан и независимой оценки качества оказания услуг медицинскими организациями разного уровня. Результаты оценки интернет-сайтов нередко говорят о хороших результатах работы медицинских организаций, а число обоснованных жалоб граждан по поводу неудовлетворенности медицинской помощью в конкретных медицинских организациях остается высоким. Дан анализ основных причин неудовлетворенности пациентов медицинской помощью на основе обращений граждан и независимой оценки качества оказания услуг медицинскими организациями.*

**К л ю ч е в ы е с л о в а :** неудовлетворенность первичной медико-санитарной помощью; жалоба; независимая оценка качества оказания медицинских услуг; работа с обращениями граждан.

**Для цитирования:** Санина Н. П., Гуров А. Н., Давронов И. В. Анализ причин неудовлетворенности пациентов медицинской помощью на основе обращений граждан и независимой оценки качества оказания услуг медицинскими организациями. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2019;27(1):31—35. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2019-27-1-31-35>

**Для корреспонденции:** Гуров Андрей Николаевич — д-р мед. наук, профессор, зав. кафедрой организации здравоохранения и общественного здоровья Московского областного научно-исследовательского клинического института им. М. Ф. Владимирского, e-mail: [angurov1@mail.ru](mailto:angurov1@mail.ru)

Sanina N. P.<sup>1</sup>, Gurov A. N.<sup>1</sup>, Davronov I. V.<sup>2</sup>

## THE ANALYSIS OF CAUSES OF DISSATISFACTION OF PATIENTS WITH MEDICAL CARE BASED ON APPEALS OF CITIZEN AND INDEPENDENT EVALUATION OF QUALITY OF MEDICAL SERVICES BY MEDICAL ORGANIZATIONS

<sup>1</sup>The State Budget Institution of Health Care of the Moscow Oblast “The M. F. Vladimirsky Moscow Oblast Research Clinical Institute”, Moscow, Russia;

<sup>2</sup>The Taldom Central District Hospital, 141900, Taldom, Moscow Oblast, Russia

*The article presents the main approaches to analysis of the causes of the patients' dissatisfaction with medical care based on the appeals of citizen and independent assessment of medical care quality in medical institutions of various levels. The results of evaluation of web-sites testify good results of functioning of medical institutions. The number of sound complaints of citizen on inadequate medical care services in particular medical organizations continues to be high. The main causes of patients' dissatisfaction with medical care are analyzed.*

**К е у в о р д с :** dissatisfaction with primary medical sanitary care; complaint; independent assessment; medical service quality; analysis of patients' complaints.

**For citation:** Sanina N. P., Gurov A. N., Davronov I. V. The analysis of causes of dissatisfaction of patients with medical care based on appeals of citizen and independent evaluation of quality of medical services by medical organizations. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2019; 27(1):31—35 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2019-27-1-31-35>

**For correspondence:** Gurov A. N., doctor of medical sciences, professor, the Head of the Chair of Health Care Organization and Public Health of the State Budget Institution of Health Care of the Moscow Oblast “The M. F. Vladimirsky Moscow Oblast Research Clinical Institute”. e-mail: [angurov1@mail.ru](mailto:angurov1@mail.ru)

**Conflict of interests.** The authors declare absence of conflict of interests.

**Acknowledgment.** The study had no sponsor support

Received 12.03.2018  
Accepted 20.09.2018

На современном этапе развития здравоохранения остро встают проблемы повышения удовлетворенности населения оказанной первичной медико-санитарной помощью. При оценке эффективности деятельности медицинских организаций (МедО) все большее значение придается удовлетворенности пациентов качеством оказываемых медицинских услуг. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) рассматривает проблему качества медицинской помощи и факторы, влияющие на это качество, с четырех позиций: максимального выполнения профессиональных функций, оптимального использования ресурсов, минимального риска для пациента и максимальной удовлетворенности пациен-

та взаимодействием с медицинской подсистемой [1].

Данный стандарт предполагает разделение удовлетворенности потребителей на высокую и низкую. Низкая удовлетворенность приближена к понятию «неудовлетворенность», при которой необходима защита прав пациентов и возможны обращения в различные инстанции с жалобами.

### Материалы и методы

В интересах независимой оценки качества оказания и доступности первичной медико-санитарной помощи, оказываемой МедО Московской области (МО), имеющими прикрепленное население

(в 2017 г. — 153, в 2016 г. — 160 МедО), осуществлялся сбор информации по специальным формам, в которых предусматривалось отражение числа обращений граждан по поводу неудовлетворенности работой МедО или лекарственным обеспечением. Источниками данных при оценке неудовлетворенности пациентов служили обращения граждан, а также результаты целевых опросов и проверок.

### Результаты исследования

В 2017 г. за медицинской помощью в МедО МО обратились 64,9 млн человек (в 2016 г. — 64,1 млн). Среднее число посещений амбулаторно-поликлинических организаций на одного жителя МО в 2017 г. составило 9,2 (в 2016 г. — 9,1).

В случае неудовлетворенности медицинской помощью при достаточной активности граждан и желании отстаивать свои права возникают обращения (предложения, заявления, жалобы и ходатайства) граждан в различные инстанции. Одним из механизмов контроля неудовлетворенности медицинской помощью является работа МедО с обращениями населения. Обращения или жалобы пациентов и их родственников по поводу неудовлетворенности медицинской помощью могут поступать к заведующим отделениями, руководящим работникам МедО, а также в органы управления здравоохранением, другие органы исполнительной власти, фонды обязательного медицинского страхования, страховые МедО, лицензирующие органы, ассоциации по защите прав потребителей, к уполномоченным по правам человека, депутатам, а также в правоохранительные органы. Но прежде всего пациент пытается разрешить возникшие проблемы в самой МедО. Обращения в другие вышеперечисленные инстанции возникают тогда, когда в самой организации пациент проблеме не решил.

В расчете на 1 млн обращений граждан МО в МедО по поводу заболеваний, вновь выявленных или установленных ранее, в 2017 г. приходилось 41, в 2016 г. — 48 обращений в связи с неудовлетворенностью оказанной медицинской помощью. За 2017—2016 гг. число таких обращений снизилось на 8,5%, несмотря на большую информационную открытость МедО и органов управления здравоохранением МО.

Население МО при неудовлетворенности оказанной медицинской помощью обращается в различные инстанции. В основном это страховые МедО или территориальный фонд обязательного медицинского страхования (ТФОМС) (в 2017 г. — 22%, в 2016 г. — 31,4%), непосредственно руководство МедО (в 2017 г. — 23,5%, в 2016 г. — 19,5%), центральный аппарат и территориальный орган управления Росздравнадзора (в 2017 г. — 21,5%, в 2016 г. — 20%), Министерство здравоохранения МО (в 2017 г. — 21,3%, в 2016 г. — 16%), прокуратура (в 2017 г. — 3,7%, в 2016 г. — 3,9%), губернатор МО (в 2017 г. — 3,3%, в 2016 г. — 5%). В 2017 г. по сравнению с 2016 г. возросло число обращений в Росздравнадзор, Министерство здравоохранения МО, непосредственно в

МедО и уменьшилось число обращений в страховые медицинские организации и ТФОМС.

Установлено, что часто граждане обращаются в вышестоящие инстанции в связи с неудовлетворенностью оказанной медицинской помощью по одному и тому же поводу: к Президенту РФ, в Государственную Думу, Минобороны РФ, прокуратуру, по запросам которых Министерство здравоохранения МО проводит расследование. Такое обращение каждый раз на разных уровнях регистрируется как самостоятельное. Поэтому, когда говорят о значительном росте числа обращений из-за неудовлетворенности, не учитывается 2—3-кратная регистрация одних и тех же обращений в разные инстанции.

Наиболее часто обращения граждан осуществляются через интернет (в 2017 г. — 32%, в 2016 г. — 24%), интернет-проект ДоброДел <http://dobrodel.tv> (в 2017 г. — 19%, в 2016 г. — 15%), по электронной почте (в 2017 г. — 18%, в 2016 г. — 15%), когда каждый гражданин может написать свое обращение через интернет с телефона и обязательно получит ответ, по межведомственной системе документооборота (МСЭД) (в 2017 г. — 16%, в 2016 — 13,5%). Обращения граждан через средства массовой информации остаются наиболее важными, по их материалам могут появиться публикации в различных газетах или выступления на ТВ, но их число уменьшается (в 2017 г. — 13%, в 2016 г. — 19%), численность почтовых обращений, также уменьшается (в 2017 г. — 5,7%, в 2016 г. — 9,5%).

Для оценки меняющихся результатов работы поликлиники использовались показатели независимой оценки качества оказания услуг, определенные приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14.05.2015 г. № 240 «Об утверждении Методических рекомендаций по проведению независимой оценки качества оказания услуг медицинскими организациями».

Определенную значимость для оценки удовлетворенности медицинской помощью имеет независимая оценка качества оказания услуг МедО на основе критериев, определенных приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28 ноября 2014 г. № 787н «Об утверждении показателей, характеризующих общие критерии оценки качества оказания услуг медицинскими организациями» (в настоящее время — приказ МЗ РФ от 04.05.2018 г. № 201н). Оценка осуществляется на интернет-сайте Министерства здравоохранения Российской Федерации (<https://www.rosminzdrav.ru>) и МО (<http://mz.mosreg.ru>) по таким общим критериям, как открытость и доступность информации о МедО, комфортность условий предоставления медицинских услуг и доступность их получения, время ожидания предоставления медицинской услуги, доброжелательность, вежливость, компетентность ее работников, удовлетворенность оказанными услугами.

В 2017 г. показатель открытости и доступности информации для МедО 1-го уровня в среднем составлял 82%, 2-го уровня — 85%, 3-го уровня — 87%. Показатель комфортности условий предоставления



## Здоровье и общество

медицинских услуг для МедО 1-го уровня был равен 70%, 2-го уровня — 75%, 3-го уровня — 78%. Доступность медицинской помощи для МедО 1-го уровня составила 88%, 2-го уровня — 85%, 3-го уровня — 81%. Показатель времени ожидания предоставления медицинской помощи для МедО 1-го уровня равнялся 88%, 2-го уровня — 85%, уровня — 81%. Доброжелательность, вежливость, компетентность работников всех МедО имеют самый высокий показатель: для МедО 1-го уровня — 84%, 2-го уровня — 85%, 3-го уровня — 87%. Показатель критерия удовлетворенности оказанными услугами для МедО 1-го уровня составил в среднем 75%, 2-го уровня — 78%, 3-го уровня — 81%.

В последнее время в ряде случаев показатели независимой оценки качества оказания услуг МедО, которые оцениваются по результатам заполнения анкет на интернет-сайтах Министерства здравоохранения Российской Федерации и МО, говорят о хорошей и очень хорошей удовлетворенности пациентов работой МедО, а число обоснованных жалоб граждан по поводу неудовлетворенности медицинской помощью в конкретных медицинских организациях остается высоким. В связи с этим именно в МедО необходимо в первую очередь проводить работу по соблюдению прав пациентов и анализу неудовлетворенности медицинской помощью.

При анализе обращений по принципу обоснованности жалоб исходили из того, что обоснованными жалобами считаются письменные или устные заявления пациентов или их родственников, по результатам разбора которых имели место доказанные факты, изложенные в жалобе, и приняты соответствующие меры, обеспечивающие большую доступность и качественное оказание медицинской помощи. В связи с этим все данные, полученные по результатам самооценки, подвергались тщательной оценке при анализе по критерию «обоснованность». Из числа жалоб в ряд МедО МО только 15—20% обращений были обоснованными.

Необоснованными считаются жалобы, связанные в основном с естественным прогрессированием болезни (15,2%), правомерными действиями медицинских работников и выполнением стандартов и клинических руководств (12,7%). Часть, казалось бы, необоснованных жалоб требовали дополнительного экспертного анализа (22,6%), поскольку определение обращения как обоснованного или необоснованного часто является спорным.

Изучение структуры обращений в 2016—2017 гг. показало, что в 60—70% случаев респонденты сами являлись пациентами и обсуждали уровень проведенного им лечения. В 30—40% случаев обращения были по поводу медицинской помощи, оказанной родственникам или близким людям. Обращения граждан относятся к работе всех типов МедО: 44% писем содержали неудовлетворенность помощью, оказанной в амбулаторно-поликлинических условиях, 22% — в городских больницах, 19% — в центральных районных больницах или их подразделениях,

11% — в специализированных диспансерах, 4% — станциями скорой медицинской помощи.

Исследование обращений граждан в различные инстанции по поводу неудовлетворенности медицинской помощью в МО обычно совпадает с результатами исследования мнений пациентов в МедО, при этом наибольшую неудовлетворенность медицинской помощью население испытывает на амбулаторно-поликлиническом уровне ее оказания.

Основная причина неудовлетворенности в обращениях граждан связывается с некачественной медицинской помощью, безопасностью медицинской деятельности и утратой в связи с этим здоровья (в 2017 г. — 41,3%, в 2016 г. — 38,4%). При этом число повторных обращений по этому поводу уменьшилось (в 2017 г. — 4,9%, в 2016 г. — 5,2%). Обращения по поводу обеспечения необходимыми лекарственными средствами в 2017 г. составили 31,1% (в 2016 г. — 21,6%). Увеличилось и число повторных обращений с 1,6 до 2,2%. Заметно уменьшилось в структуре обращений число жалоб на взимание денежных средств за медицинскую помощь по программам ОМС (в 2017 г. — 8,7%, в 2016 г. — 25,4%). Во многом это связано с большей доступностью медицинской помощи в МедО МО и уменьшением отказов в медицинской помощи по программам ОМС (в 2017 г. — 9,1%, в 2016 г. — 10,6%). Об этом же говорят и результаты независимых опросов на интернет-сайтах. Остается значительной в структуре обращений граждан доля жалоб, которые относятся к разделу «Этика и деонтология медицинских работников» (в 2017 г. — 6,9%, в 2016 г. — 2,5%).

Анализ структуры обращений по поводу обеспечения необходимыми лекарственными средствами показал, что остаются частыми обращения по поводу неполного и несвоевременного льготного лекарственного обеспечения, хотя в 2017 г. их число составило 37%, а в 2016 г. — 46%. Увеличилось число жалоб в связи с синонимической заменой или отказом врача выписать требуемый пациентом лекарственный препарат (в 2017 г. — 42%, в 2016 г. — 31%). Особенно актуальны эти проблемы при льготном лекарственном обеспечении у пациентов, страдающих онкологическими заболеваниями (в 2017 г. — 17%, в 2016 г. — 22%). Уменьшилось число нежелательных аллергических реакций при применении лекарственных препаратов, которые были отмечены в обращениях (в 2017 г. — 21%, в 2016 г. — 23%), из них антимикробных препаратов (в 2017 г. — 8%, в 2016 г. — 10%), корректоров метаболизма костей и хрящевой ткани (в 2017 г. — 5%, в 2016 г. — 6%).

Наибольшее беспокойство вызывает отказ в медицинской помощи, взимание денег, утрата здоровья из-за некачественного оказания медицинской помощи, что является грубейшими, в том числе уголовно наказуемыми, проступками. В 5 случаях отказ стал одной из причин смерти больного, а в 4 случаях — развития тяжелых осложнений. Не меньшее беспокойство вызывают нарушения права пациента на уважительное и гуманное отношение со стороны медицинского и обслуживающего персонала, свя-

занные с соблюдением этики и деонтологии медицинскими работниками.

Наиболее часто результатом разбирательств по поводу жалоб о несоблюдении прав пациента, если сведения подтверждаются, является дисциплинарное наказание и лишение денежных премий. За 2016 г. в 97 (в 2015 г. — в 122) случаях в качестве наказания сотруднику или руководителю МедО делалось замечание, и все случаи разбирались на общей врачебной конференции. Сведения об отказе в медицинской помощи, представленные в пяти обращениях граждан, явились причиной выговора. Кроме того, в 11 ситуациях к медицинским работникам были применены меры экономического воздействия.

Наиболее тяжелые случаи неудовлетворенности, возникающие в процессе оказания медицинской помощи, могут стать причиной возбуждения дел об уголовной или гражданской ответственности. На основании мониторинга дефектов оказания медицинской помощи в МедО, бюро судебно-медицинской экспертизы МО в 2017 г. проведены экспертизы по 15 гражданским (в 2016 г. — по 14) и 16 уголовным (в 2016 г. — по 14) уголовным искам пациентов к действиям медицинских работников [2].

Все экспертизы по уголовным искам к врачам МедО в 2017—2016 гг. были связаны с действиями сотрудников коммерческих медицинских центров. С гражданскими исками пациенты и их представители обращались по поводу оказания медицинской помощи в стационарах (60,1% случаев) и в амбулаторных организациях (39,9%). В отличие от уголовных, гражданские иски практически в равной степени были предъявлены к врачам амбулаторных частных центров и государственных поликлиник.

В 11% случаев судебно-медицинская экспертиза была вызвана оказанием неотложной помощи врачами-терапевтами, причем все дела по данной группе были уголовными. В 9,3% случаев причиной иска явилась неудовлетворенность пациентов и их родственников лечением детей неонатологами и педиатрами. В остальных случаях иски были предъявлены к врачам узких специальностей: оториноларингологам, кардиологам, онкологам.

Причиной подачи иска в 54% случаев стала смерть пациента, в 36% случаев — нанесенный вред здоровью в результате непосредственного действия или бездействия врачей, в 10% — незаконное взимание медицинскими работниками денег. Только в одной из экспертиз родственниками был поставлен вопрос об отсутствии добровольного информированного согласия пациента на операцию.

Проведенный анализ настораживает тем, что большее число жалоб населения связано не с профессионализмом врачей, а с поведением медицинских работников при исполнении должностных обязанностей: грубостью, безразличием, невниманием. Очень многих конфликтных ситуаций могло бы не возникнуть при выполнении врачами элементарных норм поведения. Представляется возможным существенное сокращение числа жалоб населения при ор-

ганизации руководителями МедО методических совещаний и инструктажей по этике и деонтологии медицинского персонала в рамках современного законодательства.

Таким образом, далеко не всегда неудовлетворенность медицинской помощью и поданная жалоба требуют мероприятий по устранению недостатков, однако всегда являются основой для проведения медико-организационных мероприятий по профилактике ненадлежащего оказания медицинской помощи. Разработка механизмов контроля неудовлетворенности медицинской помощью является одним из значимых элементов решения проблемы ее качества.

Традиционно обращения (жалобы) на неудовлетворенность медицинской помощью разбирались в административном порядке или профессиональным сообществом. В современных условиях в этот традиционно сложившийся порядок разрешения конфликтов внедряются юридические способы разрешения споров, как внесудебные, так и судебные. В медицинской среде стали широко использоваться понятия «причинение вреда жизни и здоровью», «ответственность за причинение вреда жизни и здоровью». Сегодня руководители МедО должны понимать разницу между виновным и невиновным причинением вреда (хотя «вина» является юридическим термином — условием наступления юридической ответственности). Эти знания необходимы для анализа причин, приведших к негативным последствиям, а также проведения организационных мероприятий по предотвращению неблагоприятных исходов при оказании медицинской помощи.

Анализ обращений граждан особенно важен на уровне МедО, оказывающих первичную медико-санитарную помощь и наиболее приближенных к населению. Именно руководители МедО и территориального органа управления здравоохранением являются основным звеном в устранении недостатков деятельности системы здравоохранения при оказании основного объема медицинской помощи населению на уровне амбулаторной медицинской организации муниципального образования и региона в целом.

### Заключение

Основными причинами нарушения прав граждан при оказании медицинской помощи в МедО МО, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, что приводит к обращениям, в 2017 г. являются некачественная медицинская помощь, связанная с утратой здоровья (41,3%). При этом число повторных обращений по этому поводу уменьшилось. Увеличилось и составило 31,1% число обращений по поводу обеспечения необходимыми лекарственными средствами, выросло и число повторных обращений. Заметно уменьшилось в структуре обращений число жалоб в связи с взиманием денежных средств за медицинскую помощь по программам ОМС (в 2017 г. — 8,7% в 2016 г. — 25,4%). Значительным остается число жалоб, которые относятся к разделу «Этика и деонтология медицинских работников».

Здоровье и общество

В меньшей степени отражены в числе обоснованных жалоб, но от этого не менее значимыми являются:

- отсутствие информированности населения о правах граждан при оказании медицинской помощи;
- нарушение прав граждан по сохранению сведений, представляющих врачебную тайну;
- нарушение права на информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство.

Учитывая, что медицинская помощь оказывается в конкретной МедО, именно там необходимо в первую очередь проводить мероприятия по анализу неудовлетворенности медицинской помощью и ее профилактике, совершенствовать работу по телефонам «горячей линии» и электронным формам обращений, регулярно размещать аналитические материалы по итогам работы с обращениями граждан на официальных сайтах МедО.

Вся эта работа должна способствовать значительному повышению удовлетворенности населения ка-

чеством оказания медицинской помощи в медицинских организациях различного уровня.

Исследование не имело спонсорской поддержки. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абрамов А. Ю., Улумбекова Г. Э. (ред). Международные стандарты аккредитации медицинских организаций. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2013.
2. Клевно В. А. (ред). Мониторинг дефектов оказания медицинской помощи по материалам бюро судебно-медицинской экспертизы Московской области в 2017 г.: ежегодный доклад. М.: Ассоциация СМ; 2018.

Поступила 12.03.2018  
Принята в печать 20.09.2018

REFERENCES

1. Abramov A. Yu., Ulumbekova G. E. (eds.). International accreditation standards for medical institutions. [*Mezhdunarodnye standarty akkreditacii medicinskih organizacij*]. Moscow: GEOTAR-Media; 2013 (in Russian).
2. Klevno V. A. (ed.). Monitoring of the medical aid defects based on the medico-legal examination in Moscow Region in 2017: annual report. [*Monitoring defektov okazaniya medicinskoj pomoshchi po materialam byuro sudebno-medicinskoj ekspertizy Moskovskoj oblasti v 2017 g.: ezhegodnyj doklad*]. Moscow: Associaciya SM; 2018 (in Russian).

# Реформы здравоохранения

© Коллектив авторов, 2019  
УДК 614.2:616-08-039.75

**Щепин В. О., Тельнова Е. А., Карпова О. Б., Проклова Т. Н.**

## О ПРОБЛЕМАХ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ

ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья им. Н. А. Семашко» Министерства науки и высшего образования России, 105064, г. Москва

*Паллиативная помощь определяется как «комплекс медицинских вмешательств, направленных на избавление от боли и облегчение других тяжелых проявлений заболевания, в целях улучшения качества жизни неизлечимо больных граждан» (ст. 36 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323ФЗ) на этапе неконтролируемого прогрессирования заболевания.*

*Проведен анализ современного состояния и доступности паллиативной помощи, а также изучено состояние и развитие данного вопроса в Российской Федерации и ряде зарубежных стран. По данным Всемирной организации здравоохранения, в России в паллиативной помощи нуждаются 360—460 человек из 100 тыс. населения, из них 200 — с онкологией, 150 — с незлокачественными заболеваниями, 12 — со СПИД/ВИЧ. Перед органами здравоохранения стоит задача значительного увеличения объемов паллиативной помощи, чтобы сделать ее более доступной. За последние годы вопросам оказания паллиативной помощи уделялось большое внимание на уровне пациентов, общественных организаций и законодателей, а также на уровне врачей, чиновников Минздрава и т. д.*

*Несмотря на большое внимание исследователей к вопросам оказания паллиативной помощи, большинство медиков подтверждают ее низкую доступность для пациентов, о чем свидетельствуют данные опроса медицинских работников Фондом независимого мониторинга медицинских услуг «Здоровье».*

*Уделено внимание в статье вопросам нормативной базы, регламентирующей оказание паллиативной помощи, и применению наркотических обезболивающих лекарственных препаратов.*

*В результате проведенного анализа можно сделать заключение, что, при значительном внимании к паллиативной помощи, вопрос о ее доступности остается весьма актуальным.*

**Ключевые слова:** паллиативная помощь; нормативно-правовые акты; хоспис; центр паллиативной помощи; наркотические обезболивающие лекарственные препараты.

**Для цитирования:** Щепин В. О., Тельнова Е. А., Карпова О. Б., Проклова Т. Н. О проблемах паллиативной помощи. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2019;27(1):36—40. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2019-27-1-36-40>

**Для корреспонденции:** Проклова Татьяна Николаевна, канд. мед. наук, ст. научный сотрудник Национального НИИ общественного здоровья им. Н. А. Семашко, e-mail: [tnproklova@mail.ru](mailto:tnproklova@mail.ru)

**Schepin V. O., Telnova E. A., Karpova O. B., Proklova T. N.**

## ABOUT PROBLEMS OF PALLIATIVE CARE

The Federal State Budget Scientific Institution “The N. A. Semashko National Research Institute of Public Health”, 105064, Moscow, Russia

*The palliative care is determined as “a complex of medical interventions targeted to deliverance from pain and relief of other severe manifestations of disease, for improving quality of life of terminally ill citizens” (Art. 36 of the Federal Law of 21.11.2011 № 323FZ) on the stage of uncontrolled progression of disease.*

*The actual status and accessibility of palliative care was analyzed, including development of this issue in both the Russian Federation and number of foreign countries. According to the WHO, in Russia, 360—460 out of 100,000 population need palliative care. Out of them, 200 individuals with oncologic diseases, 150 individuals with non-malignant diseases and 12 individuals with AIDS/HIV. The health authorities face the task of significant increasing of scope of palliative care to make it more accessible. In recent years, issues of palliative care were intensively considered at the level of patients, of public organizations and legislators, as well as at the level of physicians, the Ministry of Health Care officials and others.*

*Despite the great attention of researchers to issues of palliative care, the majority of physicians confirm its low accessibility to patients, as testify the results of survey of health workers carried out by the Foundation of Independent Monitoring of Medical Services “Zdorovie”.*

*The article also considers issues of normative base regulating palliative care provision and application of narcotic analgesics.*

*The analysis of study results permits to conclude that despite considerable attention to palliative care, the issue of its accessibility continue to be very actual.*

**Keywords:** palliative care; normative legal acts; hospice; center of palliative care; narcotic analgesics; oncologic patients.

**For citation:** Schepin V. O., Telnova E. A., Karpova O. B., About problems of palliative care. *Problemi socialnoi gigieni, zdavoookhraneniya i istorii meditsini*. 2019; 27(1):36—40 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2019-27-1-36-40>

**For correspondence:** Proklova T. N., candidate of medical sciences, senior researcher of the Federal State Budget Scientific Institution “N. A. Semashko National Research Institute of Public Health”. e-mail: [tnproklova@mail.ru](mailto:tnproklova@mail.ru)

**Conflict of interests.** The authors declare absence of conflict of interests.

**Acknowledgment.** The study had no sponsor support

## Реформы здравоохранения

За последние годы вопросам оказания паллиативной помощи уделялось большое внимание на различных уровнях: уровне пациентов, общественных организаций и законодателей, врачей, чиновников Минздрава и т. д. Подготовлен значительный пакет нормативных документов, определяющих порядок оказания медицинской помощи паллиативным пациентам, выписки, отпуска и применения наркотических обезболивающих препаратов. Правительством выделены дополнительные средства на развитие паллиативной помощи в России. В Росздравнадзоре работает горячая линия для пациентов. В настоящее время в стране создается государственная система оказания паллиативной помощи.

Всемирная организация здравоохранения определяет паллиативную помощь как подход, который способствует улучшению качества жизни пациентов и их семей, сталкивающихся с проблемами, связанными с угрожающей жизни болезнью, благодаря предупреждению и облегчению страданий посредством раннего выявления, точной оценки и лечения боли и других страданий — физических, психосоциальных и духовных (World Health Organization, 2002)

Истоки современной паллиативной помощи следуют искать в первых домах сестринского ухода, а также хосписах (домах для странников), богадельнях и домах приюта (богоугодных заведений для асоциальных лиц), которые возникли в Средневековье при костелах и монастырях, поскольку во врачебной практике было не принято иметь дело с проблемами умирающих.

По результатам исследования 2011 г., охватившего 234 страны, территории и района, был сделан вывод о том, что услуги паллиативной медицинской помощи были успешно интегрированы лишь в 20 странах, тогда как в 42% стран они отсутствуют и еще в 32% носят эпизодический характер.

Мировой опыт свидетельствует о том, что эффективная паллиативная помощь основана на коллективной работе медиков различных специальностей, (онколог, терапевт, психотерапевт, медицинские сестры и др.), социальных работников, родственников, друзей больного, служителей церкви и на высоком уровне преемственности в их совместной деятельности.

Основным нормативным актом в России, регулирующим оказание паллиативной помощи, является Федеральный закон от 21.11.2011 № 323 «Об охране здоровья граждан в Российской Федерации», в котором паллиативная помощь отнесена к видам медицинской помощи (ст. 32). Паллиативная помощь характеризуется как «комплекс медицинских вмешательств, направленных на избавление от боли и облегчение других тяжелых проявлений заболевания, в целях улучшения качества жизни неизлечимо больных граждан» (ст. 36), в том числе при онкологических заболеваниях, пострадавшим в результате травмы, при другой тяжелой патологии, на этапе неконтролируемого прогрессирования заболевания.

Паллиативное лечение включает все необходимые виды медицинской помощи, которые могут по-

надобиться больному на данном этапе, в том числе специальные (лучевая терапия как метод обезболивания при метастазах в кости, головной мозг, мягкие ткани, химиотерапия с целью обезболивания или уменьшения опухоли), хирургические (наложение свищей, дренирование, иммобилизация и т. д.), лекарственная терапия, психологическая помощь больному, членам его семьи и ухаживающим, а также элементы социальной реабилитации, направленные на поддержание максимально возможной физической и духовной активности больного на всех этапах течения заболевания.

Паллиативное лечение не продлевает и не укорачивает жизнь, оно избавляет пациента от боли и страданий, помогает семье больного и ухаживающему персоналу, обеспечивает приемлемое качество жизни и достойный уход из нее.

Нами проведен анализ состояния и доступности паллиативной помощи на сегодняшний день, а также изучено состояние и развитие данного вопроса в Российской Федерации и в ряде зарубежных стран.

В результате проведенного анализа можно заключить, что при значительном внимании к паллиативной помощи вопрос о ее доступности остается весьма актуальным.

Большинство медиков подтверждают низкую доступность паллиативной помощи для пациентов, о чем свидетельствуют данные опроса медицинских работников Фондом независимого мониторинга медицинских услуг «Здоровье». Подавляющее большинство (85,2%) респондентов заявили, что в государственных и муниципальных медицинских организациях их региона не хватает паллиативных коек. Более половины (56,7%) участников опроса сообщили, что в их регионе право на паллиативную помощь для нуждающихся пациентов не реализовано в полном объеме. Противоположной точки зрения придерживаются лишь 16,1% респондентов, остальные затруднились с ответом.

Паллиативная служба, патронажная помощь активно развиваются в Москве и отсутствуют сегодня в Брянской, Вологодской, Новгородской, Сахалинской областях, Ненецком и Чукотском автономных округах, г. Севастополе, республиках Дагестан, Ингушетия, Кабардино-Балкария, Мордовия, Северная Осетия-Алания, Крым, в Чеченской Республике, Забайкальском, Камчатском и Приморском краях.

По данным ВОЗ, в России в паллиативной помощи нуждаются 360—460 человек из 100 тыс. населения, из них 200 — с онкологическими, 150 — с незлокачественными заболеваниями, 12 — со СПИД/ВИЧ. Таким образом, перед органами здравоохранения стоит задача значительного увеличения объемов паллиативной помощи, чтобы сделать этот вид медицинской помощи более доступным.

Классическим учреждением по оказанию паллиативной помощи неизлечимым больным является английский хоспис, 95% пациентов которого имеют онкологические заболевания. Хоспис — это паллиативное медицинское учреждение для постоянного и

дневного пребывания в нем пациентов с терминальной стадией заболевания.

Типичный хоспис включает стационар, поликлинику с дневным стационаром, службу консультативной и лечебной помощи на дому и, в ряде случаев, учебный и исследовательский отделы. В дневном стационаре, кроме медицинских процедур, оказываются парикмахерские услуги, проводятся водные процедуры и т. д. Созданы условия для организации общения и досуга больных. Это дает возможность улучшить психоэмоциональное состояние пациентов и продлить их пребывание дома, давая отдых семье на дневное время. При ухудшении состояния больных госпитализируют.

Число хосписов в РФ невелико: от 21 больничного учреждения в 2011 г. до 23 в 2015 г. Средняя коечная мощность хосписов в период 2011—2015 гг. выросла на 12,2% и составила 37,7 койки, а средняя продолжительность пребывания больных снизилась за 5 лет на 17,7%.

Число больных, поступивших в хосписы, выросло за анализируемый период на 46,2% и составило 15 778. Число сельских жителей, лечившихся в хосписах, выросло на 20,1%.

В последние годы для оказания паллиативной помощи открываются центры паллиативной медицинской помощи. В 2015 г. было два крупных центра паллиативной помощи, средняя коечная мощность которых составляла 152 койки. Всего в центры паллиативной помощи в 2015 г. поступило 3615 больных. Для оказания качественной помощи необходимо, чтобы в них было достаточное число квалифицированных врачей и среднего медицинского персонала. Кроме этого, нужно, чтобы персонал был адаптирован для работы в данных учреждениях. Однако в настоящее время число врачей в хосписах составляет около половины требуемого по штатному расписанию, при этом коэффициент совместительства составляет 1,7.

Для среднего медицинского персонала хосписов приводится отношение занятых и штатных должностей. В 2015 г. число штатных должностей среднего медицинского персонала составило 987, а физических лиц было только 487. Общее число койко-дней, проведенных больными в хосписах, в 2015 г. составило 264 142, а в центрах паллиативной медицинской помощи — 60 545. Кроме того, хосписы и центры паллиативной медицинской помощи осуществляли помощь пациентам на дому, число посещений на дому в 2015 г. составило 7081 и 1639 соответственно.

Основная доля паллиативной помощи больным падает на хосписы и центры паллиативной помощи, однако и другие больничные учреждения имеют в своем составе койки паллиативной помощи. Хотя число паллиативных коек и обеспеченность населения выросли за 4 года более чем в 6 раз, этого явно недостаточно.

Важным достижением в совершенствовании паллиативной помощи является то, что в номенклатуру должностей работников сферы здравоохранения

была введена должность врача паллиативной медицинской помощи. При участии Российской ассоциации паллиативной помощи и Комитета Госдумы по охране здоровья подготовлены методические рекомендации по оказанию такого рода помощи. В регионах была сформирована вертикаль главных внештатных специалистов. В стране была введена должность главного внештатного специалиста по паллиативной медицинской помощи при Министерстве здравоохранения. Разработаны учебные пособия по фармакотерапии хронического болевого синдрома, в том числе у детей. Разрабатываются и совершенствуются Национальные клинические рекомендации по этому направлению.

В настоящее время острой проблемой является низкий уровень применения обезболивающих лекарственных препаратов, большинство из которых представляют собой наркотические средства и попадают в сферу государственного регулирования оборота наркотических средств и психотропных веществ. Существующее законодательство сводит к минимуму риск их применения в немедицинских целях, однако создает чрезмерные барьеры для медицинских работников и затрудняет оказание качественной и оперативной паллиативной помощи (ФЗ от 08.01.1998 № 3 «О наркотических средствах и психотропных веществах» с изменениями и дополнениями, вступившими в силу с 30.06.2015 г.).

В настоящее время существенно упрощены требования по обороту наркотических и психотропных лекарственных препаратов.

В целях реализации прав граждан на облегчение боли, связанной с заболеваниями или медицинскими вмешательствами, Министерством здравоохранения Российской Федерации совместно с Росздравнадзором и федеральными органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации внесены изменения в нормативно-правовые акты в части назначения, выписки и отпуска обезболивающих лекарственных препаратов:

- Федеральный закон от 31.12.2014 № 501-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон «О наркотических средствах и психотропных веществах»;
- постановление Правительства Российской Федерации от 06.08.2015 № 807 «О внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации по вопросам, связанным с оборотом наркотических средств и психотропных веществ, их прекурсоров, и признании утратившим силу п. 3 Положения об использовании наркотических средств и психотропных веществ в ветеринарии»;
- приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20.12.2012 № 1175н «Об утверждении порядка назначения и выписывания лекарственных препаратов, а также форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, порядка оформления указанных бланков, их учета и хранения».

## Реформы здравоохранения

Указанные нормативно-правовые акты:

- упрощают требования перевозки наркотических лекарственных препаратов;
- увеличивают срок действия рецепта на наркотические лекарственные препараты до 15 дней;
- дают право отпуска наркотических и психотропных лекарственных препаратов обособленным подразделениям медицинских организаций, расположенных в сельских и удаленных населенных пунктах;
- вводят новые понятия «отпуск наркотических средств и психотропных веществ» и «реализация наркотических средств и психотропных веществ»;
- вводят запрет на требование о возврате использованных первичных упаковок наркотических и психотропных лекарственных препаратов при выписке новых рецептов;
- упрощают требования к хранению наркотических и психотропных лекарственных препаратов;
- предоставляют право медицинским и аптечным организациям перевозить наркотические и психотропные лекарственные препараты без специальной охраны;
- увеличивают нормативы запасов для аптечных и медицинских организаций;
- упрощают требования к лицензированию;
- снижают сроки хранения журналов регистрации;
- предоставляют право врачам самостоятельно выписывать рецепты на наркотические лекарственные препараты;
- предоставляют право выдачи наркотических лекарственных препаратов на 5 дней при выписке из стационара;
- увеличивают норму выписки наркотических лекарственных препаратов на один рецепт;
- увеличивают норму выписки наркотических лекарственных препаратов для пациентов, которым требуется длительная лекарственная терапия.

Разработаны и утверждены порядки оказания паллиативной помощи:

- приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14.04.2015 № 187н «Об утверждении Порядка оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению»;
- приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14.04.2015 № 193н «Об утверждении Порядка оказания паллиативной медицинской помощи детям».

С целью повышения квалификации и компетентности медицинских сотрудников по актуальным вопросам терапии болевых синдромов у онкологических пациентов, выписки и применения обезболивающих лекарственных препаратов авторским коллективом ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр им. П. А. Герцена» Министерства здравоохранения Российской Федерации разработаны Методические рекомендации «Фармакотерапия

хронического болевого синдрома у онкологических пациентов».

В настоящее время на территории Российской Федерации находятся в обращении следующие неинвазивные современные формы наркотических лекарственных препаратов для снятия хронического болевого синдрома: таблетки тримеперидина, фентанил-трансдермальные терапевтические системы, бупренорфин-трансдермальный пластырь, таблетки дигидрокодеина пролонгированного действия, таблетки оксикодон+налоксон пролонгированного действия, покрытые пленочной оболочкой, капсулы морфина пролонгированного действия, таблетки морфина пролонгированного действия, покрытые пленочной оболочкой, таблетки пропионил-фенил-этоксиперидин защечные, таблетки бупренорфин+налоксон сублингвальные.

Обеспечить доступность обезболивающих наркотических средств для нуждающихся пациентов позволяет новый принцип государственной политики в сфере оборота наркотических средств и психотропных веществ. Устанавливается Федеральный закон от 31.12.2014 № 501-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон «О наркотических средствах и психотропных веществах». В частности, до 15 дней увеличен срок действия рецепта на наркотические анальгетики, предоставлены полномочия медицинским организациям, в том числе обособленным подразделениям медицинских организаций, расположенным в сельской и удаленной местности, при отсутствии соответствующих аптек осуществлять отпуск наркотических препаратов нуждающимся пациентам. В целях реализации Федерального закона от 31.12.2014 № 501-ФЗ подготовлен ряд подзаконных актов постановлений Правительства Российской Федерации и изменений в некоторых актах Правительства РФ по вопросам, связанным с оборотом наркотических средств, психотропных веществ. Принятие постановления связано с расширением возможностей аптечных и медицинских организаций по созданию условий для работы с наркотическими анальгетиками и обеспечению ими нуждающихся пациентов. Упрощены процедуры назначения и выписки наркотических препаратов при повторном обращении пациента, врачам предоставлено право увеличивать норму выписки наркотических анальгетиков не только пациентам при оказании паллиативной помощи, но и другим пациентам, которым требуется длительная лекарственная терапия. Одновременно приказом Минздрава были внесены изменения в приказ № 54 об утверждении формы бланков рецептов. Вопросы обезболивания включены в программу подготовки всех врачей вне зависимости от специальности на додипломном и постдипломном этапах. Немаловажно, что работа по обеспечению доступности анальгетиков для нуждающихся проводится совместно с общественными организациями, которые выполняют функцию обратной связи, сообщая о тех проблемах в правоприменительной практике, которые возникают в регионах.

### Заключение

В результате проведенного анализа можно сделать вывод, что работа по организации паллиативной помощи в Российской Федерации требует комплексного системного подхода, который должен включать организационные, финансовые, кадровые мероприятия, а также усиление контроля за их реализацией.

Исследование не имело спонсорской поддержки. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Министерство здравоохранения Российской Федерации, Департамент анализа, прогноза и инновационного развития здравоохранения. ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава. Статистические материалы. Официальный сайт Минздрава РФ [static-0.rosminzdrav.ru/system/attachments/attaches/000...](http://static-0.rosminzdrav.ru/system/attachments/attaches/000...)
2. Сайт ВОЗ. Доклад ВОЗ Global atlas of Palliative Care 2014. Атлас мира по паллиативной помощи. [hospicefund.ru/wp-content...2017/09/Global-Atlas](http://hospicefund.ru/wp-content...2017/09/Global-Atlas)
3. Невзорова Д. В. Важнейшие аспекты оказания паллиативной медицинской помощи в Российской Федерации. *Вестник Росздравнадзора*. 2015;(4):33—9.
4. Крупнова И. В., Константинова О. А. Контроль за порядком назначения и выписывания наркотических средств в целях обезболивания: современное состояние. *Вестник Росздравнадзора*. 2015;(4):5—9.
5. Прыткин А. В., Шаронов А. Н. Об оказании паллиативной медицинской помощи в Российской Федерации. *Вестник Росздравнадзора*. 2015;(4):9—12.
6. Таубкина С. И. Работа горячей линии Росздравнадзора по вопросам назначения, выписки и предоставления обезболивающих препаратов. *Вестник Росздравнадзора*. 2015;(4):13—5.
7. Захарочкина Е. Р. Обзор нормативных правовых актов по общим вопросам оказания паллиативной медицинской помощи. *Вестник Росздравнадзора*. 2015;(4):16—23.
8. Власов Я. В., Синеок Е. В., Долнов Н. П. Анализ основных проблем доступности оказания паллиативной медицинской по-

мощи онкобольным. *Вестник Росздравнадзора*. 2015;(4):24—32.

9. Стельмах О. В., Галкин А. А. Паллиативная помощь в онкологии: краткий обзор. *Вестник Росздравнадзора*. 2015;(4):39—43.

Поступила 30.06.2018  
Принята в печать.

### REFERENCES

1. Ministry of Health of the Russian Federation, Department of health analysis, prognosis and innovative development. FGBI «Central research Institute of organization and Informatization of health care» of the Ministry of health. Statistical materials (official website of the Ministry of health of the Russian Federation) [Ministerstvo zdravooohraneniya Rossijskoj Federacii Departament analiza, prognoza i innovacionnogo razvitiya zdravooohraneniya. FGBU «Central'nyj nauchno-issledovatel'skij institut organizacii i informatizacii zdravooohraneniya» Minzdrava. Statisticheskie materialy] Oficial'nyj Sajt Minzdrava RF: [static-0.rosminzdrav.ru/system/attachments/attaches/000...](http://static-0.rosminzdrav.ru/system/attachments/attaches/000...) (in Russian).
2. The who website .Who report Global atlas of Palliative Care in 2014. World Atlas of palliative care. [Sajt VOZ .Doklad VOZ Global atlas of Palliative Care 2014. Atlas mira po palliativnoj pomoshchi]. [hospicefund.ru/wp-content...2017/09/Global-Atlas](http://hospicefund.ru/wp-content...2017/09/Global-Atlas) (in Russian).
3. Nevzorova D. V. The most important aspects of palliative care in the Russian Federation. *Vestnik Roszdravnadzora*. 2015;(4):33—9 (in Russian).
4. Krupnova I. V., Konstantinov O. A. Control of the order of appointment and discharge of drugs for the purpose of anesthesia: current state. *Vestnik Roszdravnadzora*. 2015;(4):5—9 (in Russian).
5. Taubkin S. I. The hotline of the health Ministry on the appointment, discharge and the provision of painkillers. *Vestnik Roszdravnadzora*. 2015;(4):13—5 (in Russian).
6. Pritkin A. V., Sharonov A. N. On the provision of palliative care in the Russian Federation. *Vestnik Roszdravnadzora*. 2015;(4):9—12 (in Russian).
7. Zakharechnya E. R. Overview of normative legal acts on General issues of providing palliative care. *Vestnik Roszdravnadzora*. 2015;(4):16—23 (in Russian).
8. Vlasov Y. V., Blue-Eyed E. V., Debt N. P. Analysis of the main problems of access to palliative care for cancer patients. *Vestnik Roszdravnadzora*. 2015;(4):24—32 (in Russian).
9. Stelmakh O. V., Galkin A. A. Palliative care in Oncology: a brief overview. *Vestnik Roszdravnadzora*. 2015;(4):39—43 (in Russian).



Шипова В. М.<sup>1</sup>, Гриднев О. В.<sup>2</sup>, Кучиц С. С.<sup>2</sup>

## НОРМИРОВАНИЕ ТРУДА В ЗДРАВООХРАНЕНИИ В УСЛОВИЯХ ЭФФЕКТИВНОГО КОНТРАКТА

<sup>1</sup>ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья им. Н. А. Семашко» Министерства науки и высшего образования России, 105064, г. Москва;

<sup>2</sup>ГБУЗ «Городская клиническая больница им. М. П. Кончаловского ДЗМ», 124489, г. Москва, г. Зеленоград

*В публикации представлены этапы проведения работ по нормированию труда в условиях эффективного контракта. Статья посвящена отдельным организационным аспектам, которые возникают в ходе анализа современного трудового законодательства и других нормативно-правовых документов по труду в сфере здравоохранения. Рассмотрены подходы к созданию системы нормирования труда в медицинской организации, определению трудовых функций и функциональных обязанностей медицинских работников, составлению штатного расписания медицинской организации, отражающего объем работы и возможности соблюдения качественных показателей деятельности.*

*Ключевые слова:* нормы труда; нормативно-правовые документы; медицинские работники.

**Для цитирования:** Шипова В. М., Гриднев О. В., Кучиц С. С. Нормирование труда в здравоохранении в условиях эффективного контракта. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2019;27(1):41–44. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2019-27-1-41-44>

**Для корреспонденции:** Шипова Валентина Михайловна, доктор медицинских наук, профессор, главный научный сотрудник ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья им. Н. А. Семашко», e-mail: [vschipova@yandex.ru](mailto:vschipova@yandex.ru)

Shipova V. M.<sup>1</sup>, Gridnev O. V.<sup>2</sup>, Kutchits S. S.<sup>3</sup>

## THE WORK QUOTA SETTING IN HEALTH CARE IN CONDITIONS OF EFFICIENT CONTRACT

<sup>1</sup>The Federal State Budget Scientific Institution “The N. A. Semashko National Research Institute of Public Health”, 105064, Moscow, Russia;

<sup>2</sup>The State Oblast Budget Institution of Health Care “The Municipal Clinical Hospital №3, 124617, Zelenograd, Russia;

<sup>3</sup>The State Budget Institution of Health Care “The M/P/ Konchalovsky Municipal Clinical Hospital” of the Moscow Health Care Department, 124489, Moscow, Russia

*The publication presents the stages of activities on standardization of work quota setting in conditions of efficient contract. The article is devoted to particular organizational aspects occurring in the course of analysis of modern labor legislation and other normative legal documents concerning labor in the field of health care. The approaches are considered related to development of system of work quota setting in medical organization, definition of labor functions and functional duties of medical workers, composition of staffing table of medical organization reflecting scope of work and possibilities of observing indices of qualitative performance.*

*Keywords:* labor standards; normative legal documents; medical workers.

**For citation:** Shipova V. M., Gridnev O. V., Kutchits S. S. The work quota setting in health care in conditions of efficient contract. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2019; 27(1):41–44 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2019-27-1-41-44>

**For correspondence:** Shipova V. M., doctor of medical sciences, professor, chief researcher of the Federal State Budget Scientific Institution “N. A. Semashko National Research Institute of Public Health”. e-mail: [vschipova@yandex.ru](mailto:vschipova@yandex.ru)

**Conflict of interests.** The authors declare absence of conflict of interests.

**Acknowledgment.** The study had no sponsor support

Received 27.04.2018  
Accepted 20.09.2018

В условиях эффективного контракта большое значение придается вопросу установления норм труда того или иного медицинского работника.

Нормирование труда является первым и необходимым этапом внедрения эффективного контракта, в дальнейшем проводится постоянная коррекция этих данных в связи с происходящими изменениями на отраслевом уровне и возможным перераспределением функциональных обязанностей работника в конкретной медицинской организации. При этом, учитывая взаимосвязь между оплатой труда медицинских работников и ее влиянием на конечные результаты деятельности медицинской организации, посредством применения эффективного контракта решаются проблемы трудовой мотивации.

Цель исследования — анализ проблем правового регулирования организации установления норм тру-

да того или иного медицинского работника в рамках внедрения эффективного контракта.

### Материалы и методы

В ходе исследования проанализированы действующие законодательные и нормативные правовые документы и современные литературные источники по организации установления норм труда того или иного медицинского работника в рамках внедрения эффективного контракта. Использовались следующие методы изучения и обобщения опыта, аналитический и другие. Исследование проводилось на базе ГБУЗ «ГКБ им. М. П. Кончаловского».

### Результаты исследования

Работы по нормированию труда в условиях эффективного контракта проводятся поэтапно следующим образом.

### 1. Создание системы нормирования труда в медицинской организации

Эта работа в государственных (муниципальных) учреждениях регламентируется приказом Минтруда РФ от 30.09.2013 № 504 «Об утверждении методических рекомендаций по разработке систем нормирования труда в государственных (муниципальных) учреждениях». Документом рекомендуется разработка Положения о системе нормирования труда, которое либо утверждается локальным нормативным актом учреждения с учетом мнения представительного органа работников, либо включается в качестве отдельного раздела в коллективный договор.

При этом в положении рекомендуется выделять следующие разделы:

- применяемые в учреждении нормы труда;
- порядок внедрения норм труда;
- порядок организации замены и пересмотра норм труда;
- меры, направленные на соблюдение установленных норм труда.

Наиболее важным для медицинских организаций является первый из этих разделов, в приложении к которому указываются:

- ссылки на типовые нормы труда, использованные при определении норм труда;
- примененные методики определения нормы численности на основе типовой нормы времени, нормы численности на основе типовой нормы обслуживания и нормы обслуживания на основе типовой нормы времени (если проводились расчеты);
- расчет коррекции типовых норм труда с учетом организационно-технических условий выполнения технологических (трудовых) процессов в учреждении (если проводилась коррекция);
- методы и способы установления норм труда по отдельным должностям (профессиям рабочих), видам работ (функциям), по которым отсутствуют типовые нормы труда.

В документе также указаны специалисты и подразделения, которые должны заниматься нормированием труда.

Разработка (определение) системы нормирования труда в учреждении указана в документе, должна осуществляться специалистами, обладающими необходимыми знаниями и умениями в сфере организации и нормирования труда. К сожалению, врачи такими знаниями не обладают, поскольку эти вопросы не входят в программу дипломного образования, отсутствуют они и в последипломном повышении квалификации по общественному здоровью и организации здравоохранения.

С учетом численности работников и специфики деятельности учреждения для выполнения работ, связанных с нормированием труда, рекомендуется создание в учреждении специализированного структурного подразделения (службы) по нормированию труда. При его отсутствии выполнение работ, связанных с нормированием труда, может быть возло-

жено на структурное подразделение (работника), в ведении которого находятся вопросы кадрового обеспечения деятельности учреждения, организации труда и заработной платы.

В указанный документ следует, на наш взгляд, внести уточнения: речь должна идти не о **выполнении** работ, связанных с нормированием труда, а об **организации** этих работ, которую действительно можно поручить указанным работникам. Специфика деятельности медицинских работников не предусматривает возможность присутствия на контакте врача и пациента специалиста без медицинского образования. Следовательно, нормирование труда медицинских работников должны проводить заведующие отделениями, высококвалифицированные специалисты, главные (старшие) медицинские сестры, хорошо знающие технологию лечебно-диагностического процесса и способные осуществить экспертную оценку объема и качества оказанной медицинской помощи.

### 2. Определение трудовых функций и функциональных обязанностей медицинских работников

При проведении этой работы целесообразно использовать приказ Минздравсоцразвития РФ по квалификационным характеристикам должностей работников в сфере здравоохранения, профессиональные стандарты, приказы о порядках оказания медицинской помощи и другие нормативно-правовые документы [1]. При изменениях функциональных обязанностей работника следует провести пересчет и численности должностей.

Одной из тенденций последних лет является сокращение фактической численности младшего медицинского персонала в медицинских организациях, обусловленное, по-видимому, попыткой таким образом выполнить майские указы 2012 г. Президента России. В медицинских организациях осуществляется перевод должностей санитарок в должности уборщиц, т. е. происходит исключение этих должностей из числа медицинских работников, и за несколько месяцев 2016 г., по данным Росстата, уволились около 50 тыс. санитарок [2].

Следует заметить, что перевод должностей санитарок в должности уборщиц не всегда обоснован, так как в ряде случаев санитарка больничных подразделений не только выполняет функции уборщицы, но и принимает в определенной мере участие в оказании медицинской помощи больному, т. е. выполняет функции младшей медицинской сестры по уходу за больными. Кроме того, в ряде подразделений амбулаторно-поликлинических учреждений предполагается работа с биологическим материалом, например в стоматологическом и травматологическом кабинетах, перевязочной. При исключении из штатного расписания должностей санитаров повышается нагрузка на средних медицинских работников, поэтому нормы труда для них должны быть изменены. Так, медицинские работники больничных учреждений по существу переходят на двухступенную систе-

Реформы здравоохранения

му обслуживания, а в этом случае штаты медицинских сестер увеличиваются примерно на 10% по сравнению с системой обслуживания, когда в оказании медицинской помощи и в организации ухода принимают участие врачи, медицинские сестры и санитарки [3].

**3. Составление штатного расписания медицинской организации, отражающего объем работы и возможности соблюдения качественных показателей деятельности**

Было определено, что для составления штатного расписания необходимы следующие документы:

- межотраслевые документы, определяющие технологию нормирования труда (приказы Минтруда РФ);
- форма штатного расписания (постановление Госкомстата РФ от 05.01.2004 № 1, письмо ФФОМС от 06.04.2015 № 1726/30—4 «О порядке формирования штатных расписаний»);
- номенклатуры медицинских организаций, специальностей, должностей, профилей медицинской помощи, квалификационные требования;
- штатные нормативы, типовые нормы;
- плановые и фактические показатели деятельности медицинской организации: справки о плановых показателях, государственный (муниципальный) заказ, отчетные данные медицинской организации;
- методические материалы последовательности расчетов численности должностей (методическое письмо к приказу Минздрава СССР от 30.04.1968 №340, утверждено 08.01.1969 №02—14/4; численность должностей ЛПУ; методические и нормативные материалы по расчету численности должностей и составлению штатных расписаний лечебно-профилактических учреждений).

**Обсуждение**

Сложность этого этапа работы состоит прежде всего в том, что современные нормативно-правовые документы содержат массу ошибочных положений, неоднократно указанных в печати [4]. Системные ошибочные положения современных нормативно-правовых документов, носящие редакционный и смысловой характер, можно сгруппировать следующим образом:

- игнорирование расчетного принципа формирования и применения норм труда;
- нарушения утвержденных номенклатур;
- ошибочные данные о численности должностей для обеспечения круглосуточной работы;
- введение новых показателей норм труда, отсутствующих в статистической документации;
- формулировки норматива должности главного врача, заведующего подразделением, противоречащие практике здравоохранения;
- пропуски штатного обеспечения отдельных должностей;

Таблица 1

**Нормативная численность врачей амбулаторного приема (на 10 тыс. взрослого населения)**

Должность	По приказу № 543н	По приказам о порядках по соответствующим видам помощи
Врач-терапевт участковый	5,9	5,9+дополнительно
Врач-кардиолог	0,5	0,5
Врач-ревматолог	0,333	0,2
Врач-хирург	0,65	1,0
Врач травматолог-ортопед	0,488	0,667
Врач-уролог	0,5	0,5
Врач-отоларинголог	0,5	0,85
Врач-невролог	0,5	0,667
Врач-офтальмолог	0,6	1,0
Врач-эндокринолог	0,5	0,529
Врач-инфекционист	0,2	0,5
Врач-аллерголог-иммунолог	0,1	0,1
Врач-гастроэнтеролог	0,2	0,143
Врач-колопроктолог	0,1	0,125

- ошибочное введение союза «или» при перечислении показателей для норм труда;
- нечеткость в указании контингента населения для установления норматива;
- разные величины норм труда в одновременно действующих нормативно-правовых документах и экономическая необоснованность норм труда.

Пример несоответствия нормативов численности врачей амбулаторного приема для оказания медицинской помощи взрослому населению по разным нормативно-правовым документам приведен в табл. 1.

Из табл. 1 видно, что соответствие величины нормативного показателя наблюдается лишь по трем должностям врачей амбулаторного приема из 14.

Нормативы численности лечащих врачей больничных учреждений (подразделений) устанавливаются в приказах о порядках, в письмах Минздрава России по формированию и экономическому обоснованию территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. В этих документах также приводятся противоречивые сведения о нормативной численности должностей (табл. 2).

Таблица 2

**Число коек на одну врачебную должность по разным нормативно-правовым документам**

Профиль медицинской помощи	Число коек на одну врачебную должность	
	по территориальной программе на 2018 г. и плановый период 2019 и 2020 гг.)	по приказам о порядках
Оториноларингология	12	20
Акушерство и гинекология	15	10
Акушерское дело (койки патологии беременности)	12	10
Гинекология	12	10
Нейрохирургия		2,1 (расчетно, исходя из 4,75 должности на 10 коек)
Нефрология	12	15

### Заключение

Указанные ошибочные положения приказов о порядках, главными из которых являются несоответствия величин норм труда в одновременно действующих нормативно-правовых документах и экономическая необоснованность норм труда, свидетельствуют о необходимости их пересмотра на федеральном уровне управления здравоохранением. К тому же по подавляющему большинству приказов о порядках оказания медицинской помощи прошли и рекомендуемые Минтруда РФ сроки пересмотра нормативно-правовых документов по труду: через каждые 5 лет после их утверждения.

Наши рекомендации по нормированию труда в условиях эффективного контракта сводятся прежде всего к соблюдению всех традиционных правил нормирования труда, тщательному анализу современных нормативно-правовых документов с целью возможностей их применения в практике здравоохранения, использованию в ряде случаев приказов Минздрава СССР, в том числе и тех, что ошибочно, на наш взгляд, признаны не действующими на территории РФ, расчету и установлению необходимой численности медицинских работников на основе фактического и планируемого объема работы.

Исследование не имело спонсорской поддержки.  
Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 23.06.2010 № 541 «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих (раздел Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения)». *Главная медицинская сестра*. 2016;(10):8—12.
2. Шипова В. М. Организация нормирования труда среднего и младшего медицинского персонала. О. П. Щепин (ред.). М.: ГРАНТЪ; 2011.
3. Шипова В. М. Штатное расписание медицинской организации. Р. У. Хабриев (ред.). М.: ГЭОТАР-Медиа; 2015.
4. Хабриев Р. У., Шипова В. М., Гаджиева С. М. Комментарии к нормам труда в здравоохранении. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2017.

Поступила 27.04.2018  
Принята в печать 20.09.2018

### REFERENCES

1. Order of the Ministry of Healthcare and Social Development of the Russian Federation of June 23, 2010 No. 541 "On Approval of the Unified Qualification Reference Book of Managers, Specialists and Employees (Section Qualification Characteristics of Health Workers)". *Glavnaya meditsinskaya sestra*. 2016;(10):8—12 (in Russian).
2. Shipova V. M. Organization of rationing of labor of middle and junior medical personnel. O. P. Shchepin (ed.) [*Organizacija normirovaniya truda srednego i mladshogo medicinskogo personala*]. Moscow: GRANT; 2011 (in Russian).
3. Shipova V. M. Staff list of the medical organization. R. U. Khabriev (ed.). [*Shtatnoe raspisanie medicinskoj organizacii*]. Moscow: GEOTAR-Media; 2015 (in Russian).
4. Habriev R. U., Shipova V. M., Gadzhieva S. M. Comments on labor standards in health care. [*Kommentarii k normam truda v zdavoohranenii*]. Moscow: GEOTAR-Media; 2017 (in Russ.).

**Артюхов И. П.<sup>1</sup>, Шульмин А. В.<sup>1</sup>, Добрецова Е. А.<sup>1</sup>, Денисов В. С.<sup>2</sup>, Короткова К. М.<sup>1</sup>**

## **ОРГАНИЗАЦИЯ ИНФОРМАЦИОННОЙ ПОДДЕРЖКИ ПЕРСПЕКТИВНОГО ПЛАНИРОВАНИЯ КАДРОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

<sup>1</sup>ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого» Минздрава России, 660022, г. Красноярск;

<sup>2</sup>КГБУЗ «Красноярская городская поликлиника №14», 660112, г. Красноярск

*Статья посвящена изучению возможностей устранения дефицита компетенций в системе здравоохранения на основе конкретных моделей и алгоритмов. В качестве одной из доминирующих проблем настоящего периода развития российского здравоохранения определен дефицит медицинских работников, особенно остро проявляющийся в первичном звене организации медицинской помощи. Авторы предлагают системный взгляд на существующие способы решения данной проблемы с учетом действующего законодательства и социальной психологии. Отдельное внимание уделено определению стратегии и тактики процесса обучения населения медико-санитарным компетенциям, с сохранением принципа «не навреди», поскольку современные технологии позволяют пациентам шире осуществлять контроль за здоровьем самостоятельно, но при этом возрастают риски негативных последствий самолечения. Материалы статьи могут помочь организаторам здравоохранения в построении стратегии устранения дефицита кадров.*

**К л ю ч е в ы е с л о в а :** дефицит компетенций; планирование кадровых ресурсов здравоохранения; здравоохранение.

**Для цитирования:** Артюхов И. П., Шульмин А. В., Добрецова Е. А., Денисов В. С., Короткова К. М. Организация информационной поддержки перспективного планирования кадрового обеспечения системы здравоохранения. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2019;27(1):45—49. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2019-27-1-45-49>

**Для корреспонденции:** Добрецова Елена Александровна, канд. мед. наук, доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения с курсом социальной работы Красноярского государственного медицинского университета им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого, e-mail: [eldobretsova@gmail.com](mailto:eldobretsova@gmail.com)

**Artiukhov I. P.<sup>1</sup>, Shulmin A. V.<sup>1</sup>, Dobretsova E. A.<sup>1</sup>, Denisov V. S.<sup>2</sup>, Korotkova K. M.<sup>1</sup>**

## **THE ORGANIZATION OF INFORMATION SUPPORT OF PROSPECTIVE PLANNING OF PERSONNEL MAINTENANCE OF HEALTH CARE SYSTEM**

<sup>1</sup>The Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The V. F. Voino-Yasenetsky Krasnoyarsk State Medical University” of Minzdrav of Russia, 660022, Krasnoyarsk, Russia;

<sup>2</sup>The Kray The State Budget Institution of Health Care “The Krasnoyarsk Municipal Polyclinic №14”, 660112, Krasnoyarsk, Russia

*The article considers analysis of possibilities of eliminating deficiency of competence in health care system based on of specific models and algorithms. One of the dominating problems in Russian health care is determined the deficiency of medical workers, especially keen in the primary medical care. The systemic view of present modes of solving the given problem considering legislation currently in force and social psychology. Particular attention is paid to development of strategy and tactics of training population in medical sanitary competences preserving principle “Do no harm” because modern technologies permit patients to self-control their health but at that the risks of negative consequences of self-treatment are augmenting. The presented results can support health care specialists in development of strategy of elimination of manpower deficiency.*

**К е у в о р д с :** deficiency of competence; planning; human resources; health care.

**For citation:** Artiukhov I. P., Shulmin A. V., Dobretsova E. A., Denisov V. S., Korotkova K. M. The organization of information support of prospective planning of personnel maintenance of health care system. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2019; 27(1):45—49 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2019-27-1-45-49>

**For correspondence:** Dobretsova E. A., candidate of medical sciences, associate professor of the Chair of Public Health and Health Care with Course of Social Working of the Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The V. F. Voino-Yasenetsky Krasnoyarsk State Medical University”. e-mail: [eldobretsova@gmail.com](mailto:eldobretsova@gmail.com)

**Conflict of interests.** The authors declare absence of conflict of interests.

**Acknowledgment.** The study had no sponsor support

Received 26.06.2017  
Accepted 21.12.2017

Проблема потребности в медицинских кадрах занимает одно из ведущих мест в обосновании стратегии развития здравоохранения [1, 2]. Во всем мире существует острая нехватка медицинских работников, обнаруживается неравномерное распределение работников здравоохранения относительно потребностей населения в медицинском обслуживании [3—5]. Исследование, проведенное в Ливане, свидетельствует о критической нехватке трудовых ресурсов здравоохранения, особенно в секторе первичной

медико-санитарной помощи [6]. Бангладеш также является одной из стран, где кризис кадровых ресурсов выражен сильно [7]. Исследование S. Vivekanantham и соавт. посвящено изучению вопроса: «Существует дефицит врачей или образования?» [8]. Изучение отзывчивости системы здравоохранения играет важную роль для оценки ее реакции на потребности населения [9]. Правительствам стран необходима точная и своевременная информация относительно трудовых ресурсов в каждой конкретной

стране для разработки гибких стратегий и принятия эффективных управленческих решений. В отличие от большинства ресурсов, ценность которых со временем снижается, ценность кадровых ресурсов с накоплением профессионализма и опыта увеличивается [2], поэтому численность персонала здравоохранения и обеспеченность им населения основываются на качественном уровне специалистов в соответствии с развитием медицинской науки и технологий. Медицинские кадры обеспечивают результативность и эффективность деятельности отрасли [1, 10]. Особую актуальность для перспективного планирования и прогнозирования здравоохранения приобретает развитие методов моделирования, при которых может быть учтено множество факторов, формирующих потребность во врачебных кадрах [1]. Выделяют несколько групп методов прогнозирования обеспеченности врачами:

- проектирования по предложению;
- основанный на спросе;
- основанный на потребностях;
- основанный на сравнении с изначальным уровнем (эталонный анализ);
- основанный на установленной цели.

В ряде стран для расчета потребностей в кадровых ресурсах применяется метод WISN (Workload Indicators of Staffing Need), в котором используются индикаторы рабочей нагрузки при расчете штатных потребностей в кадрах. Эти индикаторы являются средством планирования и управления кадровыми ресурсами, которые позволяют руководителям здравоохранения на систематической основе принимать управленческие решения относительно кадров и лучше управлять ими. С помощью этого метода определяется число сотрудников здравоохранения, необходимых для выполнения рабочей нагрузки в данном учреждении здравоохранения, и оценивается рабочая нагрузка на сотрудников здравоохранения [11, 12]. Проведенный анализ показал, что не существует общепринятого подхода к прогнозированию потребностей в медицинских кадрах. Необходимо принимать во внимание весь спектр влияющих динамических переменных и выяснять присущую им неопределенность и сложность взаимодействия [13, 14]. Данная проблема нуждается в комплексном изучении, учитывающем региональные особенности, а также в определении и использовании резервов, имеющихся в данной области. Стратегия здравоохранения должна быть направлена не на отдельные частные вопросы медицины, а на формирование человеческого капитала [15].

### Материалы и методы

Функция здравоохранения должна быть ориентирована на максимизацию человеческого капитала. Для реализации программно-целевого метода планирования необходимо определить ясный и четкий вектор развития системы, которым, по признанию отечественных и зарубежных исследователей, для системы здравоохранения является человеческий капитал. Общая модель кадрового обеспечения си-

стемы здравоохранения может быть представлена следующей формулой.

$$Ч_{\text{ФЛ}} = \sum \frac{t_i \times k_i}{t_{\text{ГФРВ}i}}, \quad (1)$$

где  $Ч_{\text{ФЛ}}$  — число физических лиц,  $t_i$  — время исполнения  $i$  медицинской услуги,  $k_i$  — количество востребованных на определенной территории медицинских услуг  $i$  вида,  $t_{\text{ГФРВ}i}$  — годовой фонд рабочего времени исполнителя  $i$  медицинской услуги.

При этом априори подразумевается достижение приемлемого уровня качества медицинских услуг.

### Результаты исследования

Наши исследования показали, что стратегия усредненных нормативных коэффициентов нагрузки единиц системы (физических лиц) в реальных условиях приводит к существенному дисбалансу расходовемого времени и качества исполнения медицинских услуг. В то же время получение свободы руководящими элементами систем уровня отдельных организаций в определении штатного расписания чревато рисками еще более иррациональных решений для вектора наращивания человеческого капитала. В частности, при условии финансирования по принципу «деньги идут за пациентом» в организациях для достижения плановых показателей идут приписки по позиции. Врачи же, испытывая дефицит, начинают исключать из традиционного алгоритма диагностики множество операций, максимально упрощая процедуру сбора, анамнез жизни и болезни. В настоящее время назрела необходимость глобальной переоценки системы удовлетворения потребностей, связанных с медицинскими услугами, основанных на принципе обеспечения качественных потоков информации. Экспертный опрос показал, что организаторы здравоохранения (ОЗ), врачи терапевты участковые (ВТУ) более чем на 90% согласны с тем, что работа ВТУ в основном состоит из обмена информацией с пациентом. Поведение пациента в процессе поиска информации, связанного с осознанием возможных и реальных проблем со здоровьем, вписывается в рамки алгоритма, представленного на рис. 1.

При возникновении ситуации, когда необходимо принять решение о тактике поведения в отношении своего здоровья, часть граждан действует самостоятельно. В данной ситуации мы можем говорить о том, что гражданин является лицом, принимающим управленческое решение о своем здоровье (ЛПР ЛЗ). Рассмотрим поведение ЛПР ЛЗ на первом этапе алгоритма. Вышеперечисленное составляет малый цикл процесса информационного обеспечения самоуправления здоровьем (МЦСУЗ):

$$F(\text{МЦСУЗ}) = S2 \rightarrow S3 \rightarrow S4 \rightarrow S5 \rightarrow S6 \rightarrow S7, \quad (2)$$

где  $S$  — отражает номер шага в АлгИПУЗ. Если же через какой-то отрезок времени ЛПР ЛЗ отмечает наличие болезни, то может либо снова использовать МЦСУЗ, либо обратиться за дополнительной информацией. Назовем это циклом самообразователь-

Реформы здравоохранения

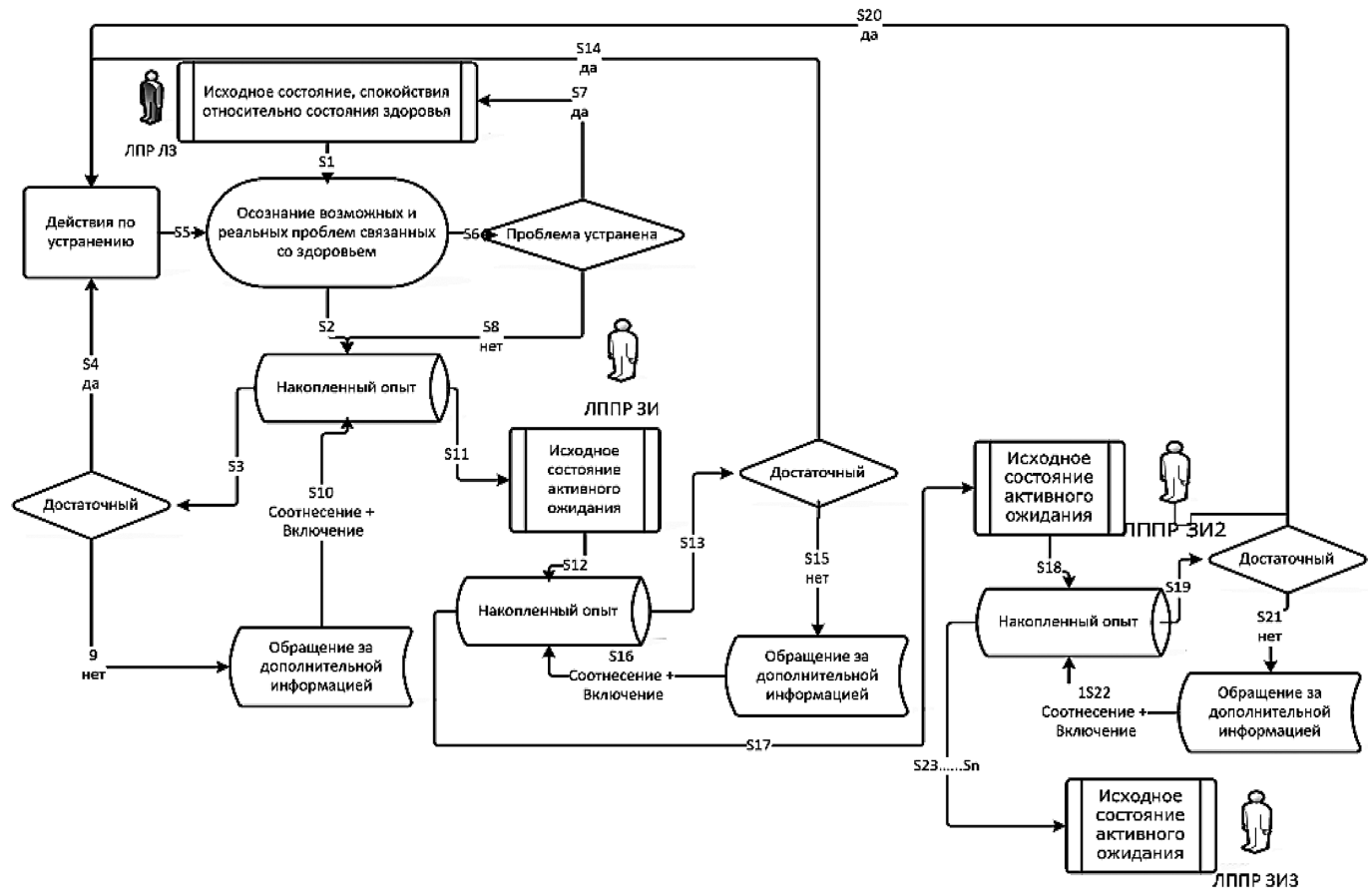


Рис. 1. Алгоритм поведения пациента в процессе поиска информации, связанного с осознанием возможных и реальных проблем со здоровьем (АлГИПУЗ).

ного поиска информации для управления здоровьем (ЦСПИУЗ):

$$F(\text{ЦСПИУЗ}) = S3 \rightarrow S9 \rightarrow S10, \quad (3)$$

Пройдя ЦСПИУЗ и решив, что его возросший уровень компетенции достаточен, ЛПР ЛЗ выполняет МЦСУЗ. Таким образом, полный цикл процесса информационного обеспечения самоуправления здоровьем (ПЦСУЗ) состоит из:

$$F(\text{ПЦСУЗ}) = F(\text{МЦСУЗ}) + F(\text{ЦСПИУЗ}). \quad (4)$$

Если затруднения не разрешены, ЛПР ЛЗ обращается к лицу, помогающему принять решение относительно здоровья индивидуума (ЛППР ЗИ) (S11), и речь идет уже не только о смене источника информации на наиболее компетентный, но и о предоставлении ему прав владельца процессом управления своим здоровьем. Причем ЛПР ЛЗ не всегда в полной мере может осмыслить предложенную ЛППР ЗИ информацию и просто следует указанным инструкциям, и сам метод лечения не становится частью его опыта. В качестве ЛППР ЗИ формально может выступать любой человек. Получив руководство к действию, ЛПР ЛЗ запускает последовательность действий, аналогичную МЦСУЗ. Таким образом, он сначала обращается к собственному багажу знаний, а если его недостаточно, смотрит в справочники, сборники стандартов. Если информации достаточно, то он осуществляет деятельность, направленную

на устранение возникших нарушений здоровья. В случае недостаточной информированности ЛППР ЗИ обращается за помощью к другому или нескольким ЛППР ЗИ1 (врач-консультант, консилиум). В целом, основываясь на алгоритме поведения ЛПР ЛЗ и ЛППР ЗИ при принятии решения о восстановлении и укреплении здоровья, мы можем сформировать основной набор моделей информационного обмена на этапе первичной медико-санитарной помощи. Далее в работе рассмотрены возможности и перспективы использования различных моделей от самообеспечения медицинской помощью до обращения к ВТУ с учетом правовой стороны и ее экономической оценкой. Экономически обоснованной в данной модели является только реализация информационных потоков, направленных на полноценное информирование детей и подростков о навыках сохранения и укрепления здоровья при условии их надлежащего исполнения, а в старших возрастах — о популяционных и индивидуальных факторах риска и первых проявлениях заболеваний. Отдельно следует упомянуть о качественном обучении навыкам первой медицинской помощи водителей и других лиц с высокой вероятностью реализации полученной компетенции. Если рассматривать передаваемую информацию как ресурс, имеющий определенную расчетную стоимость, становится особенно важным при оказании плановой амбулаторной по-

мощи организовывать первый контакт пациента, пришедшего в поликлинику, со средним медицинским персоналом и только на заключительном этапе организовывать контакт пациента с врачом. Немаловажное значение имеет и равный доступ к получению и передаче информации от пациента медицинскому работнику и наоборот. Равный доступ к получению и передаче информации может быть достигнут путем организации на базе учреждений единых справочно-информационных служб, так называемых логистических центров. Создание таких центров позволит исключить необоснованное количество приходов пациента в поликлинику (записаться на прием, за талоном на обследование, уточнить время обследования, поиск результатов анализов), что приведет к экономии и созданию положительной репутации амбулаторно-поликлинического учреждения. Данная модель характеризуется наличием лечащего врача, среднего персонала и руководящего элемента (РЭС) в лице руководителя медицинской организации и его заместителей. Одним из основных документов, регламентирующих правовую сторону функционирования модели, является приказ Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 №543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению».

При обращении пациента к ВТУ формируется модель, представленная на рис. 2.

Экономическая деятельность модели в основном определяется базовой и территориальной «Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи», осуществляемой в соответствии с порядками и стандартами медицинской помощи. Благополучие функционирования данной модели существенно зависит от РЭС, поскольку именно на них возложена обязанность по формированию терапевтических участков с учетом половозрастной структуры, заболеваемости, транспортной доступности и других существенных факторов нагрузки ВТУ. С позиции анализа продуктивно-

сти информационные потоки могут рассматриваться как:

$$P_{ио} = \frac{C_{и} \times B_{и}}{K_{и}}, \tag{5}$$

где  $P_{ио}$  — продуктивность информационного обмена,  $K_{и}$  — количество передаваемой информации,  $B_{и}$  — время, затрачиваемое на единицу передачи информации,  $C_{и}$  — цена за получение, применение и передачу информации.

Формулу оценки результативности информационных потоков можно представить в виде:

$$Э_{ио} = P_{ио} \times K_p, \tag{6}$$

где  $Э_{ио}$  — эффективность информационного обмена,  $P_{ио}$  — продуктивность процесса,  $K_p$  — коэффициент результативности процесса.

Коэффициент результативности процесса отражает долю благоприятных исходов в общем числе оказанных услуг.

Если перевести полученные результаты в стоимость спасенных жизней и предотвращенных дней утраченной трудоспособности, то получится коэффициент полезности применения информации. Результативность конечных точек определяется с применением методик определения бремени смертности и заболеваемости (DALY), расчета экономических потерь от смертности, заболеваемости и инвалидизации населения (приказ Минэкономразвития России № 192, Минздравсоцразвития России № 323н, Минфина России № 45н, Росстата № 113 от 10.04.2012).

### Обсуждение

Технология оценки продуктивности информационных потоков может служить при текущем и стратегическом планировании для принятия и поддержки решений менеджеров здравоохранения применительно к формированию штатного расписания. Формирование стационарного сектора медицинской помощи и скорой медицинской помощи фактически должно осуществляться согласно действующим стандартам и порядкам и обеспечивать случаи, находящиеся вне компетенции амбулаторно-поликлинического звена, а по мере активизации работы последнего постепенно сокращаться. Однако для осуществления данной стратегии необходима реализация финансирования по подушевому принципу с частичным фондодержанием. Немедицинские специальности планируются сообразно функциональной потребности сложившейся системы амбулаторно-поликлинической, госпитальной и скорой медицинской помощи. Отдельно следует учитывать потребности системы здравоохранения в кадрах для инновационных разработок, в частности специалистов в области трансляционной медицины и специалистов, прошедших сертификацию Project Management Professional — PMI (профессионал в области управления проектами). Прогнозируемое количество данных специа-



Рис. 2. Модель функционирования терапевтического участка.



## Реформы здравоохранения

листов существенно зависит от числа создаваемых биомедицинских кластеров, технологических платформ и научно-образовательных центров, инжиниринговых подразделений и центров коллективного пользования.

### Заключение

Планирование кадровых ресурсов представляет собой процесс оценки необходимого числа работников здравоохранения с целью обеспечения потребностей и совершенствования стратегий развития здравоохранения. Сложившаяся система определения дефицита кадров в системе здравоохранения требует преобразования в части совершенствования набора индикаторов. В частности, наряду с традиционными показателями обеспеченности и укомплектованности необходима организация учета примененных компетенций и расчета планируемой потребности в них с оценкой своевременности и качества их оказания. Необходимо разработать мероприятия по обеспечению системы здравоохранения медицинскими кадрами с целью поэтапного сокращения дефицита кадров в системе здравоохранения.

Исследование не имело спонсорской поддержки.  
Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Березин С. Международный опыт в вопросах планирования, подготовки и управления кадровых ресурсов. *Международный научно-исследовательский журнал*. 2014;8—2(27):10—2.
2. Шепин В. О., Расторгуева Т. И., Федорова Э. Г. Современные направления совершенствования деятельности медицинских кадров. *Рос. академия медицинских наук*. 2012;(2):42—8.
3. Takasugi T., Lee A. C. Why do community health workers volunteer? A qualitative study in Kenya. *Public Health*. 2012;126(10):839—45.
4. Chimwaza W., Chipeta E., Ngwira A., Kamwendo F., Taulo F., Bradley S. What makes staff consider leaving the health service in Malawi? *Human Resources for Health*. 2014;12:17.
5. Afrakoma J., Agyeman-Duah J. N., Theurer A., Munthali C., Alide N., Neuhann F. Understanding the barriers to setting up a healthcare quality improvement process in resource-limited settings: a situational analysis at the Medical Department of Kamuzu Central Hospital in Lilongwe, Malawi. *BMC Health Services Research*. 2014;14:1 <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/14/1>
6. Alameddine M., Saleh S., Jardali F. E., Dimassi H., Alameddine Y. M. The retention of health human resources in primary healthcare centers in Lebanon: a national survey. *BMC Health Services Research*. 2012;12:419. <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/12/419>
7. Mahmood S. S., Iqbal M., Hanifi S. M., Wahed T., Bhuiya A. Are 'Village Doctors' in Bangladesh a curse or a blessing? *BMC International Health and Human Rights*. 2010;10:18. <http://www.biomedcentral.com/1472-698X/10/18R>
8. Vivekanantham S., Gnanappiragasam D. Shortage of Doctors, Shortage of Education. *World J. Surg.* 2014;38:2183—4. doi: 10.1007/s00268-014-2494-2
9. Шульгина С. В. Отзывчивость системы здравоохранения и ее характеристики. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2015;(1):25—7.
10. Андреева И. Л. Стратегические направления кадровой политики в условиях модернизации системы здравоохранения. *Социальные аспекты здоровья населения*. 2010;1(13):1—6.
11. McQuide P. A., Kolehmainen-Aitken R. L., Forster N. Applying the workload indicators of staffing need (WISN) method in Namibia: challenges and implications for human resources for health policy. *Human Resources for Health* 2013;11:64. <http://www.human-resources-health.com/content/11/1/64>
12. User's manual WISN (Workload indicators of staffing need) WHO 2010. Geneva; 2010.
13. Smol'yaninova E. N., Prosalova V. S. The problem of staffing the health care system and its solutions on an example of Primorye Territory. *Fundamental'nye issledovaniya*. 2014;10—5:968—72 (in Russian).
14. Maev I. V., Kупеева I. A., Сон I. M., Леонов С. А., Газева А. В. The need of the Russian Federation in medical personnel. *Health Manager*. 2013;10:6—11 (in Russian).
15. Babenko A. I., Bravve Yu. I., Tomchuk A. L. The development of public health strategies for the development of human capital. *Problemy sotsial'noy gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2012;(4):10—2 (in Russian).

Поступила 26.06.2017  
Принята в печать 21.12.2017

### REFERENCES

1. Berezin S. International experience in the planning, preparation and management of human resources. *Mezhdunarodnyi nauchno-issledovatel'skiy zhurnal*. 2014;8—2(27):10—2 (in Russian).
2. Shchepin V. O., Rastorgueva T. I., Fedorova E. G. Modern directions of improvement of medical personnel. *Ros. akademiya meditsinskikh nauk*. 2012;2:42—8 (in Russian).
3. Takasugi T., Lee A. C. Why do community health workers volunteer? A qualitative study in Kenya. *Public Health*. 2012;126(10):839—45.
4. Chimwaza W., Chipeta E., Ngwira A., Kamwendo F., Taulo F., Bradley S. What makes staff consider leaving the health service in Malawi? *Human Resources for Health*. 2014;12:17.
5. Afrakoma J., Agyeman-Duah N., Theurer A., Munthali C., Alide N., Neuhann F. Understanding the barriers to setting up a healthcare quality improvement process in resource-limited settings: a situational analysis at the Medical Department of Kamuzu Central Hospital in Lilongwe, Malawi. *BMC Health Services Research*. 2014;14:1. <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/14/1>
6. Alameddine M., Saleh S., Jardali F. E., Dimassi H., Alameddine Y. M. The retention of health human resources in primary healthcare centers in Lebanon: a national survey. *BMC Health Services Research*. 2012;12:419. <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/12/419>
7. Mahmood S. S., Iqbal M., Hanifi S. M., Wahed T., Bhuiya A. Are 'Village Doctors' in Bangladesh a curse or a blessing? *BMC International Health and Human Rights*. 2010;10:18. <http://www.biomedcentral.com/1472-698X/10/18R>
8. Vivekanantham S., Gnanappiragasam D., Shortage of Doctors, Shortage of Education. *World J. Surg.* 2014;38:2183—4. doi: 10.1007/s00268-014-2494-2
9. Shul'gina S. V. Responsiveness of the health system and its characteristics. *Problemy sotsial'noy gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2015;1:25—7 (in Russian).
10. Andreeva I. L. Strategic directions of personnel policy in the context of the health system modernization. *Sotsial'nye aspekty zdorov'ya naseleniya*. 2010;1(13):1—6 (in Russian).
11. McQuide P. A., Kolehmainen-Aitken R. L., Forster N. Applying the workload indicators of staffing need (WISN) method in Namibia: challenges and implications for human resources for health policy. *Human Resources for Health*. 2013;11:64. <http://www.human-resources-health.com/content/11/1/64>
12. User's manual WISN (Workload indicators of staffing need) WHO 2010. Geneva; 2010.
13. Smol'yaninova E. N., Prosalova V. S. The problem of staffing the health care system and its solutions on an example of Primorye Territory. *Fundamental'nye issledovaniya*. 2014;10—5:968—72 (in Russian).
14. Maev I. V., Kупеева I. A., Сон I. M., Леонов С. А., Газева А. В. The need of the Russian Federation in medical personnel. *Health Manager*. 2013;10:6—11 (in Russian).
15. Babenko A. I., Bravve Yu. I., Tomchuk A. L. The development of public health strategies for the development of human capital. *Problemy sotsial'noy gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2012;(4):10—2 (in Russian).

Тимофеев Д. А.<sup>1</sup>, Еругина М. В.<sup>1</sup>, Кром И. Л.<sup>1</sup>, Цвигайло М. А.<sup>2</sup>

## УПРАВЛЕНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ МОТИВАЦИЕЙ ПЕРСОНАЛА МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

<sup>1</sup>ФГБОУ ВО «Саратовский государственный медицинский университет им. В. И. Разумовского» Минздрава России, 410012, г. Саратов;  
<sup>2</sup>Филиал №2 ФГКУ «442 ВКГ» Министерства обороны России, 180002, г. Псков

Специфика функционирования учреждений здравоохранения предполагает высокую детерминированность эффективности и качества их деятельности характеристиками организационного поведения и уровня мотивации сотрудников.

Цель исследования — определить степень, детерминанты проявления и пути управления уровнем глубинной мотивации деятельности (работы) и ее следствиями у различных профессиональных групп персонала медицинской организации.

Исследование проведено на базе 6 военных госпиталей методом сплошного анонимного анкетирования 583 человек, которые были распределены на профессиональные группы «Администрация», «Специалисты», «Средний медицинский персонал», «Другие» и «Младший медицинский персонал». Ответы на вопросы анкеты предполагали оценку по 7-балльной шкале, именованной по степени выраженности исследуемых характеристик. Рассчитывался «Показатель потенциала мотивации» деятельности у представителей профессиональных групп, определен характер его связи с социальными характеристиками индивидуальности сотрудников.

В профессиональных группах медицинской организации имеются существенные особенности проявления в работе сотрудников глубинной мотивации деятельности. Наиболее высокий уровень ее отмечен у респондентов профессиональных групп «Администрация» и «Специалисты», средний — «Другие» и «Средний медперсонал», низкий — в группе «Младший медперсонал». Установлен новый фактор, влияющий на проявление глубинной мотивации деятельности: превышение контроля за работой сотрудника над его автономностью. Привлекательность выполняемой работы детерминирована социальными характеристиками индивидуальности: потребность в росте и развитии в процессе деятельности, соответствие знаний и умений выполняемой работе, удовлетворенность контекстом работы.

Разработанная анкета может использоваться как инструмент для исследований мотивационной сферы и отношения к работе сотрудников системы здравоохранения.

**К л ю ч е в ы е с л о в а :** управление персоналом; трудовая мотивация; модель характеристик работы; удовлетворенность работой; оценка уровня трудовой мотивации.

**Для цитирования:** Тимофеев Д. А., Еругина М. В., Кром И. Л., Цвигайло М. А. Управление профессиональной мотивацией персонала медицинской организации. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2019;27(1):50—53. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2019-27-1-50-53>

**Для корреспонденции:** Тимофеев Дмитрий Аркадьевич, д-р мед. наук, профессор кафедры общественного здоровья и здравоохранения (с курсами правоведения и истории медицины) ФГБОУ ВПО «Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского» Минздрава России, e-mail: timofeevda@mail.ru

Timofeiev D. A.<sup>1</sup>, Erugina M. V.<sup>1</sup>, Krom I. L.<sup>1</sup>, Tsvigaylo M. A.<sup>2</sup>

## THE MANAGEMENT OF PROFESSIONAL MOTIVATION OF MEDICAL ORGANIZATION PERSONNEL

<sup>1</sup>The Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The V. I. Razumovsky Saratov State Medical University” of Minzdrav of Russia, 410012, Saratov, Russia;<sup>2</sup>The Branch of The Federal State Official Institution “442th Military Clinical Hospital” of the Defense Ministry of Russia, 180002, Pskov, Russia

The specificity of functioning of health care institutions presupposes high determinacy of efficiency and quality of their organizational behavior and level of motivation of employees.

The purpose of study is to determine the degree, determinants of manifestation and means of management of level of in-depth motivation of activities (work) and its outcomes in different professional groups of personnel of medical organization. The study was carried out on the basis of 6 military hospitals using technique of continuous anonymous questionnaire survey of sampling of 583 respondents. The sampling was allocated to such professional groups as “Administration”, “Specialists”, “Nursing Personnel”, “Others” and “Paramedical Personnel”. The answers to questionnaire questions presupposed evaluation according 7 points scale named by degree of expression of analyzed characteristics. The “Indicator of Potential of Activity Motivation” was calculated for representatives of professional groups. The character of its relationship with social characteristics of individuality of employees was determined.

The professional groups of medical organization are characterized by significant characteristics of manifestation by employees in their work the in-depth motivation of activity. Its highest level is established in respondents from professional groups “Administration” and “Specialists”. The average level is established in respondents from professional groups “Nursing Personnel” and “Others”. The low level is established in respondents from professional group “Paramedical Personnel”. The factor is established effecting manifestation of in-depth motivation of activity: exceeding of controlling work of employee over one’s autonomy. The attractiveness of implemented work is determined by social characteristics of individuality: need in career development, correspondence of knowledge and skills to implementing work, satisfaction with work context. The elaborated questionnaire can be applied as a tool for analysis of motivation sphere and attitude of health care employees to their professional work.

**К е у о р д с :** personnel management; labor motivation; model of work characteristics; work satisfaction; evaluation; labor motivation.

**For citation:** Timofeiev D. A., Erugina M. V., Krom I. L., Tsvigaylo M. A. The management of professional motivation of medical organization personnel. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2019; 27(1):50—53 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2019-27-1-50-53>

**For correspondence:** Timofeiev D. A., doctor of medical sciences, professor of the Chair of Public Health and Health Care with Courses of Jurisprudence and History of Medicine of the Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The V. I. Razumovsky Saratov State Medical University”, e-mail: timofeevda@mail.ru

**Conflict of interests.** The authors declare absence of conflict of interests.

**Acknowledgment.** The study had no sponsor support

Received 21.01.2018  
Accepted 01.03.2018

Специфика предназначения учреждений здравоохранения, детальная регламентация их функционирования нормативными документами предполагают высокую детерминированность эффективности и качества их деятельности характеристиками организационного поведения руководителей и персонала [1, 2]. Организационное поведение, определено трудовой мотивацией сотрудников организации [3—6]. Неотъемлемой частью реализации данной функции является создание (планирование) работы, основанное на повышении уровня глубинной мотивации сотрудников. Она определяет степень привлекательности выполняемой человеком деятельности и побуждает его выполнять свои обязанности на более высоких уровнях, получать от работы большее удовлетворение, а также влияет на текучесть кадров, проявление социально значимого поведения, качество жизни и степень причастности сотрудников к деятельности организации [2, 3]. Особую значимость и актуальность эти вопросы приобретают в военно-медицинских организациях, учитывая условия деятельности, сложность, ответственность и масштаб выполняемых ими задач [1, 2, 4].

### Материалы и методы

Исследование проведено на базе 6 ведомственных медицинских организаций (гарнизонных госпиталей) методом сплошного анонимного анкетирования личного состава. Критерием включения в выборку служила принадлежность к числу сотрудников госпиталя, критерием исключения — отсутствие сотрудника (отпуск, болезнь). Всего в исследовании приняли участие 583 человека, из них 559 (95,9%) — гражданский персонал, которые были распределены на группы. Группирующим фактором была профессиональная категория сотрудника: «Администрация» ( $n=42$ ), «Специалисты» ( $n=77$ ), «Средний медицинский персонал» ( $n=257$ ), «Другие» ( $n=86$ ) и «Младший медицинский персонал» ( $n=121$ ).

Использована теория Р. Хэкмана и Г. Олдхэма [3] «Модель характеристик работы» (далее — «Модель»), позволяющая оценить степень проявления глубинной мотивации (уровень привлекательности профессиональной деятельности). Согласно данной модели любая деятельность имеет пять ключевых составляющих (КС), влияющих на проявление у персонала глубинной мотивации: «Разнообразие навыков и умений», «Полнота задания», «Значимость деятельности», «Автономность» и «Обратная связь».

На первом этапе была разработана (так как «Модель» не содержит инструмента для проведения исследования) и апробирована в пилотном исследовании анкета для оценки КС деятельности персонала медицинской организации, содержащая 8 вопросов.

На втором этапе проведен анкетный опрос. Ответы на вопросы анкеты предполагали оценку по 7-балльной шкале, именованной по степени выраженности проявления указанных КС.

На третьем этапе проводились математико-статистическая обработка полученных данных, их анализ и интерпретация. Статистическая обработка полученных данных производилась на базе персонального компьютера с применением пакета прикладных программ Statistica 10.0. Использованы непараметрические критерии Краскела—Уоллиса и критерий Колмогорова—Смирнова. Описание данных и их дисперсии представлены в виде  $Me$  [Q25; Q75], где  $Me$  — медиана, [Q25 и Q75] — 25% и 75% квартили соответственно. Корреляционный анализ проводился с помощью непараметрического  $\tau$ -критерия Кендалла. Слабые связи не рассматривались. Критический уровень значимости, при котором отвергалась нулевая гипотеза об отсутствии различий между изучаемыми группами, для парных сравнений выбран  $p < 0,05$ .

### Результаты исследования

Из 583 человек, принявших участие в исследовании, 85 (14,6%) составили мужчины и 498 (85,4%) женщины. Число лиц старше 50 лет составляло в группах «Администрация» — 19 (45,3%), «Специалисты» — 42 (54,6%, из них 35,1% пенсионного возраста), «Средний медперсонал» — 117 (45,5%), «Другие» — 31 (36%), «Младший медперсонал» — 89 (73,7%). Значительная часть сотрудников (45,1%) не имели семьи (19,6% разведены, 13% холосты, 12,5% вдовствующие). Стаж работы более 15 лет имели от 75,6% («Другие») до 81,9% («Младший медперсонал») респондентов.

Анализ оценок КС деятельности представителей разных профессиональных групп показал наличие существенных различий в их суждениях (см. таблицу).

Из данных таблицы видно, что наиболее высоким уровнем глубинной мотивации (по величине «Показатель потенциала мотивации») был у респондентов групп «Специалисты» (160,00 балла) и «Администрация» (155,75 балла). Существенно ниже его величина в группах «Другие» (114,00 балла) и «Средний медперсонал» (108,50 балла), а самые низкие значения — в группе «Младший медперсонал» (64,00 балла). Оценка представителями группы «Администрация» КС «Значимость деятельности» (5,33 [5,00; 6,33]) была ниже ( $p < 0,01$ ), чем персоналом групп «Специалисты» (6,33 [5,33; 7,00]) и «Средний медперсонал» (5,67 [5,00; 6,67]).

Анализ данных таблицы показал, что со снижением величины «Показателя потенциала мотивации» внутригрупповая разность показателей оценок КС

## Сравнительная оценка КС «Модели» профессиональными группами сотрудников военно-медицинской организации (в баллах)

Ключевая составляющая деятельности	Показатель	Группы респондентов (n=583)				
		администрация (А) (n=42)	специалисты (Сп) (n=77)	средний медперсонал (Ср) (n=257)	другие (Др) (n=86)	младший медперсонал (Мл) (n=121)
Разнообразие знаний и умений <sup>***</sup>	Ме; (ПСР) (Q25; Q75)	5,50; (1) [4,50; 6,00]	5,50; (2) [4,50; 6,50]	5,50; (3) [4,50; 6,50]	5,00; (4) [4,00; 6,00]	4,00; (5) [3,00; 5,00]
	Значимость	***Мл	***Мл	*Др; ***Мл	*Мл	p>0,05
Полнота заданий <sup>***</sup>	Ме; (ПСР) (Q25; Q75)	4,00; (3) [4,00; 6,00]	4,00; (2) [3,00; 6,00]	4,00; (1) [3,00; 6,00]	4,00; (4) [3,00; 5,00]	3,00; (5) [1,00; 4,00]
	Значимость	*Мл	***Мл	***Мл	**Мл	p>0,05
Значимость деятельности <sup>***</sup>	Ме; (ПСР) (Q25; Q75)	5,33; (4) [5,00; 6,33]	6,33; (1) [5,33; 7,00]	5,67; (2) [5,00; 6,67]	5,67; (3) [4,33; 6,33]	4,67; (5) [4,00; 5,67]
	Значимость	p>0,05	**А; **Др; ***Мл	**А; ***Мл	**М	p>0,05
Автономность <sup>**</sup>	Ме; (ПСР) (Q25; Q75)	5,00; (2) [4,00; 6,00]	5,00; (1) [4,00; 6,00]	4,00; (4) [1,00; 6,00]	4,00; (5) [1,00; 6,00]	4,00; (3) [1,00; 5,00]
	Значимость	***Др; *Мл	**Мл; *Др; **Ср	p>0,05	p>0,05	p>0,05
Обратная связь <sup>**</sup>	Ме; (ПСР) (Q25; Q75)	6,00; (5) [6,00; 7,00]	7,00; (3) [6,00; 7,00]	7,00; (2) [6,00; 7,00]	7,00; (4) [6,00; 7,00]	7,00; (1) [6,00; 7,00]
	Значимость	p>0,05	p>0,05	*А	p>0,05	p>0,05
Показатель потенциала мотивации <sup>***</sup>	Ме; (ПСР) (Q25; Q75)	155,75; (2) [120,83; 196,0]	160,00; (1) [88,89; 214,67]	108,50; (3) [40,44; 182,78]	114,00; (4) [44,33; 181,67]	64,00; (5) [29,94; 112,00]
	Значимость	**Др; ***Мл	**Ср; **Др; ***Мл	**Мл	*Мл	p>0,05

Примечание. \*p<0,05; \*\*p<0,01; \*\*\*p<0,001 соответственно при сравнении с показателями представителей других групп респондентов (А — администрация, Сп — специалисты, Ср — средний медицинский персонал, Др — другие профессии, Мл — младший медицинский персонал); \*\*p<0,01; \*\*\*p<0,001 при сравнении показателей 5 групп респондентов. ПСР — рейтинговое место показателя среднего ранга критерия Краскала—Уоллиса при сравнении групповых оценок (рейтинговое место наибольшей величины среднего ранга — (1), наименьшей — (5)).

«Обратная связь» и «Автономность» повышается. Проведенный корреляционный анализ подтвердил наличие между ними достоверной ( $p<0,05$ ) умеренной отрицательной связи в группах «Администрация» ( $\tau=-0,34$ ), «Специалисты» ( $\tau=-0,40$ ), «Средний медперсонал» ( $\tau=-0,57$ ), «Другие» ( $\tau=-0,56$ ) и «Младший медперсонал» ( $\tau=-0,48$ ).

### Обсуждение

Персонал военно-медицинской организации представлен преимущественно представителями женского пола, а также значительным числом лиц старшего, предпенсионного и пенсионного возраста с большим стажем работы. Почти половина респондентов не имеет семьи.

Группы респондентов по степени проявления глубинной мотивации деятельности распределились на три уровня: высокий («Администрация», «Специалисты»), средний («Другие», «Средний медперсонал») и низкий («Младший медперсонал»).

Существенные различия в оценках проявления КС «Модели» свидетельствуют об особенностях их восприятия представителями профессиональных групп в медицинской организации и влияния на характер организационного поведения персонала.

Наличие в профессиональных группах «Администрация» и «Специалисты» связи показателей уровня глубинной мотивации деятельности с показателями проявления социальных характеристик индивидуальности свидетельствует о высокой вовлеченности в профессиональную деятельность (потребность в росте и развитии в процессе деятельности), ответственности за свои решения и действия (соответствие знаний и умений выполняемой работе) и чувствительности к условиям функционирования (удовлетворенности контекстом). Такая связь пред-

полагает, что персонал, не заинтересованный в личном и профессиональном росте, с недостаточным уровнем знаний и навыков для выполнения работы и неудовлетворенный контекстом, будет негативно относиться к коррекции КС, направленной на повышение глубинной мотивации работы.

Оценка КС «Значимость деятельности» группой «Администрация» ниже, чем группами «Специалисты» и «Средний медперсонал». По-видимому, это связано с формированием определенного противоречия между представлениями врачей-администраторов о профессиональном предназначении, предполагающего их участие в лечебном процессе и необходимостью исполнения преимущественно управленческих функций. У сотрудников, непосредственно связанных в процессе деятельности с пациентами, представления об их профессиональной самореализации привели к более высокой оценке значимости работы.

Связь величин «Показателя потенциала мотивации» и внутригрупповой разности показателей оценок КС «Обратная связь» и «Автономность» свидетельствует, что повышение контроля за деятельностью персонала при ограничении его автономности ведет к снижению глубинной мотивации и привлекательности работы. Кроме того, наличие такой связи предполагает расширение возможностей использования «Модели» за счет определения и учета взаимных влияний входящих в нее КС, на степень проявления глубинной мотивации в деятельности персонала.

Полученные результаты исследования, вследствие согласованности с данными литературы [3], свидетельствуют о валидности и дискриминативности содержания разработанной анкеты.

### Заключение

В медицинской организации наиболее высок уровень проявления в работе сотрудников глубинной мотивации деятельности у представителей профессиональных групп «Администрация», «Специалисты», в группах «Другие» и «Средний медперсонал» он средний, в группе «Младший медперсонал» — низкий.

Степень привлекательности деятельности для персонала медицинской организации детерминирована уровнем проявления в их работе КС «Модели». С ростом показателей КС повышается уровень глубинной мотивации. На ее уровень также влияет как самостоятельный фактор разность КС «Обратная связь» и «Автономность». Увеличение величины разности приводит к снижению уровня проявления глубинной мотивации в деятельности.

Мониторинг оценки восприятия КС «Модели» персоналом разных профессиональных групп медицинской организации позволяет определить степень проявления у личного состава групп уровня глубинной мотивации и удовлетворенности работой, а также направления деятельности с целью повышения соответствия характеристик работы и сотрудника.

Коррекция КС, направленная на повышение глубинной мотивации работы, нецелесообразна для сотрудников, не стремящихся к личному и профессиональному росту, не удовлетворенных контекстом работы и не имеющим достаточных знаний и навыков для ее выполнения.

Разработанная анкета может применяться как инструмент для использования «Модели характеристик работы» при исследованиях мотивационной сферы, отношения к работе и степени соответствия сотрудников выполняемой ими деятельности.

Исследование не имело спонсорской поддержки.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Фисун А. Я. Медицинское обеспечение Вооруженных Сил Российской Федерации: итоги деятельности и основные задачи на 2016 год. *Военно-медицинский журнал*. 2016;(1):4—21.
2. Тимофеев Д. А., Цвигайло М. А., Раздевилова О. П., Власова М. В. Детерминанты и потенциальные следствия отношения к работе (службе) персонала военно-медицинских организаций. *Журнал научных статей «Здоровье и образование в XXI веке»*. 2016; 18(2):464—9.
3. George G. M., Jones G. R. *Organizational Behavior. Essentials of Management*. Prentice Hall Upper Saddle River. New Jersey 07458; 2003:115—38.
4. Тимофеев Д. А., Цвигайло М. А., Долгова Е. М., Власова М. В., Раздевилова О. П. Мотивация деятельности (труда) как центральный элемент управления организационным поведением личного состава военно-медицинской организации. *Современные проблемы науки и образования*. 2017;(3). Ссылка активна на 26.11.2017. <https://www.science-education.ru/ru/article/view?id=26396>
5. Алмазов А. А. Критерии оценки мотивации персонала. создание и развитие ценностей медицинской организации. *Здравоохранение*. 2014;(5):94—101.
6. Костикова А. Ю., Черкасов С. Н. Мотивационные установки руководителей государственных медицинских организаций. *Общественное здоровье и здравоохранение*. 2017;(2):54—6.

Поступила 21.01.2018  
Принята в печать 01.03.2018

### REFERENCES

1. Fisun A. Ya. Medical support of the Armed Forces of the Russian Federation: results of activity and tasks for 2016. *Voenno-meditsinskiy zhurnal*. 2016;1:4—21 (in Russian).
2. Timofeev D. A., Tsvigailo M. A., Razdevilova O. P., Vlasova M. V. The determinants and potential effects of attitude to work (service) of military-medical organizations' personnel. *Zhurnal nauchnykh statei «Zdorov'e i obrazovanie v XXI veke»*. 2016;18(2):464—9 (in Russian).
3. George G. M., Jones G. R. *Organizational Behavior. Essentials of Management*. Prentice Hall Upper Saddle River, New Jersey 07458; 2003:115—38.
4. Timofeev D. A., Tsvigailo M. A., Dolgova E. M., Vlasova M. V., Razdevilova O. P. Labor motivation as central element of organizational behaviour management of staff in military medical organization. *Sovremennye problemy nauki i obrazovaniya*. 2017;(3) (Accessed November 26, 2017). <https://www.science-education.ru/ru/article/view?id=26396> (in Russian).
5. Almazov A. A. Kriterii otsenki motivatsii personala. sozdanie i razvitie tsennostei meditsinskoj organizatsii. *Zdravookhranenie*. 2014;(5):94—101 (in Russian).
6. Kostikova A. Y., Cherkasov S. N. Motivation set of the heads of state healthcare institutions. *Obshchestvennoe zdorov'e i zdravookhranenie*. 2017;(2):54—6 (in Russian).

# Из опыта организатора здравоохранения

© Коллектив авторов, 2019  
УДК 614.2:617-001-082

**Шарафутдинова Н. Х., Латыпов А. Б., Даутов Р. Р., Шарафутдинов М. А.**

## ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПУНКТА ГОРОДСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ: СТРУКТУРА ОБРАЩЕНИЙ ПАЦИЕНТОВ ПО ПОВОДУ ТРАВМ

ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет», 450008, г. Уфа.

*Анализ обращений пациентов по поводу травм в травматологический пункт городской клинической больницы показал, что доля женщин несколько превышала долю мужчин. Из общего числа пациентов 24,1% были в возрастной группе 30—39 лет (мужчин 29,4%). Среди женщин превалировала возрастная группа 50—59 лет. Преимущественной локализацией травмы у мужчин были область запястья и кисти и травмы грудной клетки, у женщин чаще травмировались области голеностопного сустава и стопы, колена и голени. От локализации и тяжести полученной травмы зависят длительность лечения пациента и количество обращений к врачу-травматологу. Результаты анализа свидетельствуют, что средняя длительность лечения одного пациента в травматологическом пункте составила  $4,2 \pm 0,13$  дня. Средняя длительность лечения мужчин составила  $3,7 \pm 0,17$  дня, женщин —  $4,6 \pm 0,18$  дня.*

*Из числа обратившихся в травматологический пункт в течение года 12,7% пациентам был выписан листок нетрудоспособности. Средняя длительность нетрудоспособности по всем видам травм составила  $28,9 \pm 1,2$  дня. В целом при одном случае временной нетрудоспособности пациент  $3,7 \pm 0,2$  раза посетил травматологический пункт.*

**К л ю ч е в ы е с л о в а:** травма; травматологический пункт; обращение; локализация; временная нетрудоспособность.

**Для цитирования:** Шарафутдинова Н. Х., Латыпов А. Б., Даутов Р. Р., Шарафутдинов М. А. Организация работы травматологического пункта городской клинической больницы: структура обращений пациентов по поводу травм. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2019;27(1):54—58. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2019-27-1-54-58>

**Для корреспонденции:** Шарафутдинова Назира Хамзиновна, д-р мед. наук, профессор, зав. кафедрой общественного здоровья и организации здравоохранения с курсом ИДПО ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет», e-mail: nazira-h@rambler.ru

**Sharafutdinova N. Kh., Latypov A. B., Dautov R. R., Sharafutdinov M. A.**

## THE ORGANIZATION OF FUNCTIONING OF TRAUMATOLOGICAL STATION OF MUNICIPAL CLINICAL HOSPITAL: THE STRUCTURE OF RESORT OF PATIENTS ON THE OCCASION OF TRAUMAS

The Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The Bashkir State Medical University”, 450008, Ufa, Russia

*The analysis of the structure of treatment of patients with injuries in traumatological station of municipal clinical hospital established that the percentage of females was slightly higher than that of males, 50.9% and 49.1% respectively. In all patients, 24.1% were of age group 30—39 years. This age group was also the largest one in males men and amounted up to 29.4%. In women, the largest age group was that one of 50—59 years (19.2%). In male patients 84.6% were in the age range of 18—60 years. Among female patients 60.0% were in the range of 18—55 years. Among males, the predominant localization of injury was wrist and hand (24.0%) and chest injuries (14.4%). Among females, the most frequently injured areas were ankle and foot, (26.8%) and knee and shin (17.4%). The duration of treatment of the patient and number of visits to traumatologist depends on localization and severity of the injury. The analysis demonstrated that the average duration of treatment of patient in the traumatological station made up to  $4.2 \pm 0.13$  days. The average duration of treatment of males was shorter ( $3.7 \pm 0.17$  days) than that one of females ( $4.6 \pm 0.18$  days).*

*From those who applied to the traumatological station during the year, medical certificate was made out to 12.7% of patients. The average duration of medical certificate for all types of injuries made up to  $28.9 \pm 1.2$  days ( $28.1 \pm 1.1$  days in males and  $29.6 \pm 1.2$  days in females) and ranged from  $11.5 \pm 0.5$  days in case of head injuries to  $35.7 \pm 1.4$  days in case of injuries of hip and thigh. In general, in case of single temporary disability, patient visited the traumatological station  $3.7 \pm 0.2$  times.*

**К е y o r d s:** trauma; traumatological station; visit; localization; temporary disability.

**For citation:** Sharafutdinova N. Kh., Latypov A. B., Dautov R. R., Sharafutdinov M. A. The organization of functioning of traumatological station of municipal clinical hospital: the structure of resort of patients on the occasion of traumas. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2019;27(1):54—58 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2019-27-1-54-58>

**For correspondence:** Sharafutdinova N. Kh., doctor of medical sciences, professor, the head of the Chair of Public Health and Health Care with Courses of Jurisprudence and History of Medicine of the Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The Bashkir State Medical University”, e-mail: nazira-h@rambler.ru

**Conflict of interests.** The authors declare absence of conflict of interests.

**Acknowledgment.** The study had no sponsor support

Received 07.02.2018  
Accepted 01.03.2018

Травмы занимают третье место среди причин смертности в Европейском регионе ВОЗ после болезней органов кровообращения и злокачественных

новообразований. Во всем мире ежегодно более 5 млн человек умирают вследствие травм [1]. По данным Росстата, в Российской Федерации травмы так-

## Из опыта организатора здравоохранения

же занимают третье место в структуре причин смертности среди населения [2], однако уровень смертности, связанной с травмами, в России более чем в 2 раза выше по сравнению со странами Евросоюза. В оказании травматологической помощи городскому населению важное место занимают травматологические пункты как первичное звено в оказании квалифицированной специализированной медицинской помощи пострадавшим от травм и других несчастных случаев без круглосуточного пребывания. Причины обращений городского населения в травматологические пункты остаются малоизученными, что затрудняет разработку профилактических мероприятий [3].

При планировании необходимых объемов амбулаторной и стационарной медицинской помощи следует учитывать, что частота обращений за амбулаторной медицинской помощью по профилю «травматология и ортопедия» зависит от пола и возраста. Уровень обращаемости за медицинской помощью по этому профилю городского населения превышает средние показатели обращаемости для субъекта. Для городского населения характерны превышение частоты обращаемости среди мужчин в младших возрастных подгруппах (до 45 лет) и большая частота обращаемости среди женщин в старших возрастных подгруппах (старше 45 лет) [4].

Наиболее высокая доля во всех федеральных округах приходилась на бытовой травматизм, однако и в отношении данного вида наблюдались существенные различия по федеральным округам [5]. Создание оптимальных условий для обеспечения доступности специализированной амбулаторной травматологической помощи преимущественно в отдаленных районах способствовало уменьшению удельного веса больных, лечившихся ранее в условиях стационара. В структуре амбулаторных травм преобладают бытовые (63,3%) и уличные (21,9%) [6].

подавляющее большинство больных, первично обратившихся в травматологические пункты, нуждаются в дальнейшем амбулаторном лечении. В ряде случаев пациенты, нуждающиеся в стационарном лечении, были доставлены в травматологические пункты бригадами скорой помощи, что увеличило число этапов медицинской помощи и экономические затраты на ее оказание [7]. Ретроспективный анализ за 2004—2006 гг. больных, обратившихся и получавших амбулаторное лечение в травмпункте № 1 Иркутска, показал, что результаты лечения переломов костей запястья на амбулаторном этапе прямо пропорционально зависели от сроков обращения пострадавших за медицинской помощью [8]. Для обеспечения специализированной помощи амбулаторным больным с патологией опорно-двигательного аппарата в Саратове функционируют 5 травмпунктов и один травмкабинет. В районах Саратовской области помощь таким больным оказывают врачи травматологических отделений районных ЛПУ в рамках амбулаторного приема [9]. Обследования больных в условиях травмпункта включали клинические, рентгенографические и, по показаниям, то-

мографические методы исследования [10]. При наступлении полной репозиции переломов плечевого пояса в медицинской транспортной шине после рентгеновского контроля пострадавшего необходимо направлять для амбулаторного лечения в травмпункт по месту жительства [11]. Заболеваемость с временной утратой трудоспособности является важным критерием оценки состояния здоровья работников. Анализ данного показателя дает достоверное представление о динамике общей заболеваемости работающего населения [12]. Первостепенными задачами медицинских работников по борьбе с травматизмом являются: полный учет всех травм, тщательный анализ причин и обстоятельств их получения, информирование всех заинтересованных ведомств и организаций регионов, ответственных за устранение их причин, разработка медицинских профилактических мероприятий [13]. Отмечается сезонность травм: в зимние месяцы увеличивается удельный вес переломов костей нижних конечностей, летом — ран и ушибов. Большинство (73,4%) травм происходит во второй половине дня, с 12 до 24 ч, половина из них — с 12 до 18 ч, на ночные часы (0—6 ч) приходится до 10% всех травм [14]. Наибольшее число (50,9%) травмированных пациентов обратились за медицинской помощью в день получения травмы. Среднее число посещений при своевременном обращении составило 2,7 [15]. Таким образом, исследование структуры, длительности лечения, нетрудоспособности лиц, получивших травму и обратившихся в травматологический пункт, является актуальной задачей общественного здоровья и здравоохранения при разработке мероприятий по совершенствованию организации оказания медицинской помощи городскому населению при травмах.

## Материалы и методы

Проанализированы обращения по поводу травм в травматологический пункт городской клинической больницы № 21 Уфы. Травматологический пункт (травмпункт) обслуживает население численностью 383 683 человека. Материалами исследования послужили обращения пациентов, включенных в республиканскую медицинскую информационно-аналитическую систему (РМИАС). Объем наблюдений составил 25 тыс. обращений за 2016 г., т. е. в обработку включена вся совокупность пациентов, обратившихся в травматологический пункт в течение года. Проведено распределение обратившихся пациентов по полу, возрасту, видам локализации травмы. При всех локализациях травм рассчитаны длительность лечения в условиях травмпункта. Из 25 тыс. обратившихся в травматологический пункт 12,7% пациентов был выдан листок нетрудоспособности, в связи с этим были определены длительность временной нетрудоспособности, количество обращений при каждом случае временной нетрудоспособности. При анализе использованы абсолютные, относительные и средние величины.

## Результаты исследования

Распределение обратившихся пациентов в травматологический пункт показало, что доля женщин несколько превышала долю мужчин (50,9 и 49,1% соответственно). Однако в возрастных группах 20—29, 30—39 и 40—49 лет доля мужчин была значительно выше, чем доля женщин (60; 60,3 и 53,4% соответственно). С 50-летнего возраста в структуре травмированных пациентов стало больше женщин, а в возрасте 70 лет и старше доля их составила 74,4%.

Распределение обратившихся в травматологический пункт лиц по возрасту показало, что среди всех пациентов 24,1% принадлежали возрастной группе 30—39 лет (табл. 1). Среди мужчин эта возрастная группа составила 29,4%, среди женщин — 18,8%. Среди женщин превалировала возрастная группа 50—59 лет (19,2%), среди мужчин 84,6% пациентов были в возрасте от 18—60 лет, среди женщин 60% были в возрасте от 18—55 лет. Средний возраст всех пациентов составил 45,1±0,6 года, средний возраст мужчин — 41,1±0,5 года, средний возраст женщин — 48,9±0,9 года.

Результаты лечения травмированных лиц во многом зависят от локализации травмы. В структуре травм всех пациентов 25,7% составили травмы голеностопного сустава и стопы, 19,8% — травмы запястья и кисти, 16% — колена и голени, 11,8% — локтя и предплечья, 11,2% — грудной клетки. На указанные виды травм пришлось 84,5% всех локализаций (табл. 2).

Среди всех пациентов доля травм области голеностопного сустава и стопы была высокой в молодых возрастных группах и постепенно снижалась в старших возрастных группах. Например, в возрастной группе 18—19 лет доля данной локализации составила 33,2%, в группе 20—29 лет — 31,9%, 30—39 лет — 30,6%, в возрасте 70 лет и старше — 11,2%. Доля травм запястья и кисти в зависимости от возраста пациентов имела аналогичную динамику. Их доля была высокой в возрастных группах до 50 лет и снижалась в последующих возрастных группах.

Среди пациентов мужского пола травмы области голеностопного сустава и стопы, запястья и кисти заняли одинаковую долю (24,7 и 24%). Также одинаковой оказалась доля травм грудной клетки, колена и голени (по 14,4%). Было установлено, что частота

Таблица 1  
Структура обратившихся в травматологический пункт городской больницы № 21 г. Уфы по полу и возрасту

Возрастная группа	Мужчины		Женщины		Оба пола	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
18—19 лет	27	0,2	94	0,7	121	0,5
20—29 лет	2785	22,7	1859	14,6	4644	18,6
30—39 лет	3633	29,6	2395	18,8	6028	24,1
40—49 лет	2055	16,7	1794	14,1	3849	15,4
50—59 лет	1897	15,5	2444	19,2	4341	17,4
60—69 лет	1234	10,1	2260	17,8	3494	14,0
70 лет и старше	646	5,3	1877	14,8	2523	10,1
Всего...	12 278	100,0	12 723	100,0	25 000	100,0

Таблица 2

Структура обращений по поводу травм в травматологический пункт городской больницы № 21 г. Уфы в зависимости от локализации травмы и возраста пациента, %

Локализация	Возрастная группа							Итого
	18—19 лет	20—29 лет	30—39 лет	40—49 лет	50—59 лет	60—69 лет	70 лет и старше	
Травмы головы	2,0	0,5	0,8	0,6	0,4	0,2	0,1	0,5
Травмы шеи	2,5	1,5	1,4	0,6	0,6	0,2	0,3	0,9
Травмы грудной клетки	5,4	6,0	9,6	11,4	12,9	14,1	19,0	11,2
Травмы живота, нижней части спины, поясничного отдела позвоночника и таза	3,5	4,4	4,7	4,9	3,9	4,0	4,5	4,4
Травмы плечевого пояса и плеча	7,4	5,2	4,9	6,8	7,7	10,4	14,8	7,4
Травмы локтя и предплечья	7,4	7,8	8,5	9,1	14,5	17,7	19,9	11,8
Травмы запястья и кисти	23,8	26,4	22,3	20,7	16,5	14,9	11,0	19,8
Травмы области тазобедренного сустава и бедра	2,5	2,2	2,0	1,9	2,3	2,4	3,3	2,3
Травмы колена и голени	12,4	14,2	15,2	15,9	18,1	17,5	15,9	16,0
Травмы области голеностопного сустава и стопы	33,2	31,9	30,6	28,0	23,0	18,5	11,2	25,7

травм грудной клетки значительно возрастает в старших возрастных группах. Так, в возрастной группе 18—19 лет доля их составила 5,4%, в 20—29 лет — 6%, а в возрасте 70 лет и старше — 19%. Доля травм области голеностопного сустава почти в 3 раза ниже у пациентов в возрасте старше 70 лет (9,1%) по сравнению с возрастными группами 18—19 лет (30,5%), 20—29 лет (29,5%), 30—39 лет (26,8%).

Среди женщин в структуре травм высока доля повреждений области голеностопного сустава и стопы (26,8%), колена и голени (17,4%), но значительно ниже, чем среди мужчин, доля травм запястья и кисти (15,8%, против 24% у мужчин) и травм грудной клетки (8% против 14,4% у мужчин). Характерным для женщин является превалирование в молодых возрастных группах травм области голеностопного сустава, запястья и кисти, колена и голени, а среди лиц старших возрастных групп — грудной клетки, локтя и предплечья, колена и голени. Выявленные особенности структуры травм по локализации среди мужчин и женщин в отдельных возрастных группах можно объяснить образом жизни пациентов, их трудовой и бытовой активностью, медицинской активностью, тяжестью травм. Часть травм не регистрируется из-за необращаемости в случаях, если травма относится к легкой степени повреждения.

В травм пунктах г. Уфы оказывается не только первая помощь, включающая наложение повязок, гипсовых повязок, проведение рентгенодиагностики, но и лечение пациента. Средняя длительность лечения в травматологическом пункте составила 4,2±0,13 дня. Средняя длительность лечения мужчин



Из опыта организатора здравоохранения

была ниже ( $3,7 \pm 0,17$  дня), чем женщин ( $4,6 \pm 0,18$  дня).

Средняя длительность лечения пациентов обоих полов была выше при травмах локтя и предплечья ( $7,9 \pm 0,17$  дня), колена и голени ( $7,1 \pm 0,16$  дня), плечевого пояса и плеча ( $6,1 \pm 0,15$  дня; табл. 3).

Средняя длительность лечения мужчин была выше при травмах колена и голени ( $7,1 \pm 0,23$  дня), плечевого пояса и плеча ( $5,9 \pm 0,21$  дня), области тазобедренного сустава ( $4,9 \pm 0,19$  дня). У женщин большая длительность лечения отмечалась при травмах локтя и предплечья ( $9,9 \pm 0,26$  дня). Выявилась некоторая закономерность, характеризующаяся наличием зависимости длительности лечения от возраста пациентов. Средняя длительность лечения в основном выше у пациентов в возрасте 50 лет и старше. Например, средний возраст женщин при длительности лечения  $9,9 \pm 0,26$  дня составил  $55,4 \pm 1,2$  года, при длительности  $2,2 \pm 0,13$  дня —  $45,7 \pm 0,9$  года.

Из числа обратившихся ( $n=25\ 000$ ) в травматологический пункт в течение года 3176 пациентам был выписан листок нетрудоспособности. При выдаче листка нетрудоспособности средняя длительность лечения была значительно выше. Так, средняя длительность пребывания на листке нетрудоспособности по всем видам травм составила  $28,9 \pm 1,2$  дня и колебалась от  $11,5 \pm 0,5$  дня при травмах головы до  $35,7 \pm 1,4$  дня при травмах области тазобедренного сустава и бедра. При травмах шеи она составила  $19,2 \pm 0,8$  дня, при травмах грудной клетки —  $21,3 \pm 0,9$  дня, при травмах живота, нижней части спины, поясничного отдела позвоночника и таза —  $31,7 \pm 1,3$  дня (табл. 4). В целом при одном случае временной нетрудоспособности пациент посетил врача  $3,7 \pm 0,2$  раза. Этот показатель колебался от  $2,6 \pm 0,1$  до  $4,1 \pm 0,2$  раза и зависел от локализации травмы.

Средняя длительность временной нетрудоспособности у мужчин составила  $28,1 \pm 1,1$  дня, у женщин —  $29,6 \pm 1,2$ . Однако какой-либо зависимости продолжительности нахождения на листке нетрудоспособности между мужчинами и женщинами при

Таблица 3

Средняя длительность лечения пациентов в травматологическом пункте городской больницы № 21 г. Уфы

Локализация	Средняя длительность лечения, дни		
	мужчины	женщины	оба пола
Травмы головы	4,1	2,8	3,5
Травмы шеи	2,9	1,8	2,3
Травмы грудной клетки	2,3	1,7	2,1
Травмы живота, нижней части спины, поясничного отдела позвоночника и таза	4,5	4,5	4,5
Травмы плечевого пояса и плеча	5,9	6,3	6,1
Травмы локтя и предплечья	4,0	9,9	7,9
Травмы запястья и кисти	2,8	2,2	2,5
Травмы области тазобедренного сустава и бедра	4,9	3,9	4,4
Травмы колена и голени	7,1	7,1	7,1
Травмы области голеностопного сустава и стопы	2,6	1,9	2,3
Всего...	$3,7 \pm 0,17$	$4,6 \pm 0,18$	$4,2 \pm 0,13$

Таблица 4

Показатели временной нетрудоспособности обратившихся в травматологический пункт в зависимости от локализации травмы

Локализация	Пол	Число дней временной нетрудоспособности	Число случаев временной нетрудоспособности	Средняя продолжительность одного случая, дни	Среднее количество посещений в травм. пункт
Травмы головы	М	131	12	$10,9 \pm 0,4$	$2,6 \pm 0,1$
	Ж	99	8	$12,4 \pm 0,5$	$2,6 \pm 0,1$
	Оба пола	230	20	$11,5 \pm 0,5$	$2,6 \pm 0,1$
Травмы шеи	М	255	12	$21,3 \pm 0,9$	$3,4 \pm 0,1$
	жен	206	12	$17,1 \pm 0,7$	$3,0 \pm 0,1$
	Оба пола	461	24	$19,2 \pm 0,8$	$3,2 \pm 0,1$
Травмы грудной клетки	М	3527	159	$22,2 \pm 0,9$	$3,3 \pm 0,1$
	Ж	1319	68	$19,4 \pm 0,8$	$3,1 \pm 0,1$
	Оба пола	4846	227	$21,3 \pm 0,9$	$3,2 \pm 0,1$
Травмы живота, нижней части спины, поясничного отдела позвоночника и таза	М	1270	44	$28,9 \pm 1,2$	$3,6 \pm 0,1$
	Ж	2883	87	$33,1 \pm 1,3$	$4,1 \pm 0,2$
	Оба пола	4153	131	$31,7 \pm 1,3$	$3,9 \pm 0,2$
Травмы плечевого пояса и плеча	М	4989	161	$31,0 \pm 1,2$	$3,8 \pm 0,2$
	Ж	4445	131	$33,9 \pm 1,4$	$3,7 \pm 0,2$
	Оба пола	9434	292	$32,3 \pm 1,3$	$3,8 \pm 0,2$
Травмы локтя и предплечья	М	3452	129	$26,8 \pm 1,1$	$3,7 \pm 0,2$
	Ж	16 444	477	$34,5 \pm 1,4$	$4,0 \pm 0,2$
	Оба пола	19 896	606	$32,8 \pm 1,3$	$4,0 \pm 0,2$
Травмы запястья и кисти	М	7301	287	$25,4 \pm 1,0$	$3,4 \pm 0,1$
	Ж	3824	180	$21,2 \pm 0,9$	$3,1 \pm 0,1$
	Оба пола	11 125	467	$23,8 \pm 1,0$	$3,3 \pm 0,1$
Травмы области тазобедренного сустава и бедра	М	1245	35	$35,6 \pm 1,4$	$3,6 \pm 0,1$
	Ж	931	26	$35,8 \pm 1,4$	$3,7 \pm 0,2$
	Оба пола	2176	61	$35,7 \pm 1,4$	$3,6 \pm 0,1$
Травмы колена и голени	М	11 990	345	$34,8 \pm 1,4$	$4,1 \pm 0,2$
	Ж	14 451	426	$33,9 \pm 1,4$	$4,1 \pm 0,2$
	Оба пола	26 441	771	$34,3 \pm 1,4$	$4,1 \pm 0,2$
Травмы области голеностопного сустава и стопы	М	7255	289	$25,1 \pm 1,0$	$3,4 \pm 0,1$
	Ж	5767	288	$20,0 \pm 0,8$	$3,1 \pm 0,1$
	Оба пола	13 022	577	$22,6 \pm 0,9$	$3,2 \pm 0,1$
Всего...	М	41 415	1 473	$28,1 \pm 1,1$	$3,6 \pm 0,1$
	Ж	50 369	1 703	$29,6 \pm 1,2$	$3,7 \pm 0,2$
	Оба пола	91 784	3 176	$28,9 \pm 1,2$	$3,7 \pm 0,2$

отдельных локализациях травмы не выявлено. Так, при травмах головы у мужчин продолжительность одного случая временной нетрудоспособности составила  $10,9 \pm 0,4$  дня, у женщин —  $12,4 \pm 0,5$ , при травмах шеи у мужчин —  $21,3 \pm 0,9$  дня, у женщин —  $17,1 \pm 0,7$ .

Динамика обращений по поводу травм в медицинские организации может иметь значение при планировании объема медицинской помощи, при разработке мероприятий по профилактике травм. Анализ показал, что значительный подъем обращений по поводу травм отмечается в феврале и марте, далее в июне, июле и августе. Причины такой динамики обусловлены погодными условиями, образом жизни, занятостью жителей г. Уфы в разные периоды года.

**Заключение**

Травматизм представляет важную медико-социальную проблему, связанную с поражением в основном опорно-двигательного аппарата, требующим часто оказания экстренной и неотложной медицинской помощи, длительной реабилитации. Большин-

ство пациентов обращаются в травматологические пункты самостоятельно или доставляются службой скорой медицинской помощи. Анализ показал, что доля мужчин и женщин примерно одинакова и основная часть пациентов находится в трудоспособном возрасте. Так, данные анализа 25 тыс. пациентов травматологического пункта показали, что средний возраст их составил  $45,1 \pm 0,6$  года (мужчин —  $41,1 \pm 0,5$  года, женщин —  $48,9 \pm 0,9$  года). В связи с этим основные мероприятия по профилактике травм необходимо проводить среди жителей трудоспособного возраста.

Поскольку не все пациенты завершают лечение в травматологическом пункте, а часть направляются на долечивание в поликлинику к врачу травматологу-ортопеду, средняя длительность лечения в травматологическом пункте составляет при всех травмах  $4,2 \pm 0,13$  дня. Из 25 тыс. обратившихся в травматологический пункт 3176 пациентам был выдан листок нетрудоспособности. При временной нетрудоспособности средняя длительность одного случая составила  $28,9 \pm 1,2$  дня (от  $11,5 \pm 0,5$  дня при травмах головы до  $35,7 \pm 1,4$  дня при травмах области тазобедренного сустава и бедра). Видимо, при временной нетрудоспособности большинство пациентов долечиваются в условиях травмпункта.

Для совершенствования медицинской помощи пациентам при травмах необходимо улучшение укомплектованности травмпунктов кадрами, организация долечивания обратившихся в травматологический пункт пациентов с передачей дополнительных объемов медицинской помощи с соответствующими тарифами.

Исследование не имело спонсорской поддержки.  
Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

#### ЛИТЕРАТУРА

- Injuries and violence. The facts. Geneva: WHO; 2014.
- Демографический ежегодник России. 2015. Стат. сборник. Москва: Росстат; 2015.
- Шарафутдинова Н. Х., Даутов Р. Р., Борисова М. В., Павлова М. Ю., Киреева Э. Ф. Уровень и структура травматизма среди жителей г. Уфы. *Медицинский вестник Башкортостана*. 2017;1(67):71—4.
- Егизарян К. А., Магдиев Д. А. Оптимизация оказания специализированной помощи больным с повреждениями и заболеваниями кисти. *Вестник РГМУ*. 2012;(2):77—80.
- Егизарян К. А., Черкасов С. Н., Ратъев А. П., Атаева Л. Ж. Анализ структуры травматизма среди взрослого населения в разрезе федеральных округов Российской Федерации. *Кафедра травматологии и ортопедии*. 2017;1(21):25—7.
- Салимов Н. Ф., Раззоков А. А. Динамика ключевых показателей травматизма в Таджикистане. *Здравоохранение Таджикистана*. 2015;(1):117—23.
- Горбунков В. Я., Бугаев Д. А., Деревянко Д. В. Медико-социальные аспекты амбулаторной медицинской помощи пострадавшим в дорожно-транспортных происшествиях. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2012;(5):34—6.
- Балагурова Г. Г., Кихтенко Д. Б., Забанов С. Д., Редкое С. Н., Алексеев В. Н., Дивух О. В. Лечение переломов ладьевидной кости и других костей запястья по результатам травмпункта № 1 МУЗ ГКБ № 3. *Бюллетень ВСНЦ СО РАМН*. 2008;(1):5—7.
- Норкин И. А., Баратов А. В., Акимова Т. Н., Юшина Б. С., Веделе Л. С. Травматолого-ортопедическая служба региона: проблемы и задачи. *Здравоохранение Российской Федерации*. 2014;(4):12—7.
- Кавалерский Г. М., Петров Н. В., Чернышов В. И., Бровкин С. В., Ченский А. Д., Карев А. С. Особенности реабилитации больных с тяжелой травмой голеностопного сустава в условиях травматологического пункта. *Кафедра травматологии и ортопедии*. 2013;3(7):15—9.
- Гафаров Х. З. Лечебно-транспортная шина для плечевого пояса. *Практическая медицина*. 2014;4(80):49—51.
- Измеров Н. Ф., Тихонова Г. И. Актуальные проблемы здоровья населения трудоспособного возраста в Российской Федерации. *Вестник Российской академии медицинских наук*. 2010;(9):3—9.
- Гречухин И. В. Оценка основных показателей травматизма населения Астрахани и вопросы ее профилактики. *Астраханский медицинский журнал*. 2012;7(3):129—34.
- Москалюк И. В. Непроизводительный травматизм и пути его профилактики. *Восточно-Европейский журнал передовых технологий*. 2012;6(58):44—8.
- Латыпов А. Б., Даутов Р. Р., Валиев И. Р., Шарафутдинова Н. Х. Анализ обращаемости городского населения в травматологические пункты. *Международный научно-исследовательский журнал*. 2017;(60):61—4.

Поступила 07.02.2018  
Принята в печать 01.03.2018

#### REFERENCES

- Injuries and violence. The facts. Geneva: WHO; 2014.
- Demographic Yearbook of Russia 2015. [*Demograficheskij ezhegodnik Rossii. 2015: stat. sbornik*]. Moscow: Rosstat; 2015 (in Russian).
- Sharafutdinova N. Kh., Dautov R. R., Borisova M. V., Pavlova M. Yu., Kireeva E. F. Level and structure of injury rate among Ufa residents. *Meditsinskii vestnik Bashkortostana*. 2017;1(67):71—4 (in Russian).
- Egiazaryan K. A., Magdiev D. A. Optimization of providing specialized care to patients with hand injuries and diseases. *Vestnik RGMU*. 2012;(2):77—80 (in Russian).
- Egiazaryan K. A., Cherkasov S. N., Ratyev A. P., Attaeva L. J. The analysis of structure of traumatism among adult population in a section of federal districts of the Russian Federation. *Kafedra Traumatologii i Ortopedii*. 2017;1(21):25—7 (in Russian).
- Salimov N. F., Razzoqov A. A. Dynamics of key indicators of injury in Tajikistan. *Zdravookhranenie Tajikistana*. 2015;(1):117—123 (in Russian).
- Gorbunkov V. Ya., Bugayev D. A., Derevyanko D. V. The medical social aspects of ambulatory medical care to victims of road traffic accidents. *Problemy sotsialnoi gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2012;(5):34—6 (in Russian).
- Balagurova G. G., Kihtenko D. B., Zabanov S. D., Redkov S. N., Alekseev V. N., Divuh O. V. The treatment of fractures of navicular and other bones of a wrist by the results of trauma service № 1 of State Clinical Hospital № 3. *Bulleten' VSNC SO RAMN*. 2008;(1):5—7 (in Russian).
- Norkin I. A., Baratov A. V., Akimova T. N., Yushina B. S., Vegele L. S. The traumatological orthopedic service of Region: problems and goals. *Zdravookhranenie Rjssiiskoi Federatsii*. 2014;(4):12—7 (in Russian).
- Kavalerskiy G.M, Petrov N. V., Chernyshov V. I., Brovkin S. V., Chenskiy A. D., Kraev A. S. Features rehabilitation of patients with severe trauma ankle under emergency station. *Kafedra Traumatologii i Ortopedii*. 2013;3(7):15—9 (in Russian).
- Gafarov Kh. Z. Treatment-transportation splint for shoulder girdle. *Practicheskaya meditsina*. 2014;4(80):49—51 (in Russian).
- Izmerov N. F., Tikhonova G. I. Health problems of working-age population in the Russian Federation. *Vestnik Rossiiskoi akademii nauk*. 2010;(9):3—9 (in Russian).
- Grchuhin I. V. The estimation of the basic parameters of traumatism of the astrakhanian population and questions of its prophylaxis. *Astrakhanskii meditsinskii jurnal*. 2012;7(3):129—34 (in Russian).
- Moskaliuk I. V. Unproductive traumatism and ways of his prophylaxis. *Vostochno-evropeiskii jurnal peredovyh tehnologii*. 2012;6(58):44—8 (in Russian).
- Latypov A.B., Dautov R. R., Valiev I. R., Sharafutdinova N. H. Analysis of city population appeal at trauma centers. *Mezhdunarodnyi nauchno-issledovatel'skii jurnal*. 2017;6(60):61—4 (in Russian).

# Образование и кадры

© Коллектив авторов, 2019  
УДК 614.2:331.154

**Карасев Е. А.<sup>1</sup>, Нечаев В. С.<sup>2</sup>, Саурина О. С.<sup>3</sup>**

## К ВОПРОСУ О РЕГУЛИРОВАНИИ ПРОИЗВОДСТВЕННЫХ КОНФЛИКТОВ В МЕДИЦИНСКОМ ТРУДОВОМ КОЛЛЕКТИВЕ

<sup>1</sup>ООО «Научно-практический медицинский центр «Фарминновации», 127015, г. Москва;

<sup>2</sup>ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья им. Н. А. Семашко» Министерства науки и высшего образования России, 105064, г. Москва;

<sup>3</sup>ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н. Н. Бурденко» Минздрава России, 394036, г. Воронеж

*Представлены результаты исследования межличностных конфликтов в медицинском трудовом коллективе. Знание психологических причин возникновения конфликтов, их динамики и методов противоборства, психологических характеристик конфликтных личностей позволяет успешно осуществлять их профилактику и разрешение. Особое внимание уделено типам реакции работников и их поведению в конфликтной ситуации, получению максимально полной информации о конфликте для выбора наиболее рациональных способов их регулирования.*

*К л ю ч е в ы е с л о в а:* здравоохранение; производственный конфликт; медицинские кадры.

*Для цитирования:* Карасев Е. А., Нечаев В. С., Саурина О. С. К вопросу о регулировании производственных конфликтов в медицинском трудовом коллективе. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2019;27(1):59-62. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2019-27-1-59-62>

*Контактная информация:* Нечаев Василий Сергеевич, д-р мед. наук, профессор, руководитель отдела изучения образа жизни и охраны здоровья населения, e-mail: vn52@inbox.ru

**Karasev E. A.<sup>1</sup>, Nechaev V. S.<sup>2</sup>, Saurina O. S.<sup>3</sup>**

## ON THE ISSUE OF LABOR CONFLICTS CONTROL IN MEDICAL STAFF

<sup>1</sup>The Society with Limited Liability "The Scientific Practical Medical Center "Farminnovacii", 127015, Moscow, Russia;

<sup>2</sup>The Federal State Budget Scientific Institution "The N. A. Semashko National Research Institute of Public Health", 105064, Moscow, Russia;

<sup>3</sup>The Federal State Budget Educational Institution of Higher Education "The N. N. Burdenko Voronezh State Medical University", 394036, Voronezh, Russia

*The article presents the results of study of inter-personal conflicts in medical staff. The awareness of psychological causes of development of conflicts, their dynamics and methods of counteracting, psychological characteristics of conflicting personalities permits to implement their prevention and outcoming. The particular attention is paid to types of reaction of personalities and their behavior in conflict situation and acquiring of full information about conflict to find out the most rational modes of their regulation.*

*К e y w o r d s:* health care; industrial conflict; medical staff.

*For citation:* Karasev E. A., Nechaev V. S., Saurina O. S. On the issue of labor conflicts control in medical staff. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2019; 27(1):59–62 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2019-27-1-59-62>

*For correspondence:* Nechaev V. S., doctor of medical sciences, professor, the head of Department of Studies of Life-Style and Health Protection of Population of the Federal State Budget Scientific Institution "N. A. Semashko National Research Institute of Public Health", e-mail: vn52@yandex.ru

*Conflict of interests.* The authors declare absence of conflict of interests.

*Acknowledgment.* The study had no sponsor support

Received 09.04.2018  
Accepted

В современном здравоохранении возрастает потребность в развитии механизмов саморегулирования конфликтов в медицинских коллективах [1]. Эта потребность обусловлена тремя предпосылками.

Во-первых, в постсоветский период девальвировались классические деонтологические ценности и нормы, что усугубило возникновение и хронизацию сложных, зачастую неразрешимых организационных конфликтов в медицинских учреждениях, способствовало примитивизации содержания конфликта как такового и усложнило поиск путей его разре-

шения. Во-вторых, укоренился фактор нормативной и финансовой неопределенности, который затрудняет формирование и увеличение доли предотвратимых конфликтов. В-третьих, на частоту возникновения разноуровневых конфликтов в медицинских учреждениях влияют клинические манифестации многих нозологий в связи с наличием коморбидных состояний с «размытой» симптоматикой. Это затрудняет диагностику, ухудшает качество медицинской помощи, ведет к возникновению сложного и трудно разрешимого конфликта.

Возникает объективная необходимость в правильной диагностике организационных конфликтов в учреждениях российского здравоохранения и поиске унифицированных управленческих решений по оптимальному выходу из ситуаций организационных противоречий.

Цель исследования — изучение вариантов рефлексий на конфликты в медицинском трудовом коллективе. Гипотеза исследования — производственные конфликты в медицинском коллективе обусловлены индивидуально-психологическими особенностями личности членов коллектива и характером его типологической реакции на конфликтогены (слова, действия или бездействие, которые могут привести к возникновению конфликтной ситуации и перерастанию ее в конфликт).

### Материалы и методы

База исследования — медицинская организация «Фарминновация» (Москва). Применялась техника оценки поведения в конфликте К. Томаса, которая позволяет выявить наиболее предпочитаемые формы социально-психологического поведения индивида в ситуации конфликта, а также определить тенденции его взаимоотношений в сложных условиях [2—7].

В исследовании приняли участие 46 человек, из них 34 женщины и 12 мужчин. Возраст испытуемых составлял 23—52 года.

На первом этапе на основе полученных данных по видам реакции респондентов на конфликтную ситуацию была разработана двухмерная модель регулирования конфликтов. Основопологающими измерениями в ней являются кооперация, связанная с вниманием человека к интересам других людей, вовлеченных в конфликт, напористость, для которой характерен акцент на защите собственных интересов. Рассмотрим подробнее эти стили поведения.

*Избегание (уклонение, уход).* Данная форма поведения выбирается, когда индивид не хочет отстаивать свои права, сотрудничать для выработки решения, воздерживается от высказывания своей позиции, уклоняется от спора. При таком стиле предполагается тенденция ухода от ответственности за решения. Данное поведение возможно, если исход конфликта для индивида не особенно важен, если ситуация слишком сложна и разрешение конфликта потребует много сил у его участников, либо у индивида не хватает власти для решения конфликта в свою пользу [8].

*Соревнование (конкуренция, соперничество)* характеризуется активной борьбой индивида за свои интересы, применением всех доступных ему средств для достижения поставленных целей: власти, принуждения, иных средств давления на оппонентов, использованием зависимости других участников от него. Ситуация воспринимается индивидом как крайне значимая для него, как вопрос победы или поражения. Предполагаются жесткая позиция по отношению к оппонентам и непримиримый антаго-

низм к другим участникам конфликта в случае их сопротивления [9].

*Приспособление (уступчивость).* Действия индивида направлены на сохранение или восстановление благоприятных отношений с оппонентом путем сглаживания разногласий за счет собственных интересов. Данный подход возможен, когда вклад индивида не слишком велик или предмет разногласия более существен для оппонента, чем для индивида. Такое поведение в конфликте используется, если ситуация не особенно значима, если важнее сохранить хорошие отношения с оппонентом, чем отстаивать собственные интересы, если у индивида мало шансов на победу, мало власти [10].

*Сотрудничество* означает, что индивид проявляет активность в поисках решения, удовлетворяющего всех участников взаимодействия, но не забывает при этом и свои интересы. Предполагаются открытый обмен мнениями, заинтересованность всех участников конфликта в выработке общего решения. Данная форма требует положительной работы и участия всех сторон. Если у оппонентов есть время, а решение проблемы имеет для всех важное значение, то при таком подходе возможны всестороннее обсуждение вопроса, возникших разногласий и выработка общего решения с соблюдением интересов всех участников [11].

При *компромиссе* действия участников направлены на поиски решения за счет взаимных уступок, на выработку промежуточного решения, устраивающего обе стороны, при котором особенно никто не выигрывает, но и не теряет. Такой стиль поведения применим при условии, что оппоненты обладают одинаковой властью, имеют взаимоисключающие интересы, у них нет большого резерва времени на поиск лучшего решения, их устраивает промежуточное решение на определенный период [12].

На втором этапе были выявлены доминирующие стратегии поведения сотрудников медицинской организации в конфликте. Анализ стратегий поведения в конфликтной ситуации респондентов также проводился по методике К. Томаса «Стратегии поведения в конфликте».

Респонденты чаще всего выбирают в конфликтных ситуациях тип реагирования «компромисс». Компромиссный тип поведения предпочитают 45% испытуемых, т. е. респонденты чаще всего принимают решение совершать обоюдные уступки. Такое поведение в конфликтных ситуациях позволяет им сходить на частичном удовлетворении своего желания и частичном выполнении желания другого человека. Такие действия могут в некоторой мере напоминать сотрудничество. Однако нужно помнить, что компромисс достигается на поверхностном уровне по сравнению с сотрудничеством.

Коллеги, выбирающие компромисс в конфликтной ситуации, нацелены на сохранение межличностных отношений с оппонентом, что приводит к конструктивному разрешению конфликта.

По результатам исследования, 24% респондентов предпочитают стратегию поведения «соперниче-

## Образование и кадры

ство», когда один добивается соблюдения своих интересов в ущерб другому. Такие испытуемые не очень заинтересованы в сотрудничестве с другими людьми, но способны на волевые решения или стараются в первую очередь удовлетворить собственные интересы в ущерб интересам других людей. Они активно стремятся защищать свои позиции и интересы, игнорируют интересы других, проявляют эмоциональность и агрессивность в общении, ведут себя импульсивно. Такая стратегия предполагает уважительное отношение к себе, собственным планам, эмоциональное принятие себя, недостаточную самокритичность и некоторое самодовольство при оценке собственных поступков, отсутствие тенденции к переосмыслению собственных качеств, невыраженность установки на самоизменение. Агрессивность, свойственная в основном мужчинам, выбирающим данную стратегию при защите своих интересов, провоцирует эскалацию конфликта и мешает конструктивному решению проблемы.

Стратегию поведения в конфликтных ситуациях «приспособление», означающую принесение в жертву собственных интересов ради интересов другого, используют 16% респондентов. Приспособление может выражать долгосрочную стратегию в целях развития у других ориентации на кооперацию по разрешению межличностного конфликта. Испытуемые с такой стратегией в целом оцениваются окружающими положительно, однако воспринимаются другими как слабые натуры, легко поддающиеся чужому влиянию.

Тип поведения в конфликтных ситуациях «сотрудничество» характерен для 9% респондентов. Индивиды, предпочитающие сотрудничество, проявляют общительность и доброжелательность в отношениях, желание взаимодействовать в устранении конфликта, высокую активность, демонстрируют способность брать на себя ответственность за взаимоотношения. При выборе данной стратегии удовлетворяются интересы обеих сторон. Только при сотрудничестве обе стороны могут оказаться в выигрыше, так как участники ситуации приходят к альтернативе. Стратегия сотрудничества отличается как высокой степенью личной вовлеченности в него, так и сильным желанием объединить свои усилия с другими для разрешения межличностного конфликта.

Наименьшее число (6%) в данной выборке респондентов — со стратегией поведения «избегание». Испытуемым свойственно как отсутствие стремления к кооперации, так и отсутствие тенденции к достижению собственных целей. Это форма поведения, при которой ни одна из сторон не достигает успеха. Испытуемые не отстаивают свои права, не сотрудничают ни с кем для выработки решения проблемы или просто уклоняются от разрешения конфликта.

При этом 20% респондентов считают, что для разрешения конфликтной ситуации можно использовать несколько стратегий поведения. Это позволяет предположить, что эти испытуемые более эффективно решают проблему в зависимости от сложности

ситуации, они более приспособлены к социальному окружению.

Таким образом, ведущими стратегиями поведения членов медицинского коллектива в конфликте являются «компромисс» (45%), «соперничество» (24%) и «приспособление» (16%). Менее всего в данной выборке было респондентов, выбирающих стратегии поведения «сотрудничество» (9%) и «избегание» (6%).

На третьем этапе был определен прогноз разрешения конфликтов в коллективе с использованием данных второго этапа исследования. Применялась формула для прогнозирования исхода конфликтной ситуации [6, 7]:

А) Соперничество (%) + Сотрудничество (%) +  $\frac{1}{2}$  Компромисса (%);

Б) Приспособление (%) + Избегание (%) +  $\frac{1}{2}$  Компромисса (%).

Если сумма А > суммы Б, конфликт конструктивен, разрешение его всегда адекватно.

Если сумма Б > суммы А, конфликт неконструктивен, затяжной, для его разрешения всегда требуется вмешательство третьей стороны.

В данном случае сумма А составляет 55,5, а сумма Б равна 44,5, т. е. конфликты в данной организации в большинстве своем конструктивны, разрешаются с учетом интересов всех противоборствующих сторон и с достижением консенсуса.

## Обсуждение

Анализ различных подходов к пониманию и диагностике конфликта позволяет сказать, что изучение этого феномена, его функций и особенностей его реализации в коллективе очень актуально. На современном этапе развития знаний о производственных коллизиях не существует общепринятого определения понятия конфликта и ведущего подхода к его изучению. Существует множество работ, посвященных изучению различных аспектов конфликта. Общим для всех является то, что большинство авторов признают конфликт как некое противодействие, противоречие, которое принимает форму разногласий, если речь идет о взаимодействии людей в коллективе. При этом конфликт является необходимым условием развития коллектива и тем самым выполняет и позитивные функции.

Поскольку предотвратить конфликты не всегда возможно, важным является вопрос их регулирования. Поэтому актуальна задача и повышения уровня конфликтоустойчивости, и предотвращения развития конфликтов. В медицинском коллективе проблема конфликтов особенно важна, так как взаимоотношения работников влияют на качество выполненной работы, а это жизнь и здоровье людей.

## Заключение

Производственные конфликты в медицинском коллективе обусловлены индивидуально-психологическими особенностями личностей членов коллектива и спецификой их поведения. Чем меньше властных, доминантных личностей, тем более кон-

структивные стратегии выбирают работники при возникновении конфликтов и тем лучше психологическая атмосфера в трудовом коллективе.

В медицинской организации конфликты нуждаются в регулировании. Самый необходимый аспект их регулирования — это формирование конфликторезистентности, иначе говоря, недопущения развития конфликта, что достигается умением руководителей его предвидеть и принять меры по его устранению на основе знания устойчивых рефлексий персонала на конфликтогену.

Результаты исследования могут представлять интерес для организаторов здравоохранения любого уровня, так как алгоритм оценки индивидуальных типологических реакций на разногласия универсален для любого коллектива и может быть использован как стандартный шаблон для определения прогноза резистентности медицинской организации к производственным конфликтам.

Исследование не имело спонсорской поддержки.  
Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Анцупов А.Я, Шипилов А.И. Конфликтология. М.: ЮНИТИ; 2001.
2. Бородин Ф.М, Коряк Н.М. Внимание, конфликт. Новосибирск; 1989.
3. Веснин В. Р. Менеджмент. М.: Проспект; 2005.
4. Кабаченко Т. С. Психология в управлении человеческими ресурсами. СПб.: Питер; 2003.
5. Травин В.В, Дятлов В. А. Основы кадрового менеджмента. М.: Дело; 1995.
6. Тест описания поведения К. Томаса (адаптация Н. В. Гришиной). В кн.: Карелин А. А. (ред.). Психологические тесты. М.: 2001;2:69—77.
7. Фокин В. А. Динамическая модель конфликта. М.; 1996.
8. Громова О. Н. Конфликтология. М.; 1993.
9. Егоршин А. П. Управление персоналом. Н. Новгород: НИМБ; 1997.
10. Молл Е. Г. Управление карьерой менеджера. СПб.: Питер; 2003.
11. Пугачев В. А. Руководство персоналом организации. М.: Астак-пресс; 1998.
12. Занковский А. Н. Организационная психология: Учебное пособие для вузов по специальности «Организационная психология». М.: Флинта, МПСИ; 2008.

Поступила 09.04.2018  
Принята в печать.

#### REFERENCES

1. Antcupov A.Ia, Shipilov A. I. Conflictology [*Konfliktologija*]. Moscow: IUNITI; 2001 (in Russian).
2. Borodkin F.M, Koriak N. M. Attention a conflict [*Vnimanie, konflikt*]. Novosibirsk; 1989 (in Russian).
3. Vesnin V. R. The management [*Menedzhment*]. Moscow: Prospekt; 2005 (in Russian).
4. Kabachenko T. S. Psychology in management of human resources [*Psihologiya v upravlenii chelovecheskimi resursami*]. Sankt-Petersburg: Piter; 2003 (in Russian).
5. Travin V. V., Diatlov V. A. The fundamentals of personnel management [*Osnovy` kadrovogo menedzhmenta*]. Moscow: Delo; 1995 (in Russian).
6. The K. Thomas behavior description adapted by N. V. Grishina. In: Karelin A. A., ed. Psychological tests [*Psihologicheskie testy*]. Moscow; 2001. Vol. 2:69—77 (in Russian).
7. Fokin V. A. Dynamic model of conflict [*Dinamicheskaja model` konflikt*]. Moscow; 1996 (in Russian).
8. Gromova O. N. The conflictology [*Konfliktologija*]. Moscow; 1993 (in Russian).
9. Egorshin A. P. Personnel management [*Upravlenie personalom*]. Nizhnii` Novgorod: NIMB; 1997 (in Russian).
10. Moll E. G. Management of manager carrier [*Upravlenie kar`eroi` menedzhera*]. Sankt-Petersburg: Piter; 2003 (in Russian).
11. Pugachev V. A. The guidelines on organization personnel [*Rukovodstvo personalom organizacii*]. Moscow: Astok-press; 1998 (in Russian).
12. Zankovskii` A. N. The organizational psychology: a guidelines for universities on speciality "Organizational psychology" [*Organizacii`naia psihologija: Uchebnoe posobie dlja vuzov po spetsial`nosti «Organizacii`naia psihologija»*]. Moscow: Flinta: MPSI; 2008 (in Russian).

**Гайдаров Г. М., Макаров С. В., Алексеева Н. Ю., Маевская И. В.**

## КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА ТРУДОВОЙ МИГРАЦИИ ВЫПУСКНИКОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА КАК ВАЖНЫЙ ФАКТОР ФОРМИРОВАНИЯ КАДРОВОГО ПОТЕНЦИАЛА РЕГИОНАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

ФБГОУ ВО «Иркутский государственный медицинский университет» Минздрава России, 664003, г. Иркутск

*На примере образовательной деятельности Иркутского государственного медицинского университета проведена оценка направлений и интенсивности трудовой миграции врачей-выпускников медицинского вуза, приступивших к профессиональной деятельности в 2013—2017 гг. С помощью специально разработанного статистического инструментария выполнен научный анализ различных образовательно-профессиональных траекторий выпускников, от поступления в вуз до трудоустройства. Установлено, что лишь 34,9% врачей-выпускников вернулись на свою территорию после завершения обучения, в то время как 65,1% поменяли постоянное место жительства после завершения обучения, что позволяет рассматривать высшее медицинское образование как мощный мобилизационный фактор для молодых специалистов. Основным направлением трудовой миграции выпускников университета в 2013—2017 гг. стало направление район Иркутской области — г. Иркутск (21,8%), миграция врачей-выпускников стала отражением процесса урбанизации. Изученные в отношении муниципальных образований Иркутской области направления и интенсивность трудовой миграции молодых специалистов, получивших высшее медицинское образование в Иркутском государственном медицинском университете, позволили получить подробную информацию о роли отдельных территорий области в формировании кадрового потенциала системы здравоохранения региона.*

**К л ю ч е в ы е с л о в а :** выпускники медицинского вуза; врачи; трудовая миграция; медицинские кадры; региональная система здравоохранения.

**Для цитирования:** Гайдаров Г. М., Макаров С. В., Алексеева Н. Ю., Маевская И. В. Комплексная оценка трудовой миграции выпускников медицинского вуза как важный фактор формирования кадрового потенциала региональной системы здравоохранения. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2019;27(1):63—67. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2019-27-1-63-67>

**Для корреспонденции:** Макаров Сергей Викторович, канд. мед. наук, доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения ФБГОУ ВО ИГМУ Минздрава России; e-mail: [orgnursing@gmail.com](mailto:orgnursing@gmail.com)

**Gaidarov G. M., Makarov S. V., Alekseeva N. Yu., Maievskaya I. V.**

## THE COMPLEX EVALUATION OF LABOR MIGRATION OF GRADUATES OF MEDICAL UNIVERSITY AS AN IMPORTANT FACTOR OF FORMATION OF PERSONNEL POTENTIAL OF REGIONAL HEALTH CARE SYSTEM

The Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The Irkutsk State Medical University”, 664003, Irkutsk, Russia

*On the basis of educational activities in the Irkutsk State Medical University, an assessment of directions and intensity of labor migration of medical graduates, started their professional activities in 2013—2017. The originally developed statistical tool was applied in scientific analysis of various educational and professional trajectories of graduates, from admission to the university to professional employment. It is established that only 34.9% of graduated physicians returned to their area of residence after completion of education, while 65.1% of graduates changed their place of residence after completion of education. These facts make it possible to consider higher medical education as a powerful mobilization factor for young specialists. The main direction of labor migration of University graduates of in 2013—2017 was Irkutsk (21.8%). The migration of graduated physicians reflects impact of urbanization processes. The directions and intensity of labor migration of young specialists graduated from University in the context of municipal formations of the Irkutsk region made it possible to obtain detailed information concerning the role of particular territories of the Oblast in development of human resources potential of the regional health care system.*

**К e y w o r d s :** graduate of medical high school; physician; labor migration; medical personnel; regional health care system.

**For citation:** Gaidarov G. M., Makarov S. V., Alekseeva N. Yu., Maievskaya I. V. The complex evaluation of labor migration of graduates of medical university as an important factor of formation of personnel potential of regional health care system. *Problemy socialnoi gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2019; 27(1):63—67 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2019-27-1-63-67>

**For correspondence:** Makarov S. V., candidate of medical sciences, associate professor of the Chair of Public Health and Health Care of the Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The Irkutsk State Medical University”. e-mail: [orgnursing@gmail.com](mailto:orgnursing@gmail.com)

**Conflict of interests.** The authors declare absence of conflict of interests.

**Acknowledgment.** The study had no sponsor support

Received 24.05.2018  
Accepted

В числе проблем отечественного здравоохранения немаловажная роль принадлежит кадровым проблемам отрасли. Одной из важнейших остается выраженный недостаток врачебных кадров в сельской местности. Также имеет место тенденция к возрастанию асимметрии обеспеченности врачами в

различных муниципальных образованиях, что существенно снижает возможности обеспечения равной доступности и качества медицинской помощи различным группам населения [1].

В современных условиях, когда отсутствует обязательное распределение выпускников медицинских

вузов, а объемы подготовки целевых студентов ограничены экономическими возможностями территорий и трудностями нормативного обеспечения, молодые специалисты в массе своей стремятся трудоустроиться на территории мегаполисов с развитой инфраструктурой, игнорируя вакантные места на территории сельских муниципальных образований, небольших и отдаленных от регионального центра городов [2]. Между тем, несмотря на актуальность проблемы, в настоящее время фактически отсутствуют исследования, направленные на анализ трудовой миграции выпускников медицинских вузов.

### Материалы и методы

Нами проведено научное исследование, целью которого стало изучение направлений и интенсивности трудовой миграции врачей-выпускников крупного регионального медицинского вуза — Иркутского государственного медицинского университета (ИГМУ) за 5-летний период. С этой целью нами подготовлен статистический инструментарий, ориентированный на сбор сведений о полной образовательно-профессиональной траектории молодого специалиста. В специально разработанные статистические карты вносилась информация о врачах — выпускниках ИГМУ, которые приступили к профессиональной деятельности в 2013—2017 гг. после завершения интернатуры (до 2016 г. включительно), ординатуры или после первичной аккредитации. Для полного формирования данной карты требовалось собрать информацию о выпускнике ИГМУ, начиная с момента его поступления в вуз и далее за все периоды получения им высшего медицинского до- и последипломного образования. Всего было заполнено и проанализировано 937 карт, что составило 28% от общего числа выпускников последипломной формы образования ИГМУ ( $n=2538$ ) и ИГМАПО ( $n=804$ ) за 2013—2017 гг. Поскольку часть из них не являлись студентами ИГМУ, а прибыли на обучение из других вузов, в общей сложности было проанализировано порядка  $\frac{1}{3}$  образовательно-профессиональных траекторий всех трудоустроенных выпускников ИГМУ, что представляет собой репрезентативную выборку.

### Результаты исследования

Научный анализ территорий, откуда прибыли на обучение будущие выпускники ИГМУ, показал, что более половины приступивших к профессиональной деятельности за период исследования (51,2%) прибыли на обучение из районов Иркутской области, на втором месте (28,6%) — выпускники, прибывшие на обучение из других субъектов РФ, на третьем (20,1%) — жители г. Иркутска.

Показателен результат аналогичного научного анализа, проведенного в отношении территорий, куда выпускники направились для трудоустройства. К территориальным направлениям добавились ситуации, помешавшие трудоустройству (продолжение образования, служба в армии). Трудоустроились в г. Иркутске 45,6% выпускников ИГМУ, на втором месте — один из районов Иркутской области (22,9%), на третьем —

Таблица 1

### Структура направлений трудовой миграции врачей — выпускников ИГМУ, приступивших к профессиональной деятельности в 2013—2017 гг.

Траектория трудовой миграции	Удельный вес, %
1. Район Иркутской обл. — г. Иркутск	21,8
2. Из г. Иркутска, остались там же	13,9
3. Из района Иркутской обл., вернулись обратно	12,1
4. Из другого субъекта РФ — в г. Иркутск	9,9
5. Из другого субъекта РФ, вернулись обратно	9,0
6. Из района Иркутской обл. — в другой район	6,6
7. Продолжили образование	5,8
8. На момент сбора сведений находились в поиске работы	5,2
9. Находились в отпуске по уходу за ребенком	2,9
10. Из района Иркутской обл. — в другой субъект РФ	2,6
11. Из одного субъекта РФ — в другой субъект РФ	2,5
12. Из другого субъекта РФ — в район Иркутской обл.	1,8
13. Служба в рядах Вооруженных сил РФ	1,5
14. Из г. Иркутска — в район Иркутской обл.	1,4
15. Из г. Иркутска — в другой субъект РФ	1,4
16. Из другого субъекта РФ — за рубеж	1,0
17. Из г. Иркутска — за рубеж	0,3
18. Из района Иркутской обл. — за рубеж	0,2
19. Отчислены из интернатуры/ординатуры	0,2
20. Из-за рубежа — в район Иркутской обл.	0,1
<hr/>	
Всего вернулись на свои территории после завершения обучения	34,9
Всего поменяли постоянное место жительства после завершения обучения	65,1

другой субъект РФ (15,4%), далее в порядке убывания: 5,8% выпускников продолжили образование по другой медицинской специальности или на другом уровне, 5,2% находились в поиске работы на момент исследования, 2,8% — в декретном отпуске по беременности, родам или уходу за ребенком, 1,5% — на службе в рядах Вооруженных сил РФ, 0,5% выпускников нашли работу за рубежом, 0,2% ушли из медицины, прекратив обучение в интернатуре или ординатуре.

Все территории, откуда прибыли будущие врачи и куда направились на трудоустройство завершившие обучение специалисты, были разбиты на несколько групп. В качестве самостоятельной территории был определен региональный центр — г. Иркутск, где расположен ИГМУ. В отдельные территориальные группы были выделены муниципальные образования Иркутской области (районы и города Ангарск, Братск, Зима, Саянск, Свирск, Тулун, Усолье-Сибирское, Усть-Илимск, Черемхово), которые подразделялись по признаку «свой» район, откуда прибыл на обучение, или другой район, другие субъекты РФ, другие государства. Наряду с территориями трудоустройства в изученную структуру вошли также незавершенные (отчисление из вуза) и отсроченные (отпуск по уходу за ребенком, служба в рядах Вооруженных сил РФ, поиск работы) образовательно-профессиональные траектории. В результате нами было изучено все многообразие возникающих при этом направлений трудовой миграции. В табл. 1 представлен ранжированный удельный вес каждого потенциально возможного сочетания территорий и ситуаций, формирующих соответствующее направление трудовой миграции выпускников ИГМУ.



Образование и кадры

Из данных табл. 1 видно, что преобладающим направлением трудовой миграции выпускников ИГМУ в 2013—2017 гг. являлось направление «район Иркутской области — г. Иркутск». На втором месте в структуре врачей-выпускников оказались жители г. Иркутска, получившие работу в своем городе (примерно каждый седьмой молодой специалист). С небольшим отставанием по удельному весу следовало направление, в рамках которого выпускники вернулись на свои территории внутри Иркутской области. Довольно часто встречались переселение после получения высшего медицинского образования из другого субъекта РФ в Иркутскую область и возвращение после обучения в свой субъект Федерации.

Довольно редко (менее 1% выпускников) встречались переселение после обучения из г. Иркутска или района Иркутской области за рубеж и из-за рубежа — в один из районов области. На незавершенные и отсроченные образовательно-профессиональные траектории (отчисление, декретный отпуск, служба в армии) в общей сложности пришлось 15,6%.

В целом лишь 34,9% врачей — выпускников ИГМУ вернулись на свою территорию после завершения обучения, в то время как 65,1% поменяли постоянное место жительства по завершении обучения. Следовательно, получение высшего медицинского образования может рассматриваться как мощный мобилизационный фактор для молодых специалистов, территориальное перемещение которых, однако, имеет характер выраженной урбанизации.

Для углубленного научного изучения интенсивности трудовой миграции данные, полученные нами в абсолютном выражении, потребовалось преобразовать в соответствующую разновидность интенсивного показателя. Нами был реализован подход, в ходе которого рассчитывался не собственно показатель обеспеченности, а те его компоненты, которые представлены врачами — выпускниками ИГМУ, прибывшими с конкретной территории, либо молодыми специалистами, трудоустроенными на данной территории. Расчет предложенных вариантов показателя обеспеченности также ведется на 10 тыс. населения соответствующей территории. Полученные результаты дали возможность определить результирующий показатель — сальдо трудовой миграции врачей, который представляет собой разность двух вышеназванных. Для его расчета требуется вычесть из показателя трудоустроенных на территории врачей показатель числа поступивших с данной территории в свое время в ИГМУ будущих молодых специалистов. Данный показатель также имеет размерность на 10 тыс. населения, может принимать положительные и отрицательные значения. Положительная величина показателя свидетельствует о том, что на территорию прибывает больше врачей, чем с нее поступает в медицинский вуз на обучение, в то время как отрицательная указывает на обратное. Данные показатели были рассчитаны в отношении всех муниципальных образований Иркутской области (10 городов и 33 района). Для каждого из муниципаль-

Таблица 2

Показатели интенсивности трудовой миграции врачей — выпускников ИГМУ, приступивших к профессиональной деятельности в 2013—2017 гг.

Муниципальное образование	Поступили в ИГМУ с территории (на 10 тыс. населения)	Трудоустроились на территории (на 10 тыс. населения)	Сальдо трудовой миграции врачей (на 10 тыс. населения)	Вернулись для трудоустройства в свои муниципальные образования, %
г. Иркутск	2,9	6,8 (1) 2	+3,9 (1)	71,4 (1)
г. Ангарск	2,1	1,8	-0,3	40,0
г. Братск	2,1	1,2	-0,9	29,2
г. Зима	3,5	1,0	-2,5	9,1
г. Саянск	2,3	1,5	-0,8	11,1
г. Свирск	1,5	1,5	0	0
г. Тулун	3,6	2,4	-1,2	46,7
г. Усолье-Сибирское	3,8	1,8	-2,0	33,3
г. Усть-Илимск	2,1	1,0	-1,1	23,5
г. Черемхово	2,5	1,0	-1,5	7,7
Аларский район*	8,3 (2)	2,9 (3)	-5,4	23,5
Ангарский район	4,9	0,8	-4,1	16,7
Балаганский район	1,2	2,3	+1,1 (3)	0
Баяндаевский район*	8,2 (3)	2,7	-5,5	11,1
Бодайбинский район	2,1	0	-2,1	0
Боханский район*	6,0	2,8	-3,2	20,0
Братский район	2,7	0,2	-2,5	0
Жигаловский район	2,4	0,0	-2,4	0
Заларинский район	2,1	2,9	+0,8	33,3
Зиминский район	3,8	0,8	-3,0	20,0
Иркутский район	3,1	0	-2,3	8,1
Казачинско-Ленский р-н	1,8	0	-1,8	0
Катангский район	0	3,0 (2)	+3,0 (2)	—
Качугский район	2,3	1,2	-1,1	50,0 (3)
Киренский район	1,7	2,2	+0,5	66,7 (2)
Куйтунский район	4,6	1,4	-3,9	15,4
Мамско-Чуйский район	2,5	0	-2,5	0
Нижнеилимский район	1,8	1,0	-0,8	33,3
Нижнеудинский район	1,4	0,5	-0,9	22,2
Нукутский район*	3,8	0,6	-3,2	0
Ольхонский район	2,1	0	-2,1	0
Осинский район*	9,4 (1)	2,4	-7,0	25,0
Слюдянский район	2,0	0,3	-1,7	0
Тайшетский район	1,1	0,5	-0,6	50,0 (3)
Тулунский район	1,2	0	-1,2	0
Усольский район	2,6	0	-2,6	0
Усть-Илимский район	4,6	0,7	-3,9	14,3
Усть-Кутский район	0,8	0,4	-0,4	25,0
Усть-Удинский район	1,5	0	-1,5	0
Черемховский район	3,5	0,3	-3,2	30,0
Чунский район	1,5	0,3	-1,2	20,0
Шелеховский район	2,9	2,1	-0,8	15,8
Эхирит-Булагатский р-н*	6,4	2,4	-4,0	21,1

Примечание. \*Район входит в состав Усть-Ордынского Бурятского округа; в скобках указано ранговое место.

ципальных образований рассчитан показатель удельного веса врачей, вернувшихся для трудоустройства в свои муниципальные образования. Все указанные показатели представлены в табл. 2.

Как следует из табл. 2, наибольшее количество врачей в расчете на 10 тыс. населения предоставили районы области Осинский, Аларский и Баяндаевский, Эхирит-Булагатский и Боханский. Все они входят в состав Усть-Ордынского Бурятского округа — административно-территориальной единицы в составе Иркутской области с особым статусом. Лишь с 5-го места в данном рейтинге появляется Ангарский район с показателем 4,9 врача на 10 тыс. населения, что позволяет говорить о наличии определенных этнических тенденций в сфере подготовки специали-

стов для региональной системы здравоохранения. Показательно, что наиболее развитые в экономическом плане города области (Ангарск, Братск, Свирск) и сама столица региона, где располагается медицинский вуз, отличаются крайне низкими уровнями изученного показателя — 2,9 в г. Иркутске и не выше 2,1 на 10 тыс. в прочих названных городах. Данная тенденция, несомненно, носит неблагоприятный характер, поскольку свидетельствует о низком престиже профессии врача, раз ее представителями не собираются становиться жители благополучных территорий, находя себе более привлекательный род деятельности, в то время как вакантные места находящегося по соседству медицинского вуза занимают абитуриенты из отдаленных сельских районов.

Если приведенный показатель демонстрировал, насколько конкретная территория «снабжает» врачами систему здравоохранения, то следующий показатель дает информацию о том, насколько она их «потребляет». Здесь лидером выступил г. Иркутск, с большим отрывом опережая ближайших конкурентов. Расположившийся на втором месте Катанский район обязан своему месту казуистическим факторам: при низкой численности населения (чуть более 3 тыс.) выезд туда даже одного специалиста способен существенно повлиять на уровень показателя. На третьем месте — Аларский район, занимавший второе место по уровню предыдущего показателя, значит, он не только дает региональному здравоохранению врачей, но и трудоустраивает их, что, несомненно, является заслугой его администрации.

Результирующим стал показатель, позволяющий определить основное направление движения врачей — из территории муниципального образования или на нее — сальдо их трудовой миграции (на 10 тыс. населения). Лидером по данному показателю стал г. Иркутск, где врачей трудоустраивается на порядок больше, чем приходит с его территории в медицину. Второе место Катанскому району обеспечило то обстоятельство, что за весь период исследования район не дал области ни одного врача, а уехавшие туда несколько специалистов за счет низкой численности населения обеспечили высокий уровень сальдо. В целом лишь ряд территорий области продемонстрировали положительную величину сальдо, в их числе Балаганский, Заларинский и Киренский районы. Отрицательная величина сальдо на большинстве территорий обусловлена двумя факторами. Во-первых, много врачей трудоустраиваются на территории регионального центра, о чем напрямую свидетельствует высокий уровень соответствующего показателя, что с учетом самой большой в области численности проживающего населения соответствует их большому абсолютному количеству. Во-вторых, удельный вес направлений трудовой миграции, в ходе которых выпускники из районов области уезжают на территорию других субъектов Федерации и других государств, превышает долю тех, кто приезжает в область для работы врачом из других уголков страны и из-за рубежа.

В отличие от сальдо трудовой миграции, которое не дает представления о том, какая доля выпускников медицинского вуза вернулась для работы врачами на свою территорию, а лишь позволяет сравнить общие объемы их движения, следующий показатель позволяет ответить на данный вопрос. Его расчет стал возможен лишь благодаря тому, что в использованных нами статистических картах, как указывалось выше, образовательно-профессиональная траектория была прослежена целиком в отношении каждого выпускника, информация о котором попала в карту. Соответствующий показатель удельного веса врачей, вернувшихся после получения образования на территории, откуда они прибыли на обучение, самым высоким оказался в г. Иркутске — 7 из 10 трудоустроенных выпускников нашли работу по месту жительства. Второе место принадлежит Киренскому району Иркутской области, куда после учебы в вузе вернулись два из трех выпускников. Третье место поделили Качугский и Тайшетский районы, в каждом из которых удельный вес вернувшихся молодых специалистов составил половину. В 13 из 43 муниципальных образований области (г. Свирск, Балаганский, Бодайбинский, Братский, Казачинско-Ленский, Жигаловский, Мамско-Чуйский, Нукутский, Ольхонский, Слюдянский, Тулунский, Усольский и Усть-Удинский районы) за период исследования не вернулся для трудоустройства ни один врач, при этом для Катанского района подобный показатель не может быть применен, поскольку за это время из него на обучение в ИГМУ никто не поступал.

### Выводы

1. Предпочтительной территорией для трудоустройства врачей-выпускников ИГМУ в 2013—2017 гг. являлся г. Иркутск, на втором месте — один из районов Иркутской области, на третьем — другой субъект РФ.

2. Превалирующим направлением трудовой миграции выпускников ИГМУ в 2013—2017 гг. было направление район Иркутской области — г. Иркутск.

3. Рассчитанный в ходе исследования показатель сальдо трудовой миграции врачей продемонстрировал отрицательную величину на большинстве территорий области, поскольку большое количество врачей трудоустраиваются на территории регионального центра и удельный вес направлений трудовой миграции, в ходе которых выпускники из районов области уезжают на территорию других субъектов РФ и других государств, превышает долю тех, кто приезжает в область для работы врачом из других уголков страны и из-за рубежа.

4. Тот факт, что лишь каждый третий врач — выпускник ИГМУ вернулся на свою территорию после завершения обучения, в то время как два из трех выпускников поменяли постоянное место жительства после завершения обучения, позволяет рассматривать высшее медицинское образование как мощный мобилизационный фактор для молодых специалистов, территориальное перемещение которых является отражением процесса урбанизации.

Образование и кадры

5. В ходе исследования установлено, что наиболее развитые в экономическом плане города Иркутской области, включая Иркутск, имели крайне низкий уровень показателя, характеризующего вклад данной территории в обеспеченность населения врачами. Эта тенденция имеет неблагоприятный характер, поскольку свидетельствует о низком престиже профессии врача.

6. В условиях нехватки врачебных кадров на селе трудоустройство большинства выпускников в региональном центре свидетельствует о фактически полном отсутствии механизмов, обеспечивающих направление и закрепление врачей на сельских территориях, и об отсутствии внимания со стороны администрации большинства муниципальных образований к данной проблеме.

Исследование не имело спонсорской поддержки.  
Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Щепин В. О. Обеспеченность населения Российской Федерации основным кадровым ресурсом государственной системы здравоохранения. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2013;(6):24—8.
2. Дощанникова О. А. Богомолова Е. С. Хлапов А. Л. К вопросу о совершенствовании механизмов целевой подготовки студентов медицинского вуза. *Высшее образование в России*. 2017;(12): 48—53.

Поступила 24.05.2018  
Принята в печать.

REFERENCES

1. Shchepin V. O. The Provision of Population of the Russian Federation With Basic Personnel Resource of Public Health Care System. *Problemy sotsialnoy gigeny, zdavoookhraneniya i istorii meditsiny*. 2013;(6):24—8 (in Russian).
2. Doshchannikova O. A., Philippov Yu. N., Bogomolova E. S., Hlapov A. L. To the Question of Improving Mechanisms of Targeted Training of Medical Students. *Vysshye obrazovanie v Rossii*. 2017;(12):48—53 (in Russian).

# За рубежом

© Коллектив авторов, 2019  
УДК 57.045+574.24

**Родионова О. М., Черных Н. А., Глебов В. В., Шамшер А.Мд., Баева Ю. И.**

## РОЛЬ ЭКОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ В ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ БАНГЛАДЕШ ОСТРЫМИ КИШЕЧНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ

ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов», 117198, г. Москва

*Проведено изучение влияния природных факторов на распространение острых кишечных инфекций в Народной Республике Бангладеш, одной из самых густонаселенных стран в мире. Страна ежегодно подвергается большому количеству стихийных бедствий, наиболее часто возникают наводнения.*

*Высокая плотность населения, бедность, неудовлетворительные санитарно-гигиенические условия, неграмотность способствуют широкому распространению в Бангладеш острых кишечных инфекций, которые занимают первое место в структуре общей заболеваемости населения страны.*

*Показано, что характер распространения острых кишечных инфекций в стране определяется экологическими, демографическими, социально-экономическими и санитарно-гигиеническими факторами. В результате комплексного эколого-гигиенического исследования причин возникновения и широкого распространения острых кишечных заболеваний среди населения страны выявлены корреляционные связи между природными особенностями, социально-экологическими условиями и уровнем заболеваемости для каждого из 64 административных районов Народной Республики Бангладеш. Предложен ряд рекомендаций, направленных на снижение эпидемиологической напряженности в стране по группе диарейных заболеваний.*

**К л ю ч е в ы е с л о в а :** острая кишечная инфекция; наводнение; Народная Республика Бангладеш; природные особенности; эпидемиологическая напряженность; водоснабжение и канализация.

**Для цитирования:** Родионова О. М., Черных Н. А., Глебов В. В., Шамшер А.Мд., Баева Ю. И. Роль экологических факторов в заболеваемости населения Народной Республики Бангладеш острыми кишечными инфекциями. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2019;27(1):68—72. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2019-27-1-68-72>

**Для корреспонденции:** Глебов Виктор Васильевич, канд. биол. наук, доцент кафедры судебной экологии с курсом экологии человека Российского университета дружбы народов, e-mail: [vg44@mail.ru](mailto:vg44@mail.ru)

**Rodionova O. M., Chernykh N. A., Glebov V. V., Shamsher A.Md., Baeva Yu. I.**

## THE ROLE OF ECOLOGICAL FACTORS IN ACUTE ENTERIC INFECTION MORBIDITY OF POPULATION OF THE PEOPLE'S REPUBLIC OF BANGLADESH

The Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education "The Peoples' Friendship University of Russia" (RUDN University), 117198, Moscow, Russia

*The studying of influence of natural factors on distribution of acute intestinal infections in the territory of the People's Republic of Bangladesh was organized and carried out for the first time. Bangladesh is one of the most densely populated countries in the world. The country occupies the 8th place of population density making up to 1237,51 people per km<sup>2</sup>. It is one of the poorest states in Asia with annual income per capita \$520 (as of 2008) whereas the average world income per capita makes up to \$10 200. One more feature of Bangladesh is the country annually is exposed to large number of natural disasters and the most frequent is flood.*

*The dense population, poverty, unsatisfactory sanitary and hygienic conditions, illiteracy promote wide circulation in Bangladesh of acute intestinal infections which take first place in the structure of general incidence of the population of the country.*

*It is shown that the nature of spread of acute intestinal infections in the country is defined by ecological, demographic, social and economic and sanitary and hygienic factors. As a result of a complex ecological hygienic research of the causes of wide circulation of acute intestinal diseases among population of the country the correlation relationship between natural features, social and ecological conditions and incidence for each of 64 administrative regions of the People's Republic of Bangladesh were revealed. On the basis of the obtained regularities the recommendations were submitted to decrease epidemiological tension in the country related to diarrheal diseases.*

**Key words:** acute intestinal infection; flood; People's Republic of Bangladesh; natural features; epidemiological tension; water supply and sewerage.

**For citation:** Rodionova O. M., Chernykh N. A., Glebov V. V., Shamsher A.Md., Baeva Yu. I. The role of ecological factors in acute enteric infection morbidity of population of the People's Republic of Bangladesh. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2019; 27(1):68—72 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2019-27-1-68-72>

**For correspondence:** Glebov V. V., candidate of biological sciences, associate professor of the Chair of Forensic Ecology with the Course of Human Ecology of the Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education "The Peoples' Friendship University of Russia". e-mail: [vg44@mail.ru](mailto:vg44@mail.ru)

**Conflict of interests.** The authors declare absence of conflict of interests.

**Acknowledgment.** The study had no sponsor support

Received 06.10.2017  
Accepted 21.12.2017

За рубежом

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), от острых кишечных инфекций (ОКИ) ежегодно погибают до 2 млн человек. Диарея является второй после пневмонии главной причиной смерти детей младше 5 лет в странах с низким подушевым доходом. В развивающихся странах дети младше 3 лет переносят в среднем три эпизода диареи ежегодно [1, 2].

Основная доля ОКИ приходится на развивающиеся страны. Значительный вклад в распространение диарейных инфекций вносят и процессы глобализации, влияющие на все компоненты эпидемического процесса [3]. Происходят рост миграционных процессов, интенсивное развитие международного туризма, изменения структуры питания и водопотребления, что, несмотря на позитивные изменения санитарно-гигиенических условий жизни населения, приводит к росту заболеваемости ОКИ [4–6].

Нерегламентированное использование необеззараженных сточных вод и их осадков, навоза и стоков животноводческих ферм в сельских, городских, индивидуальных и фермерских хозяйствах способствует контаминации инвазионным материалом почвы, сельскохозяйственных, овощных и ягодных культур, создавая тем самым высокий риск новых заражений животных и людей возбудителями кишечных заболеваний [7, 4, 8].

В населенных местах почва постоянно подвергается инфицированию возбудителями инфекционных заболеваний, постоянно сохраняется ее высокая эпидемиологическая опасность. Источниками загрязнения почвы являются фекалии, моча, навоз, мусор, трупы, сточные воды. Основная масса жизнеспособных возбудителей находится на глубине от 1 до 10 см и с почвенной водой попадает в подземные и поверхностные водоисточники, с почвенной пылью — в воздух, приводит к загрязнению овощей и ягод, рук и других участков кожи человека.

В статье представлены результаты исследований, проводившихся в Народной Республике Бангладеш (НРБ) с целью установления наиболее значимых факторов в распространении ОКИ, которые в этой стране носят собирательное название «diarrhea» и занимают первое место в структуре общей заболеваемости населения [1].

### Материалы и методы

Для анализа использованы данные, полученные от таких государственных учреждений и международных организаций, как Министерство здравоохранения и социального обеспечения НРБ, департамент учета и статистики Бангладеш (BVSRS), департамент демографического обследования Бангладеш (BDHS), Международная федерация обществ Красного Креста и Красного Полумесяца, Департамент метеорологии НРБ, Министерство воды и развития энергетики НРБ, Комплексная программа ликвидации последствий стихийных бедствий (Бангладеш), Министерство леса, Организация Объединенных Наций (ООН), ВОЗ, Аварийная база данных о бедствиях (EM-DAT), Международный банк данных по бед-

ствиям ([www.emdat.be](http://www.emdat.be)) Католического университета Louvain (Брюссель, Бельгия), Всемирный банк данных МБПР МАР, Population Reference Bureau, США.

### Результаты исследования

НРБ занимает 8-е местов мире по численности и 7-е место по плотности населения, составляющей в 2015 г. 1154 человека на 1 км<sup>2</sup>. Это одно из самых бедных государств Азии с ежегодным доходом на душу населения 1286 долларов США (2015). Природные условия НРБ определяют еще одну особенность страны, ухудшающую социально-экологические условия, — ежегодно повторяющиеся наводнения, от которых с 2000 по 2012 г. погибло 2,5 млн и пострадало более 66 млн человек (41% населения страны).

Все это способствует широкому распространению в НРБ ОКИ, которые занимают первое место в структуре общей заболеваемости населения. Комплексное эколого-гигиеническое исследование причин широкого распространения ОКИ среди населения НРБ выявило корреляционные связи между природными особенностями, социально-экологическими условиями и уровнем заболеваемости ОКИ для каждого из 64 административных районов НРБ.

Актуальность проведенных исследований определяется прогнозируемыми для НРБ последствиями глобальных изменений климата, которые выражаются в увеличении числа наводнений и сокращении доступности питьевой воды для бедных слоев населения, 20% которого в настоящее время проживает на ежегодно затопляемых территориях [2, 7].

Проведен анализ данных государственных органов НРБ и международных организаций за 2000—2012 гг. Рассматривались данные по заболеваемости и смертности населения НРБ от ОКИ, обеспеченности населения питьевой водой, канализацией и утилизацией отходов, а также данные о рельефе, количестве осадков и повторяемости наводнений разного типа. Статистические данные рассматривались в целом для всей страны и отдельно по каждому из 64 ее округов, что позволило выявить корреляционные связи между повторяемостью наводнений, социально-гигиеническими показателями и заболеваемостью ОКИ. Обобщение данных по повторяемости наводнений позволило провести районирование территории страны и выделить 5 групп округов с шагом повторяемости в два наводнения за 12 лет, от 1-й группы (1—2 наводнения) до 5-й группы ( $\geq 10$  наводнений).

Выявлены корреляционные связи между распространением ОКИ, социально-гигиеническими характеристиками округов и повторяемостью наводнений.

### Обсуждение

Небольшая по площади страна практически полностью располагается на аллювиальной равнине. Большая часть страны расположена на 10—12 м ниже уровня Бенгальского залива. Лишь в юго-восточной части страны расположено плато — горы Читтагонг. Ганг пересекает территорию с запада на юго-

восток, в центре страны сливается с Джамуной (главным руслом Брахмапутры), и их объединенное русло Падма затем принимает реку Мегхну, впадая далее в Бенгальский залив. В половодье реки часто меняют русла, что нередко приводит к размыву сельскохозяйственных угодий. Плоский низинный рельеф межрусловых пространств, перекрытых мощными илистыми пойменными отложениями, способствует высокому стоянию грунтовых вод и отсутствию дренажа территории. При отсутствии канализации и частых размывах сельскохозяйственных земель эти особенности рельефа являются важнейшей предпосылкой сильного загрязнения питьевой воды, так как для водоснабжения в стране используются преимущественно поверхностные воды. Повторяемость наводнений в центральной части страны составляет от 3—4 до 7—8 наводнений за 12 лет. Причина наводнений — паводки в результате летних муссонов, когда территория получает до 500 мм осадков в день. Ливневые наводнения чаще всего происходят в июне—августе, когда пойменные пространства перувлажняются и это совпадает с подъемом воды в руслах. Мощность наводнения варьирует из года в год в зависимости от интенсивности местного муссонного ливня. Последнее катастрофическое наводнение в южных и центральных частях НРБ из-за чрезмерного ливня произошло в 2004 г. При таких наводнениях район слияния Брахмапутры, Ганга и Мегхны становится огромным водным бассейном.

Северо-западные районы НРБ располагаются в пределах пологонаклонной предгорной равнины с высотами от 96 м до 33 м. Несмотря на преобладание эрозионно-аккумулятивного рельефа, здесь происходят почти ежегодные наводнения (повторяемость от 7—8 до 9—10). Их провоцирует сочетание самого большого годового количества осадков в период летнего муссона, дополнительного поступления воды в реки за счет активного таяния ледников в верховьях рек в летний период и почти полное сведение лесов на склонах долин. Вторым районом с такой же повторяемостью и причинами возникновения наводнений является территория предгорных равнин северо-восточной части страны.

В южной части страны повторяемость наводнений сравнительно невысокая (от 1—2 до 3—4 в течение 12 лет). Они связаны с нагонными явлениями, возникающими при тропических штормах. Тропические циклоны, приносящие сильнейшие ливни, сопровождаются штормами в Бенгальском заливе, подпором рек в дельтовой части и формированием волн, поднимающихся на многие километры вверх по течению рек. Обычно редкие в мире ветровые нагоны в НРБ встречаются чаще, чем в остальных странах.

Анализ климатогеоморфологических условий округов показал, что наиболее часто затапливаемые округа характеризуются низменным рельефом с абсолютными высотами ниже или незначительно выше уровня моря и большой долей пойменных территорий вдоль русел крупных рек. Высокая повторяемость наводнений характерна для относительно при-

поднятых предгорных эрозионно-аккумулятивных равнин, где основной причиной этого является барьерный эффект, увеличивающий количество осадков и высокие расходы воды в результате таяния ледников. Природными факторами, снижающими повторяемость наводнений, являются хороший дренаж территории, связанный с преимущественно песчаным составом аллювиальных и коллювиально-аллювиальных отложений, и расчлененный рельеф холмистых равнин. В среднем при наводнениях затапливается до  $\frac{1}{4}$  страны. Во время катастрофических наводнений могут быть затронуты приблизительно  $\frac{2}{3}$  страны [7]. Негативное влияние на качество воды во время наводнений связано с городскими ливневыми стоками, загрязненными мусором и отходами производства, смывом с полей части почвы, содержащей агрохимикаты, стоками вод с животноводческих ферм, нарушением систем очистки и выпуском промышленных и коммунальных канализационных стоков в местные водные артерии, смешиванием поверхностных вод с содержимым канализации.

Во время наводнений создаются предпосылки для эпидемического распространения ОКИ с заражением водным путем питьевой воды, особенно в местах с преимущественно открытыми источниками, плохими условиями хозяйственно-питьевого водоснабжения, культурно-бытового водопользования и низким уровнем коммунального благоустройства. Риск возникновения и распространения ОКИ снижается при свободном доступе к источникам чистой воды, наличие которых делает возможным соблюдение личной и бытовой гигиены [10]. При определении роли того или иного фактора в возникновении ОКИ необходимым звеном является анализ путей передачи возбудителей этой группы заболеваний. К таким факторам относятся:

- система сбора и удаления нечистот (наличие или отсутствие канализации);
- общекommunальное благоустройство, главным образом с точки зрения наличия мест выплода мух и их контакта с фекалиями;
- организация водоснабжения;
- организация питания, возможность фекального заражения, возможность доступа к пищевым продуктам или посуде зараженных людей;
- уровень санитарной культуры и условия для соблюдения правил личной гигиены.

Кроме социальных факторов, важное значение имеют природные: благоприятные условия для выплода мух, длительность периода с температурой воздуха выше 10 °С. Для большей части территории НРБ это практически весь календарный год.

Анализ статистических данных об основных источниках питьевой и хозяйственно-бытовой воды в НРБ показал, что население для своих нужд берет воду из естественных (реки, озера) и искусственных (водохранилища, каналы, пруды и др.) водных объектов. Помимо свободного доступа для забора воды из многочисленных открытых источников (река, пруд и др.), для обеспечения потребителей воды в системе водоснабжения в НРБ используют шахтные

## За рубежом

и трубчатые колодцы и центральное водоснабжение, проведенное в дома. Колодцы в период наводнений могут загрязняться паводковыми водами в связи с гидрогеологическими условиями территории, и вода в них может представлять не меньшую опасность, чем вода из открытых источников. Доля каждого источника водоснабжения в разных округах страны различна. Региональный анализ показал, что во всех округах преимущественно пользуются трубчатыми колодцами. Центральное водоснабжение относительно развито только в округах Читтагонг (18,5%), Дакка (17,5%), Газипур (12%) и Нараонгандж (11,4%). Высока доля открытых источников в округах Бандарбан (31%, речная вода), Саткхира (12%), Багерхат (15,3%) и Пирозпур (32,3%, пруды).

Уровень благоустройства и развития системы канализации также имеет существенные региональные различия. Самые неблагоприятные условия у населения таких округов, как Сунамгандж (5% благоустроенных туалетов), Кхаграччори (6%), Бандарбан (8%) и Нетрокона (9%). Более половины (52%) населения пользуется благоустроенными туалетами только в округе Гопалганз. Средний же показатель по стране не превышает 30%.

На распространение ОКИ влияют переносчики инфекционных заболеваний — мухи, тараканы, местами проживания и источниками распространения которых являются стихийные свалки. В среднем по стране доля благоустроенных мест сбора бытовых отходов составляет 50—58%.

Анализ распределения санитарно-гигиенических показателей по группам округов, выделенным по повторяемости наводнений, показал следующее. В первой группе (повторяемость наводнений 1—2) использование воды для культурно-бытовых и хозяйственно-бытовых нужд из открытых источников составляет в среднем 30%, из затапливаемых шахтных колодцев — до 20%. До 80% мест сбора бытовых отходов представлены неорганизованными или стихийными свалками и 80—94% составляют неблагоустроенные туалеты. Во второй группе (3—4 наводнения) преобладает шахтное и централизованное водоснабжение, но высока доля стихийных свалок (выше 70%) и неблагоприятных условий канализования (до 89% неблагоустроенных туалетов). В третьей группе (5—6 наводнений) все санитарно-гигиенические показатели можно считать условно благоприятными, не выходящими за нижние границы средних значений. Четвертая и пятая группы (7—8 наводнений) близки по своим показателям и в целом благополучны по водоснабжению (10—12% используют воду из затапливаемых шахтных колодцев), но неблагоприятны по другим показателям (до 90% мест сбора бытовых отходов относятся к стихийным и до 91—95% населения использует неблагоустроенные туалеты).

Многофакторный корреляционный анализ зависимости распространения ОКИ среди населения НРБ по группам округов проводился по таким факторам, как относительная высота территории округа, тип системы водоснабжения и канализования,

организованные и стихийные места сбора бытовых отходов, уровень грамотности населения.

Отрицательные средняя и сильная корреляции выявлены между заболеваемостью и расположением округов на возвышенностях и в предгорьях. Положительная сильная достоверная связь существует между заболеваемостью и расположением территории округа в низменностях. Наблюдается отрицательная средняя достоверная связь между заболеваемостью и уровнем грамотности, т. е. в округах, где население менее грамотно, заболеваемость ОКИ выше.

Прослеживаются корреляционные связи между заболеваемостью и различными видами водоснабжения. Сильная отрицательная связь существует с забором воды из буровых скважин, средняя положительная — с получением воды из затапливаемых шахтных колодцев, прудов и рек. В округах, где население преимущественно использует для культурно-хозяйственно-бытовых нужд воду из затапливаемых шахтных колодцев, прудов и рек, заболеваемость ОКИ выше.

Высокая плотность населения, бедность, неудовлетворительные санитарно-гигиенические условия, неграмотность способствуют широкому распространению ОКИ. На широкое распространение ОКИ влияют экологические, демографические, социально-экономические, санитарно-гигиенические факторы. Изучение закономерностей распространения ОКИ среди населения НРБ показало, что наибольшее количество болевших проживает в округах первой и второй групп, в которых за 12 лет наблюдений произошло менее всего (от 1 до 4 за весь период) наводнений. Меньше всего ОКИ болеют в третьей группе, в которой объединены округа с преимущественно городским населением, и в пятой группе с ежегодными, часто катастрофическими, наводнениями.

Анализ возможных корреляционных связей между заболеваемостью ОКИ и такими факторами, как абсолютная высота территории округа, тип системы водоснабжения, канализации и мест сбора бытовых отходов, грамотность населения, показал, что в первой и четвертой группах были выявлены отрицательная средняя и отрицательная сильная связи между ОКИ и расположением округов на возвышенностях и в предгорьях соответственно. В округах четвертой группы прослеживается положительная сильная достоверная связь между ОКИ и расположением территории округов на низменностях или впадинах. В первой группе выявлена отрицательная средняя достоверная связь между заболеваемостью ОКИ и уровнем грамотности. В пятой группе прослеживаются сильная отрицательная связь с забором воды из буровых скважин и средняя положительная связь с получением воды из затапливаемых шахтных колодцев, прудов и рек. В округах, где население преимущественно использует для культурно-хозяйственно-бытовых нужд воду из затапливаемых шахтных колодцев, прудов и рек, заболеваемость ОКИ выше.

В качестве экологических рекомендаций предлагается воздействие на абиотические эдафические факторы ежегодно затапливаемых округов, а именно: проведение дренажных работ, направленных на снижение застаивания воды в понижениях и своевременное осушение территории населенных пунктов. К экологическим мероприятиям по прерыванию эпидемической цепи относятся снабжение населения в периоды наводнений чистой питьевой водой, хранящейся в специальных, плотно закрываемых емкостях, и обеззараженной водой для хозяйственно-бытовых нужд. Для округов, в которых население использует затапливаемые шахтные колодцы, а также для округов, значительное количество населения которых пользуется водой из рек и прудов, необходимо налаживание более эффективной и эпидемиологически безопасной системы центрального водоснабжения. Воздействие на экологические биотические зоогенные факторы (возбудителей ОКИ) связано с санитарно-гигиеническим применением обеззараживающих препаратов для питьевой воды и специальных емкостей для ее хранения.

### Заключение

Водный путь распространения ОКИ связан с широким распространением в почве возбудителей, и для эффективного решения проблемы распространения ОКИ во всех округах НРБ необходимо:

- проводить санитарную оценку состояния почвы в различных округах НРБ;
- выявлять степень инфицированности и структуру возбудителей ОКИ в почвах различных округов;
- изыскивать эффективные методы оздоровления почвы, нечистот, сточных вод от инфекционных агентов;
- совершенствовать систему санитарно-эпидемиологического надзора за почвой в первой и второй группах округов НРБ, в которых выявлено наибольшее количество заболевших ОКИ за период исследований;
- проводить защиту источников водоснабжения и водозаборных сооружений водопровода от загрязнения путем организации зоны санитарной охраны;
- совершенствовать систему канализации и организованных мест сбора бытовых отходов.

100». Публикация подготовлена при поддержке Программы РУДН «5—  
Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Abdul R. M., Mutnuri L., Dattatreya P. J., Mohan D. A. Assessment of drinking water quality using ICP-MS and microbiological methods in the Bholakpur area, Hyderabad, India. *Environmental Monitoring and Assessment*. 2011;184(3):1581—92.
2. Agrawala S., Ota T., Ahmed A. U., Smith J., Van Aalst M. Development and climate change in Bangladesh: focus on coastal flooding and the sundarbans. OECD, Environment Directorate &

- Development Co-operation Directorate, Paris, France. 2003. <http://www.oecd.org/dataoecd/46/55/21055658.pdf>
3. Abaya S. W., Mandere N., Ewald G. Floods and health in Gambella region, Ethiopia: a qualitative assessment the strengths and weaknesses of coping mechanisms. *Global Health Action*. 2009. doi: 10.3402/gha.v2i0.2019
  4. Малышева Н. С. Экологический мониторинг и профилактика паразитарных болезней в Центрально-Черноземной зоне Российской Федерации. Курск; 2006.
  5. Печеник А. С. Эволюция эпидемического процесса острых кишечных инфекций и пути оптимизации эпидемиологического надзора. Омск; 2012.
  6. Юшкова О. В. Комплексная оценка состояния окружающей среды по параметрам функционирования паразитарной. Санкт-Петербург; 2008.
  7. Алам Мд. Ш., Родионова О. М. Экологические и санитарно-гигиенические проблемы развития Республики Бангладеш. *Мир науки, культуры, образования*. 2016;56(1):144—6.
  8. Успенский А. В., Горохов В. В., Сергиев В. П., Романенко Н. А. Паразитарная ситуация в России по новым и возвращающимся гельминтозам. *Ветеринария*. 2006;(3):3—6.
  9. Alam Md. Sh. Risk Factors of Duration of Suffering from Long Term Diseases among the Elderly People in Rural Bangladesh. *Indian Journal of Gerontology*. 2015;29(2):170—86.
  10. Alam Md. Shamsher. Under Weightiness among Ever-married Non-pregnant Women in Bangladesh: A Population Based Study. *Universal Journal of Food and Nutrition Science*. 2015;3(2):29—36. doi: 10.13189/ujfns.2015.030202. URL: <http://www.hrpub.org> (дата обращения: 05.12.2015).

Поступила 06.10.2017  
Принята в печать 21.12.2017

### REFERENCES

1. Abdul R. M., Mutnuri L., Dattatreya P. J., Mohan D. A. Assessment of drinking water quality using ICP-MS and microbiological methods in the Bholakpur area, Hyderabad, India. *Environmental Monitoring and Assessment*. 2011;184 (3):1581—92. doi: 10.1007/s10661-011-2062-2
2. Agrawala S., Ota T., Ahmed A. U., Smith J., Van Aalst M. Development and climate change in Bangladesh: focus on coastal flooding and the sundarbans. OECD, Environment Directorate & Development Co-operation Directorate. Paris, France. 2003. <http://www.oecd.org/dataoecd/46/55/21055658.pdf>, 2003, 70 p.
3. Abaya S. W., Mandere N., Ewald G. Floods and health in Gambella region, Ethiopia: a qualitative assessment the strengths and weaknesses of coping mechanisms. *Global Health Action*. 2009. doi: 10.3402/gha.v2i0.2019
4. Malysheva N. S. Environmental monitoring and prevention of parasitic diseases in Central Chernozem zone of the Russian Federation [*Jekologicheskij monitoring i profilaktika parazitarnyh boleznej v Central'no-Chernozemnoj zone Rossijskoj Federacii*]. Kursk; 2006 (in Russian).
5. The evolution of the epidemic process of acute intestinal infections and optimization of epidemiological surveillance [*Jevoljucija jepidemičeskogo procesa ostryh kishhechnyh infekcij i puti optimizacii jepidemiologičeskogo nadzora*]. Omsk; 2012 (in Russian).
6. Jushkova O. V. Comprehensive assessment of the environmental condition parameters for the functioning of parasitic system [*Kompleksnaja ocenka sostojanija okružhajushhej sredy po parametram funkcionirovanija parazitarnoj sistemy*]. Sankt-Petersburg; 2008 (in Russian).
7. Alam Md. Schamscher, Rodionova O. M. Environmental and hygienic problems of development of the Republic of Bangladesh. *Mir nauki, kul'tury, obrazovanija*. 2016;1(56):144—6 (in Russian).
8. Uspenskij A. V., Gorohov V. V., Sergiev V. P., Romanenko N. A. A parasitic situation in Russia on new and returning helminthiasis. *Veterinariya*. 2006;(3):3—6 (in Russian).
9. Alam Md. Sh. Risk Factors of Duration of Suffering from Long Term Diseases among the Elderly People in Rural Bangladesh. *Indian Journal of Gerontology*. 2015;29(2):170—86.
10. Alam Md. Shamsher Under Weightiness among Ever-married Non-pregnant Women in Bangladesh: A Population Based Study. *Universal Journal of Food and Nutrition Science*, 2015;3(2):29—36. doi: 10.13189/ujfns.2015.030202. URL: <http://www.hrpub.org> (accessed 05.12.2015).



# История медицины

© Серебряный Р. С., Яремчук О. В., 2019  
УДК 614.2:355 «1941—1945»

**Серебряный Р. С., Яремчук О. В.**

## КАДРОВЫЙ ПОТЕНЦИАЛ ГРАЖДАНСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РСФСР В ПЕРВЫЙ ПЕРИОД ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ

ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья им. Н. А. Семашко» Министерства науки и высшего образования России, 105064, г. Москва

*На основе архивных материалов для служебного пользования проанализировано состояние гражданского здравоохранения в РСФСР в первый период Великой Отечественной войны. Изучены укомплектованность врачами и средним медицинским персоналом учреждений, нагрузка медицинских кадров в абсолютном выражении и в сравнении с довоенным временем. Показано отсутствие принципиальных отличий в движении кадров в Москве и Ленинграде, несмотря на различные военные и экономические условия. Описано состояние кадров в ясельных учреждениях: системы охраны материнства и младенчества в Куйбышевской области.*

**Ключевые слова:** Великая Отечественная война; медицинские кадры здравоохранения в РСФСР; Москва; Ленинград; Куйбышевская область.

**Для цитирования:** Серебряный Р. С., Яремчук О. В. Кадровый потенциал гражданского здравоохранения в РСФСР в первый период Великой Отечественной войны. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2019; 27(1):73—77. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2019-27-1-73-77>

**Для корреспонденции:** Серебряный Роман Сергеевич, д-р мед. наук, ведущий научный сотрудник ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья им. Н. А. Семашко», e-mail: [niiimramn@mail.ru](mailto:niiimramn@mail.ru)

**Serebriany R. S., Yaremchuk O. V.**

## THE PERSONNEL POTENTIAL OF CIVILIAN HEALTH CARE IN THE RSFSR DURING THE FIRST PERIOD OF THE GREAT PATRIOTIC WAR

The Federal State Budget Scientific Institution “The N. A. Semashko National Research Institute of Public Health”, 105064, Moscow, Russia

*The article, presents, on the basis of archive materials for official use, the analysis of the state of civil health care in RSFSR in the first period of the great Patriotic war. The staffing of institutions with physicians and nursing medical personnel, the load of medical personnel in absolute terms and in comparison, with pre-war period are studied. The absence of fundamental differences in the personnel rotation in Moscow and Leningrad, despite different military and economic conditions is demonstrated. The article describes the status of staff in nursery establishments of the system of motherhood and infancy protection in the Kuibyshev Oblast.*

**Keywords:** Great Patriotic War; medical health care personnel of the RSFSR, Moscow; Leningrad; Kuibyshev oblast.

**For citation:** Serebriany R. S., Yaremchuk O. V. The personnel potential of civilian health care in the RSFSR during the first period of the Great Patriotic War. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2019; 27(1):73—77 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2019-27-1-73-77>

**For correspondence:** Serebriany R. S., doctor of medical sciences, leading researcher of the Federal State Budget Scientific Institution “N. A. Semashko National Research Institute of Public Health”. e-mail: [niiimramn@mail.ru](mailto:niiimramn@mail.ru)

**Conflict of interests.** The authors declare absence of conflict of interests.

**Acknowledgment.** The study had no sponsor support

Received 26.10.2016

Accepted 24.11.2016

Публикации военных и послевоенных лет дают возможность оценить содержание и масштабы гражданского здравоохранения в тяжелейших условиях военного времени 1941—1945 гг. [1—4]. Работы конца XX — начала XXI в. предметно анализируют вклад работников гражданского здравоохранения в победу советского народа [5—7], исследуют состояние медицинского обслуживания в стране в целом и в отдельных тыловых районах. [8]. Однако следует отметить отсутствие в материалах системного анализа кадрового потенциала гражданского здравоохранения по РСФСР в целом в первый период войны (22 июня 1941 г. — 19 ноября 1942 г.).

Целью исследования стало изучение кадрового потенциала гражданского здравоохранения в РСФСР в первый период войны.

Материалом служили архивные данные в основном из фондов Государственного архива Российской Федерации и источники литературы, методом — системный анализ.

В течение войны происходили глубокие изменения в количестве, составе и распределении медицинских кадров в стране. Главной задачей гражданского здравоохранения было всемерное содействие мероприятиям по оказанию медицинской помощи бойцам Красной Армии, улучшению медицинского и са-

Таблица 1

Число фактически развернутых коек на одну занятую должность в 1940—1942 гг.

Должность	1940 г.	1941 г.	1942 г.
Врач	17,1	18,8	19,2
Средний медицинский персонал	4,4	4,7	5,2

Примечание. Здесь и в табл. 2—5 представлены данные на 31 декабря каждого года.

нитарного обслуживания, полное удовлетворение потребностей фронта [9, 10].

Единство устремлений военного и гражданского здравоохранения, их взаимосвязь и взаимопомощь отражают приказы, подписанные совместно наркомом здравоохранения Г. А. Митеревым и начальником Главсанпура Красной Армии Е. И. Смирновым<sup>1</sup>. Анализируя итоги функционирования гражданского здравоохранения в это время, начальник управления кадров Наркомздрава СССР Г. Н. Карапетян выделил три этапа<sup>2</sup>, исходя из объективных причин, связанных с обстановкой на фронте, положением советских войск, массовым перемещением людей [11].

Видна условность подхода, применяемого организаторами здравоохранения тех лет, так как в разные годы войны фактические данные можно было получить только на 36 не оккупированных, затем на 22 освобожденных, в итоге на 58 территориях после изгнания немецких войск.

Первый период войны [12] характерен тем, что значительное число медиков ушло из гражданских организаций в ряды Красной Армии. В лечебно-санитарных учреждениях Наркомздрава произошло сокращение штатов и должностей.

По сравнению с довоенным временем в 36 областях РСФСР врачебные штаты уменьшились на 9,8%, средние медицинские кадры — на 14,3%<sup>3</sup>. По оперативным данным на 1 января 1942 г. число штатных должностей врачей достигало лишь 95,7% от бывшего до войны, среднего медперсонала — только 79,3%<sup>3</sup>. В течение 1942 г. число штатных ставок медработников оставалось ниже, чем до войны. Занятые должности врачебного и среднего медперсонала сократились в сравнении с 1940 г. Нагрузка на медперсонал возросла<sup>4</sup> от 17,1 в 1940 г. до 19,2 в 1942 г. на одну занятую должность врача и от 4,4 до 5,2 среднего медперсонала соответственно (табл. 1).

Наиболее высокой была нагрузка в психиатрических больницах и колониях, лечебных детских домах, из больниц общего типа — в инфекционных. В клиниках научно-исследовательских институтов и вузов она была меньшей<sup>5</sup>.

При сопоставлении количества работавших в больницах физических лиц с числом занятых врача-

<sup>1</sup> Архив Военно-медицинского музея (ВММ). Ф. 6198. Оп. 19449. Д. 7. Л. 3; Оп. 20395. Д. 1. Л. 5.

<sup>2</sup> Государственный архив Российской Федерации (ГАРФ). Ф. Р8009. Оп. 6. Д. 1889. Л. 16.

<sup>3</sup> ГАРФ. Ф. Р8009. Оп. 6. Д. 1889. Л. 16.

<sup>4</sup> ГАРФ. Ф. Р8009. Оп. 6. Д. 1889. Л. 17.

<sup>5</sup> ГАРФ. Ф. Р8009. Оп. 6. Д. 1890. Л. 19.

Таблица 2

Кадровый потенциал яслей в Куйбышевской области в 1940—1943 гг.

Показатель	1940 г.	1942 г.	1943 г.
<b>Город</b>			
Врачи:			
всего, абс.	25	21	9
укомплектованность, %	67,5	94,3	81,8
Средний медицинский персонал:			
всего, абс.	400	307,7	137
укомплектованность, %	95,4	88,8	94,4
Число должностей среднего медицинского персонала на одну врачебную единицу, абс.	16	14,6	15,2
<b>Село</b>			
Врачи:			
всего, абс.	4	3	2,25
укомплектованность, %	100	88,2	69,2
Средний медицинский персонал:			
всего, абс.	45	40	38,25
укомплектованность, %	97,5	57,3	51
Число должностей среднего медицинского персонала на одну врачебную единицу, абс.	11,2	13,3	17,1

ми должностей установлено, что в среднем на одного человека приходилось менее одной занятой должности<sup>6</sup>.

На первой стадии войны врачи основную работу совмещали с деятельностью в амбулаториях, детских больницах, родильных домах и очень редко — в горбольницах.

Среди врачей больше всего было терапевтов, затем педиатров, третье место делили акушеры-гинекологи и хирурги. Сопоставление специалистов и профильных коек показало, что эти отношения непропорциональны, что было обусловлено вынужденной случайностью при подборе кадров и применением части из них не по профилю. Об этом свидетельствует наличие офтальмологов, венерологов и других специалистов в штатах родильных домов, акушеров-гинекологов в детских больницах. Терапевты обслуживали общие и инфекционные койки, заменяли педиатров в детских учреждениях. Отоларингологи, невропатологи, фтизиатры использовались в значительной степени не по основной специальности. Хирургов не хватало, так как они оказывали помощь также пациентам с травмами и онкологическими заболеваниями, недостаток педиатров объяснялся их огромной занятостью не только в детских больницах, но и в отделениях общих больниц, родильных домах.

Несоответствие профильных коек с имеющимися врачами-специалистами объяснялось тем, что медики, эвакуированные из областей, захваченных фашистами, оседали по стране неравномерно и создавали в одних тыловых районах излишки, а в других — недостаток. Эти группы врачей оказались мало мобильны (пожилые люди, больные, женщины с детьми и т. д.), и перебросить их в места, где существовала потребность, не всегда представлялось возможным<sup>7</sup>.

<sup>6</sup> ГАРФ. Ф. Р8009. Оп. 6. Д. 1889. Л. 18.

<sup>7</sup> ГАРФ. Ф. Р8009. Оп. 6. Д. 1889. Л. 19.

Таблица 3

**Кадровый потенциал городских самостоятельных, сельских объединенных женских и детских консультаций в Куйбышевской области в 1940—1943 гг.**

Показатель	1940 г.	1942 г.	1943 г.
<b>Город</b>			
Врачи:			
всего, абс.	20,25	26,5	10,5
укомплектованность, %	68	82,2	91,3
Средний медицинский персонал:			
всего, абс.	53,5	32,5	12,5
укомплектованность, %	101,9	65,3	71,4
Патронажные сестры:			
всего, абс.	32,5	17,5	40
укомплектованность, %	112	62,5	86
Число должностей среднего медицинского персонала на одну врачебную единицу, абс.	2,6	1,2	1,1
<b>Село</b>			
Врачи:			
всего, абс.	16	20	24
укомплектованность, %	80	88,4	92,3
Средний медицинский персонал:			
всего, абс.	32	33,5	35
укомплектованность, %	94,1	70,2	72,9
Патронажные сестры:			
всего, абс.	15	32,5	34
укомплектованность, %	88,2	91,4	94,4
Число должностей среднего медицинского персонала на одну врачебную единицу, абс.	2	1,6	1,4

Интересным в данном контексте являлось состояние гражданского здравоохранения, в частности кадрового обеспечения ясельных учреждений системы охраны материнства и младенчества (ОММ), на территории Куйбышевской области. Регион имел особый статус: туда были переведены из Москвы наркоматы большинства отраслей. В ясельных организациях сети ОММ сократилось число врачей и среднего медицинского персонала по сравнению с довоенным 1940 г. (табл. 2), вследствие чего в 1941 г. возросла нагрузка на оставшихся работников.

В 1940 г. врачами в городских яслях были укомплектованы лишь 67,5% из имеющихся 37 должностей. В 1942 г. штатные ставки сократили, одновременно уменьшилось число врачей и занятость штатов возросла до 94,3%. Показатели по среднему медицинскому персоналу уменьшились в 1942 г. и несколько выросли в 1943 г. В селах в 1942 г. врачей и среднего медицинского персонала стало меньше, появились вакансии. Соотношение средних медицинских и врачебных кадров по сравнению с довоенным временем уменьшилось в городе и увеличилось в селе<sup>8</sup>.

В отличие от общей картины, в городских детских консультациях Куйбышевской области по сравнению с 1940 г. укомплектованность врачами и число занятых штатных ставок в 1942 г. выросли. Это явилось следствием приема на работу педиатров, эвакуированных с захваченных территорий. Численность среднего медицинского персонала и занятость им должностей уменьшились (табл. 3).

В 1943 г. количество врачей в Куйбышевской области уменьшилось более чем вдвое, что объясняет-

Таблица 4

**Число фактически развернутых коек в яслях на одну занятую должность в Куйбышевской области в 1940—1942 гг.**

Территория	1940 г.	1941 г.	1942 г.
<b>Врачи</b>			
Город	172,4	183,2	158
Село	421	873	735
<b>Средний медицинский персонал</b>			
Город	10,7	12,1	10,7
Село	37,4	40,3	55,1

ся их возвращением в родные города и села, освобожденные Советской Армией. Средний медперсонал к 1943 г. сократился более чем в 4 раза, только число патронажных сестер увеличилось в 1943 г. в связи с производственной необходимостью в основном за счет общих сестер. Количество среднего медперсонала на одну врачебную должность сократилось более чем в 2 раза по сравнению с довоенным временем.

В сельских объединенных детски-женских консультациях Куйбышевской области по сравнению с 1940 г. число врачебных и средних медицинских кадров и укомплектованность ими медицинских учреждений увеличивались. Соотношение сестринских должностей на одну врачебную ставку уменьшалось<sup>9</sup>.

Нагрузка на врачей и медсестер в городских яслях в 1941 г. повысилась, а в 1942 г. уменьшилась у врачей и возвратилась к довоенным цифрам у среднего медицинского персонала. В 1941 г. занятость врачей в сельских местностях возросла более чем вдвое, затем в 1942 г. уменьшилась, ежегодно увеличивалась занятость медсестер (табл. 4)<sup>10</sup>.

Некоторые особенности состояния кадров в регионе, например сокращение соотношения среднего медперсонала на одну врачебную должность в сельских детски-женских консультациях Куйбышевской области, объясняются территориальными изменениями. Согласно постановлению Правительства СССР (январь 1943 г.), значительная часть учреждений ОММ Куйбышевской области отошла к Ульяновской области [13].

Число городских яслей в первые полтора года войны сократилось из-за передачи зданий под эвакогоспитали (табл. 5). В 1941 г. детей стало больше за счет эвакуированных, ясли укрупняли. В 1942—1943 гг. количество ясельных учреждений и коечный фонд продолжали уменьшаться<sup>11</sup>, что объяснялось отправкой детей вглубь СССР. В 1941 г. в городе стало больше детских консультаций в связи с необходимостью обслуживания прибывших эвакуированных детей. В 1942—1943 гг. их число сократилось из-за уменьшения детей по вышперечисленным причинам. В селах происходил аналогичный процесс, за исключением 1941 г., когда число яслей увеличилось

<sup>9</sup> ЦГАСО. Ф. Р. 4054. Оп. 2. Д. 40. Л. 4, 8.

<sup>10</sup> ЦГАСО. Ф. Р. 4054. Оп. 2. Д. 46. Л. 12, 13, 18.

<sup>11</sup> ЦГАСО. Ф. Р. 4054. Оп. 2. Д. 43. Л. 4, 8, 9.

<sup>8</sup> ЦГАСО. Ф. Р. 4054. Оп. 2. Д. 41. Л. 18, 19, 23.

Таблица 5

Число учреждений и состояние коечного фонда в яслях, детских и объединенных сельских детски-женских консультациях сети ОММ в Куйбышевской области в 1940—1942 гг., абс. ед.

Показатель	1940 г.	1941 г.	1942 г.
<b>Город</b>			
Ясли	77	75	36
Фактически развернуто коек	4312	5407	3319
Самостоятельные детские консультации	8	10	6
<b>Село</b>			
Ясли	83	97	86
Фактически развернуто коек	1684	2401	2205
Детски-женские консультации (объединенные)	20	27	25

из-за большей возможности приспособления помещений в деревнях для детей.

Состояние больничных кадров в Москве и Ленинграде изучалось отдельно. Судьба этих городов различна. Ленинград выдержал длительную блокаду. После ее прорыва часть населения города эвакуировалась в тыл. Из Москвы, напротив, люди, учреждения и предприятия вывозились планомерно на восток страны. В Ленинграде в связи с переводом многих гражданских медиков на обслуживание военных контингентов сократилось число занятых в больницах должностей врачей и среднего медицинского персонала на 42,1 и 21% соответственно. Нагрузка врачей возросла с 8,8 койки на одну занятую должность в 1940 г. до 16,3 в 1942 г., среднего медперсонала — с 3 до 5 соответственно. Резкие изменения произошли в специализации. По росту числа терапевтических (на 261,8%), инфекционных (на 110%), психиатрических, стоматологических и хирургических коек в больницах по сравнению с 1940 г. можно судить, какие врачи требовались Ленинграду в конце 1942 г.<sup>12</sup>

В связи с эвакуацией из Москвы медицинских кадров, отзывом их в армию и на обслуживание эвакуированных госпиталей в больничных учреждениях города обеспечение медпомощью ухудшилось по сравнению с довоенным. Число занятых врачебных должностей сократилось на 43,3%, среднего медперсонала — на 33,1% (штаты комплектовались на 83,1 и 86,5% соответственно). Естественно, в стационарах повысилась нагрузка: у врачей с 7,8 в 1940 г. до 11,3 коек в 1942 г., у среднего медицинского персонала с 2,9 до 3,2 соответственно<sup>13</sup>.

Вышеизложенное подтверждает, что, несмотря на различные военные и экономические условия, изменения в кадрах в Москве и Ленинграде имели однотипный характер и не различались в целом по РСФСР. Подводя итог переменам, происшедшим в состоянии больничных учреждений городов, находящихся в непосредственной близости к фронту, следует подчеркнуть огромную работу, проделанную органами здравоохранения по обеспечению медицинскими кадрами больничной сети Москвы и Ленинграда.

## Выводы

Приведенные факты позволяют сделать выводы о процессах, происходивших с кадрами здравоохранения СССР в первый период войны:

1. Мобилизация в армию медицинских работников ухудшила обслуживание пациентов в городских больницах и учреждениях системы здравоохранения: несмотря на сокращение штатов, они не были укомплектованы полностью, в связи с чем повысилась нагрузка на оставшихся сотрудников.

2. Ушедшие на фронт медики замещались мало-мобильными кадрами, появляющимися стихийно с бежавшим от гитлеровцев населением, из-за чего специализация врачей не совпадала с профилем коек и врачи использовались не эффективно.

3. Особый недостаток испытывался в хирургах, педиатрах, эпидемиологах.

Анализ материала показал огромные проблемы, возникшие перед гражданским здравоохранением, его кадровой службой в связи с внезапным началом войны, и масштаб усилий, которые предстояло совершить для обеспечения населения врачами и средним медперсоналом.

Исследование не имело спонсорской поддержки.  
Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Семашко Н. А. Об изучении санитарных последствий войны. *Советское здравоохранение*. 1945;(12):11—9.
2. Митерев Г. А. Советское здравоохранение в годы Великой Отечественной войны. *Советское здравоохранение*. 1944;(7—8): 3—7.
3. Монозон С. Я. Врачебные амбулаторно-поликлинические кадры во время войны. *Советское здравоохранение*. 1943;(10—11):16—8.
4. Медико-санитарные последствия войны и мероприятия по их ликвидации: Труды второй конференции. 17—19 дек. 1946 г. М.: Изд-во АМН СССР; 1948.
5. Иванов Н. Г., Георгиевский А. С., Лобастов О. С. Советское здравоохранение и военная медицина в Великой Отечественной войне. Л.: Медицина; 1985.
6. Кнопов М. Ш. Здравоохранение и военная медицина в Великой Отечественной войне 1941—1945 гг. *Здравоохранение Российской Федерации*. 2005;(1):43—6.
7. Чиж И. М. Вклад военной медицины и гражданского здравоохранения в Победу в Великой Отечественной войне. *Клиническая медицина*. 2000;78(5):4—8.
8. Зяблицева С. В. Гражданское здравоохранение в Кузбассе в годы Великой Отечественной войны. 65 лет Сталинградской битвы и Кемеровской области. Сб. трудов. Кемерово; 2006.
9. Астапова Л. И., Коновалова А. Н. К истории формирования военно-медицинской доктрины СССР в период Великой Отечественной войны. Актуальные проблемы социально-гуманитарных наук: Межвузовский сборник научных трудов. Воронеж: ВГЛТА; 1996;(8):38—40.
10. Барсуков М. И., Кувшинский Д. Д. (ред.). Здравоохранение в годы Великой Отечественной войны. 1941—1945. Сборник документов и материалов. М.: Медицина; 1977.
11. Карапетян Г. Н. Выше дисциплину в работе с медицинскими кадрами. *Советское здравоохранение*. 1943;(12):29—34.
12. Флоров Н. А. Военная медицина в Великой Отечественной войне (первый период). Сообщение 1. *Военная медицина*. 2008;(1): 112—6.

Поступила 26.10.2016  
Принята в печать 24.11.2016

## REFERENCES

1. Semashko N. A. On the study of health effects of war. *Sovetskoye Zdravookhranenie*. 1945;(12):11—9 (in Russian).

<sup>12</sup> ГАРФ. Ф. Р8009. Оп. 6. Д. 1889. Л. 35.

<sup>13</sup> ГАРФ. Ф. Р8009. Оп. 6. Д. 1889. Л. 37.

История медицины

2. Miterev G. A. The Soviet health care in the years of the Great Patriotic War. *Sovetskoye Zdravookhranenie*. 1944;(7—8):3—7 (in Russian).
3. Monoszon S. Ya. Medical outpatient personnel during the war. *Sovetskoye Zdravookhranenie*. 1943;(10—11):16—18 (in Russian).
4. Mediko health impact of war and measures to eliminate them: Proceedings of the second conference. 17—19 dek. 1946 [Mediko-sani-tarnie posledstvia voini i meropriatia po ich likvidacii: Trudi wtoroy konferencii. 17—19 dek. 1946 g.]. Moscow: Izd. AMN SSSR; 1948 (in Russian).
5. Ivanov N. G., Georgievskii A. S., Lobastov O. S. The Soviet public health and military medicine in the Great Patriotic War [Sovetskoe zdravooxpanenie i voennaja medisina v Velikoj Otechestvennoj voine]. Leningrad: Medicine; 1985 (in Russian).
6. Knopov M. Sh. Health care and military medicine in the Great Patriotic War of 1941—1945. *Zdravookhranenie Rossiiskoi Federatsii*. 2005;(1):43—46 (in Russian).
7. Chizh I. M. The contribution of military medicine and civilian health care to the Victory in the Great Patriotic War. *Klinicheskaya Meditsina — Clinical Medicine*. 2000;78(5):4—8 (in Russian).
8. Zyablitseva S. V. Civil health care in the Kuzbass in the Great War Otechesvennoy. In: 65 years of the Battle of Stalingrad and the Kemerovo region. [65 let Stalingradskoy bitvy I Kemerovskoy oblasti]. Kemerovo; 2006 (in Russian).
9. Astapova L. I., Konovalova A. N. On the history of the formation of the military medical doctrine of the USSR in the Great Patriotic War. *Aktual'nye problemy socio-gumanitarnykh nauk — Interuniversity collection of scientific papers*. 1996;(8):38—40 (in Russian).
10. Barsukov M. I., Kuvshinskiy D. D., eds. Health in the Great Patriotic vojny. 1941—1945. Collection of documents and materials [Zdravooxpanenie v godi Velikoj Otechestvennoj voiny 1941—1945. Sbornik dokumentov I materialov]. Moscow: Meditsina; 1977 (in Russian).
11. Karapetyan G. N. Above discipline dealing with health personnel. *Sovetskoye Zdravookhranenie*. 1943;(12):29—34 (in Russian).
12. Florov N. A. Military medicine in the Great Patriotic War (the first period). Report 1. *Voennaya meditsina*. 2008;(1):112—6 (in Russian).

© Аликова З. Р., Анаева Л. А., 2019  
УДК 614.2-616-053

Аликова З. Р.<sup>1</sup>, Анаева Л. А.<sup>2</sup>

## РЕГИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ СИСТЕМЫ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ В КАБАРДИНО-БАЛКАРИИ В XX ВЕКЕ

<sup>1</sup>ФГБОУ ВО «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Минздрава России, 362025, г. Владикавказ;

<sup>2</sup>ФГБОУ ВО «Кабардино-Балкарский государственный университет им. Х. М. Бербекова» Министерства образования России, 360004, г. Нальчик

*Развитие детского здравоохранения в Кабардино-Балкарии в XX в. на всех этапах связано с развитием системы охраны здоровья детей в России. В Кабарде была создана сеть детских медицинских учреждений, однако они не обеспечивали полностью потребности в медицинской помощи детям. Охрана здоровья детского населения во время войны (1941—1945) осуществлялась под руководством Детского сектора и Совета лечебно-профилактической помощи детям.*

*Наиболее тяжелыми для здравоохранения Кабардино-Балкарии были послевоенные годы. Из-за отсутствия финансирования только в 1959—1965 гг. в больницах стали открываться детские отделения. Активизировалась профилактическая работа среди детей раннего возраста. Динамика развития детского здравоохранения в 1960—1980-е годы имела выраженный экстенсивный характер с наращиванием коечной сети и медицинских кадров. Вместе с тем структура младенческой смертности и заболеваемости детей свидетельствовала об имеющихся недостатках в работе, которые не позволяли улучшить показатели детского здравоохранения. В последнее десятилетие XX в. вводились в строй новые детские учреждения, проводилась реструктуризация коечного фонда. Однако ухудшение социально-экономического положения в стране и регионе негативно сказало на состоянии детского здравоохранения.*

*Ключевые слова:* охрана здоровья детей; детское здравоохранение; Кабардино-Балкария.

**Для цитирования:** Аликова З. Р., Анаева Л. А. Региональные особенности развития системы охраны здоровья детей в Кабардино-Балкарии в XX веке. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2019; 27(1):78—82. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2019-27-1-78-82>

**Для корреспонденции:** Аликова Зара Рамазановна, д-р мед. наук, профессор, зав. кафедрой гуманитарных социальных и экономических наук ФГБОУ ВО «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Минздрава России, e-mail: [alikova\\_zr@mail.ru](mailto:alikova_zr@mail.ru)

Alikova Z. R.<sup>1</sup>, Anaeva L. A.<sup>2</sup>

## THE REGIONAL FEATURES OF DEVELOPMENT OF THE SYSTEM OF CHILDREN HEALTH CARE IN THE KABARDINO-BALKARIA IN XX CENTURY

<sup>1</sup>The Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The Northern Ossetian State Medical Academy” of Minzdrav of Russia, 362025, Vladikavkaz, Russia;

<sup>2</sup>The Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The Kh. M. Berbekov Kabardino-Balkar State University” of Ministry of Education of Russia, 360004, Nalchik, Russia

*The development of health care of children in the Kabardino-Balkaria in XX century at all its stages is associated with the development of system of protection children health in Russia. To combat children mortality and to protect children health, preventive and social hygienic direction was developed. Under the leadership of local health care authorities, a network of children medical institutions was re-established in Kabarda and pediatricians began to work. However, these institutions did not supply needed medical care of children. The health of the children population during the war (1941—1945) was supported jointly by the health care authorities and other state departments and structures of the Republic. Children health care was characterized by increasing of burden of medical institutions and the holding of emergency activities under leadership of the Children's Sector and the Council for Treatment and Prevention of Children. The most difficult for health care in the Kabardino-Balkaria were the post-war years. Due to lack of funding, only in 1959—1965 children's departments began to be organized in hospitals. The preventive activities among children of early age, especially among adolescents (vaccination, anti-tuberculosis and anti-obesity measures, organization of children sanatoriums) became more active. The dynamics of development of children health in the 1960s — 1980s had a pronounced extensive character with on-going increasing of number of beds and medical personnel. At the same time, the structure of infant mortality and morbidity demonstrated presence of shortcomings in work that blocked improving of indicators of children health. The infant mortality decreased slowly in the last decade of XX century. The foundations of modern children health service were organized. New children health care institutions were put into operation and the bed fund was restructured. However, the deterioration of social economic situation in the country and the region had a negative impact on the state of children health. At the turn of the century, the system of protecting children health in the Kabardino-Balkaria required more active medical and public events of medical, social and organizational nature with the identification of the tasks of highest priority.*

*Keywords:* protection of children health; health care; the Kabardino-Balkaria.

**For citation:** Alikova Z. R., Anaeva L. A. The regional features of development of the system of children health care in the Kabardino-Balkaria in XX century. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2019; 27(1):78—82 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2019-27-1-78-82>

**For correspondence:** Alikova Z. R., doctor of medical sciences, professor, the Head of the Chair of Humanitarian Social and Economic Sciences of the Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The Northern Ossetian State Medical Academy”. e-mail: [\\_zr@mail.ru](mailto:_zr@mail.ru)

**Conflict of interests.** The authors declare absence of conflict of interests.

**Acknowledgment.** The study had no sponsor support

Received 21.08.2018  
Accepted 29.11.2018

## История медицины

Изучение особенностей становления и развития охраны здоровья детей остается актуальным в связи с перманентно возникающими проблемами в детском здравоохранении, требующими качественно нового подхода и учета исторического опыта. Имеется настоятельная необходимость улучшения основных показателей здоровья детей в масштабах всей страны и в регионах. В республиках Северо-Кавказского региона формирование и развитие системы охраны детей во многом имело сходные черты, но вместе с тем и особенности. В связи с этим изучение путей развития системы охраны здоровья детей в Кабардино-Балкарии представляет особый интерес. Однако научных исследований, посвященных анализу состояния детского здравоохранения в регионе, не проводилось.

Цель исследования — проанализировать особенности становления и развития системы охраны здоровья детей в Кабардино-Балкарии и дать оценку состояния детского здравоохранения в XX в.

### Материалы и методы

Использованы общие методологические подходы к историко-медицинским исследованиям с применением историко-генетического, сравнительно-исторического, проблемно-хронологического методов, сравнительного и системного анализа. Изучены материалы Государственного архива Кабардино-Балкарской республики (ЦГА КБР), Государственного архива Российской Федерации (ГАРФ), публикации в периодической печати, литературные источники.

### Результаты исследования

В начале XX столетия исключительно тяжелым было положение на территории Кабарды, национальной окраины России, с медицинской помощью детям. В отсутствие государственной помощи детям болезни младенческого возраста традиционно рассматривались как составная часть акушерства, и в этом случае прибегали к услугам представителей народной медицины. Низкий социально-экономический уровень, фактическое отсутствие квалифицированного родовспоможения приводили к высокой заболеваемости и смертности детей. Так, в 1899 г. в период эпидемических вспышек кори в ауле с населением 700 человек умирало до 10 детей в день. Государственная помощь детям сводилась к оспопрививанию, однако оспа оставалась серьезной угрозой для здоровья детей.

Становление системы охраны здоровья детей в Кабардино-Балкарии связано с победой советской власти в России и провозглашением охраны материнства и детства первоочередной задачей государства. С передачей в 1920 г. всей деятельности по охране материнства и младенчества в ведение Наркомздрава повсеместно в стране создавались консультации для обслуживания не только больных, но и здоровых детей, силами общественных организаций проводились недели ребенка. По сравнению с 1913 г. в 1925 г. младенческая смертность снизилась в 2 раза [1]. В борьбе с детской смертностью и охране

здоровья матери и ребенка выразилась профилактическая и социально-гигиеническая направленность системы. Важное значение в этот период для решения практических вопросов охраны материнства и младенчества в Кабардино-Балкарии имело создание в 1924 г. при областном отделе здравоохранения подотдела по охране материнства, младенчества и детства. Были организованы консультации для детей и беременных женщин<sup>1</sup>. При них работали Советы социальной помощи нуждающимся матерям. Выявлено, что консультации проводили конкурсы на здорового ребенка. Однако для удовлетворения медицинской помощью детского населения требовались новые больницы и амбулатории. Первые лечебные учреждения были примитивны, плохо оснащены, без врачей-педиатров. Первая детская больница в Нальчике на 30 коек была открыта в 1924 г., в республике впервые стали работать детские врачи [2].

В 1930-е годы по всей стране была расширена система охраны материнства и младенчества. Детям всех возрастов лечебная помощь в консультации, поликлинике и на дому осуществлялась единым участковым педиатром [1]. По сравнению с предыдущим периодом стало больше стационаров, детских противотуберкулезных санаториев, домов ребенка и др. Важным методом профилактики становилась диспансеризация, элементы которой осуществлялись и раньше [3]. В Кабардино-Балкарии стали создаваться детские городские и сельские лечебные учреждения. Особое внимание уделялось работе на селе. В крупных селах открывались пункты по охране материнства и младенчества. Из 23 детских консультаций 14 были расположены в сельской местности. Впервые в 1938 г. в родовспомогательном отделении городской больницы было создано отделение новорожденных. Отсутствие детских врачей компенсировалось подготовкой средних медицинских кадров и специалистов по охране материнства и младенчества в медицинском техникуме, открытом в г. Нальчике в 1932 г.

В предыдущих наших работах были приведены материалы, характеризующие детское здравоохранение Кабардино-Балкарии во время Великой Отечественной войны. Исключительную роль в обслуживании детей сыграл созданный институт городских и районных педиатров, благодаря чему Наркомздрав Кабардино-Балкарской АССР решил задачу укомплектования больниц детскими врачами. Во время войны значительно выросла заболеваемость корью, скарлатиной, дифтерией и коклюшем<sup>2</sup>. Основной причиной смертности детей, в том числе младенческой, являлись пневмонии (23%) и острые заболевания желудочно-кишечного тракта (21,5%) [4]. Большое значение во время войны имело введение профилактического приема здоровых детей и патронажной работы на педиатрических участках [3].

Вопросы организации охраны материнства и детства продолжали оставаться в послевоенный период

<sup>1</sup> ЦГА КБР. Ф. Р. 2. Д. 109. Л. 9—11.

<sup>2</sup> ЦГА КБР. Ф. 15. Оп. 2. Д. 73. Л. 9.

одной из основных задач органов здравоохранения в Российской Федерации. Охрана здоровья детей была возложена на поликлиники, больницы, детские отделения общих больниц, санатории, ясли-сады, отделения школьной гигиены. Диспансерное наблюдение продолжало занимать ведущее место в оказании внебольничной медицинской помощи детям [1]. В тяжёлые для Кабардино-Балкарии послевоенные годы большинство больниц и амбулаторий размещались в приспособленных помещениях, не отвечавших санитарным требованиям. Перебои с финансированием отражались на материально-технической оснащённости лечебных учреждений. Имеются данные, что часть средств на содержание первых детских учреждений выделило Российское общество Красного Креста<sup>3</sup>. Приоритетным направлением здравоохранения явилось наращивание коечной сети и повышение обеспеченности детского населения специализированными больничными койками. В 1947—1949 гг. в городах и рабочих посёлках Кабардино-Балкарии имелось всего 60 больничных коек для детей и 35 на селе, что не позволяло эффективно решать вопросы детского здравоохранения [2]. Большинство детских коек входило в состав терапевтических отделений. Только в 1959—1965 гг., с началом строительства новых больниц в городах республики, в городских и районных больницах были открыты самостоятельные детские отделения. Улучшились показатели деятельности детских стационаров. Больничная летальность снизилась в 4,5 раза по сравнению с 1947 г. За 20 лет коечный фонд для детей претерпел существенные изменения. В 1965 г. в республике было уже 325 педиатрических коек. Однако специализация педиатрических коек оставалась низкой: выделялись инфекционные детские и туберкулезные койки, которые составили 27,6 и 9,2% от общего числа коек соответственно.

В послевоенные годы особое внимание было обращено на повышение качества медицинской помощи и усиление профилактической работы. В связи с ростом заболеваемости туберкулезом республиканским противотуберкулезным диспансером проводились массовые профилактические осмотры детского населения, вакцинация и ревакцинация детей. В республике были организованы детские сады и ясли с круглосуточным пребыванием в них детей из неблагополучных по туберкулезу очагов. В системе Минздрава Кабардино-Балкарской АССР в 1960-е годы функционировали два специализированных детских санатория на 75 мест каждый, развернутые на территории курорта «Долинск». С учетом эндемичности республики по зобу проводились массовые обследования детей школьного и дошкольного возраста, а также беременных и кормящих женщин с последующей профилактикой антиструмином и йодированной солью. Решающей в борьбе с зобом стала экспедиция Всесоюзного института экспериментальной эндокринологии, организованная в 1933—1934 гг. на средства РОКК<sup>4</sup>.

Существенные изменения произошли в организации работы поликлиник в 1955—1965 гг. Выросло число педиатрических участков в городах от 30 до 57, а число детей на участке снизилось с 1077 до 800. Улучшилась оснащённость детских поликлиник лечебно-диагностической аппаратурой. С 1964 г. поликлиники перешли на непрерывную неделю, т. е. на оказание медицинской помощи в выходные и праздничные дни. В поликлиниках введена система диспансерного наблюдения за детьми различных возрастных групп. Улучшились показатели наблюдения за детьми первого года жизни (61% в 1952 г. и 92% в 1965 г.), а также дородового патронажа (с 74 до 90%) [2]. В школах и детских садах стали вводить должности педиатров.

Конкретные задачи улучшения медицинского обслуживания населения ставились в правительственных документах. В связи с постановлением ЦК КПСС и Совета Министров СССР 1960 г. «О мерах по дальнейшему улучшению медицинского обслуживания и охраны здоровья населения СССР» Совмин Кабардино-Балкарской АССР разработал планы-задания по развитию сети детских лечебно-профилактических учреждений. Вместе с тем строительство детской республиканской больницы даже в середине 1960-х годов вновь откладывалось. Динамика развития детского здравоохранения в Кабардино-Балкарии с середины 1960-х и до конца 1980-х годов имела выраженный экстенсивный характер и отличалась наращиванием коечной сети и медицинских кадров. В 1970 г. сдана в эксплуатацию в г. Нальчике детская поликлиника на 300 посещений в смену. Благодаря увеличению финансирования здравоохранения шло строительство родильного дома на 120 коек. С вводом в строй новых больниц число педиатрических соматических коек выросло на 54,3%, составив 433 койки [5]. Вместе с тем начатое в 1966—1970 гг. строительство детской республиканской больницы на 300 коек с поликлиникой на 500 посещений в смену в Нальчике затянулось на десятилетия и продолжалось еще в конце 1980-х годов.

Согласно данным годового отчета Минздрава Кабардино-Балкарской АССР за 1990 г., наряду с ростом числа соматических коек важным было также увеличение числа коек для лечения грудных детей. Из 747 городских коек соматического профиля выделялись 35 для недоношенных и 95 для детей грудного возраста. Особое внимание было обращено на открытие в детской республиканской больнице специализированных отделений по 16 специальностям. В республике работал 31 педиатр-неонатолог. Ряд структурных изменений в связи с открытием специализированных кабинетов для обслуживания детей и подростков претерпели в конце 1980-х годов амбулаторно-поликлинические учреждения. В Нальчике был открыт подростковый наркологический кабинет. В 1990 г. в республике функционировали две детские поликлиники на 400 посещений в смену каждая.

<sup>3</sup> ЦГА КБР. Ф. 2-Р. Д. 374. Л. 136—137.

<sup>4</sup> ЦГА КБР. Ф. 2-Р. Д. 374. Л. 136—137.



Успешное решение задач, стоявших перед органами здравоохранения, по улучшению медицинского обслуживания детского населения было невозможно без подготовки врачебных кадров и рационального их распределения. В 1947—1965 гг. доля педиатров от общего числа врачей составила 12%. Особенно ощущалось отсутствие педиатров в сельских районах, что приводило к высокой нагрузке на одного врача. Только 10% врачей имели в 1986 г. врачебные квалификационные категории<sup>5</sup>. Большое значение в подготовке врачебных кадров для республики имело открытие в 1966 г. медицинского факультета при Кабардино-Балкарском государственном университете, а также их подготовка на педиатрическом факультете Северо-Осетинского медицинского института. Показатель обеспеченности педиатрами в республике составил в 1990 г. 22,8 на 10 тыс. детского населения (в РФ — 24,5). Введение должностей неонатологов в родильных учреждениях позволило улучшить показатели выхаживания детей с патологией новорожденных. В республике в 1990 г. работал 31 неонатолог. Кардиоревматологи в стационаре и поликлиниках с 1989 г. впервые стали оказывать медицинскую помощь детям с сердечно-сосудистой и ревматической патологией.

Основным контингентом, требующим приоритетного внимания участковых педиатров, являлись грудные дети 1—2 лет жизни. Вместе с тем в структуре младенческой смертности все годы на первом месте оставались болезни перинатального периода. Из причин смертности болезни новорожденных составляли 38,5%, врожденные аномалии — 19,1%, болезни органов дыхания — 17%. Несмотря на некоторое снижение показателя перинатальной смертности с 15,2 в 1983 г. до 13,3 на 1 тыс. родившихся живыми и мертвыми в 1990 г., он оставался высоким. Показатель младенческой смертности составил 12,4‰ (в РФ — 17,4‰). Структура младенческой смертности, ранняя неонатальная смертность, особенно среди недоношенных детей, свидетельствовали об имеющихся недостатках в медицинском обслуживании беременных женщин и новорожденных, которые не позволяли улучшить региональные и общероссийские показатели младенческой смертности [6].

Ведущим направлением деятельности детской поликлиники оставалась профилактическая работа с детьми, активная диспансерная работа проводилась среди подростков в возрасте 15—17 лет, в том числе юношей. Особое внимание уделялось диспансерной работе среди юношей призывного возраста.

Развитие детского здравоохранения в Кабардино-Балкарии в 1980—1990-е годы было направлено на решение проблемы доступности и улучшения качества лечебно-профилактической помощи детям. В республике разрабатывались комплексные программы по улучшению положения детей на основе президентской программы «Дети России». Однако в 90-е годы XX столетия, особенно в 1991—1992, 1995 и 1998 гг., в связи с резким ухудшением экономическо-

го положения на Северном Кавказе, как и в целом по стране, медицинская помощь детям претерпела негативные изменения. Ситуация усугублялась геополитической обстановкой в регионе, связанной с межнациональными военными конфликтами и интенсивными миграционными процессами, усугублявшими демографическую ситуацию и заметно снизившими показатели детского здравоохранения в Кабардино-Балкарии. В начале 1990-х годов в Кабардино-Балкарии имелась одна республиканская детская больница на 420 коек со специализированными отделениями по 19 профилям. Около 50% больных, получавших лечение в больнице, составляли дети из сельских районов. В дальнейшем динамика развития коечного фонда в детских стационарах в связи с общероссийскими тенденциями характеризовалась сокращением. В связи с реструктуризацией коечного фонда в республике произошло сокращение общего числа соматических коек с 503 до 345, коек для недоношенных детей — со 100 до 60, а для грудных детей — с 220 до 50. Процесс сокращения коечного фонда затронул и специализированные койки. Неосновательно были сокращены туберкулезные койки. К концу 1990-х годов заметно снизился уровень госпитализации практически на все детские койки. Вырос показатель младенческой смертности до 14,2‰ (в РФ — 14,7‰). Сложившаяся в социально-экономических и геополитических условиях конца XX в. система охраны здоровья детей в Кабардино-Балкарии и в начале XXI в. требовала проведения более активных медицинских и государственных мероприятий медико-социального и организационного характера с выделением наиболее приоритетных задач. Эффективность решения этих задач давала возможность существенно повысить качество медицинской помощи детскому населению и улучшить основные показатели здоровья детей в республике.

### Заключение

Развитие детского здравоохранения в Кабардино-Балкарии в XX в. на всех этапах связано с развитием системы охраны здоровья детей в России. С первых дней советской власти в борьбе с детской смертностью и охране здоровья матери и ребенка выразилась профилактическая и социально-гигиеническая ее направленность. В довоенный период в Кабарде была почти заново создана сеть детских медицинских учреждений в городе и на селе под руководством местных органов здравоохранения по охране материнства, младенчества и детства. Развитие детского здравоохранения во время войны (1941—1945 гг.) характеризовалось увеличением нагрузки на медицинские учреждения, проведением экстренных мероприятий под руководством Детского сектора и Совета лечебно-профилактической помощи детям. В послевоенные годы основное внимание органов здравоохранения было направлено на обеспечение доступности медицинской помощи детям. С открытием в 1966 г. медицинского факультета Кабардино-Балкарского университета решалась проблема острого дефицита педиатрических кадров. Особое

<sup>5</sup> ГАРФ. Ф. 482. Оп. 56. Д. 5712. Л. 55.

внимание уделялось усилению профилактической работы среди детей и подростков (вакцинация, противотуберкулезные, противозобные мероприятия, организация детских санаториев).

Динамика развития детского здравоохранения с середины 1960-х и до конца 1980-х годов имела выраженный экстенсивный характер и отмечалась наращиванием коечной сети и медицинских кадров. Вместе с тем структура младенческой смертности свидетельствовала об имеющихся недостатках в медицинском обслуживании новорожденных, которые не позволяли улучшить показатели детского здравоохранения. Медленно снижалась младенческая смертность.

В последнее десятилетие XX в. создавались основы современной службы охраны здоровья детей. Однако в связи с ухудшением социально-экономического положения в стране и регионе медицинская помощь детям претерпела негативные изменения, которые сказались на ее показателях. На рубеже веков система охраны здоровья детей в Кабардино-Балкарии требовала проведения более активных медицинских и государственных мероприятий медико-социального и организационного характера с выделением наиболее приоритетных задач.

Исследование не имело спонсорской поддержки.  
Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Чичерин Л. П. Организация педиатрической помощи: история и современность. *Бюллетень Национального НИИ общественного здоровья им. Н. А. Семашко*. 1997;(1):64—7.

2. Шогенова В. Ш. Здравоохранение Кабардино-Балкарии. Нальчик; 1966.
3. Аликова З. Р., Анаева Л. А., Фидарова К. К. Профилактическое направление в области охраны здоровья детей: исторические приоритеты. Материалы международного симпозиума «Актуальные вопросы истории медицины и здравоохранения». *Бюллетень Национального НИИ общественного здоровья им. Н. А. Семашко*. 2017;(1):13—5.
4. Аликова З. Р., Анаева Л. А., Фидарова К. К., Козырева Ф. У. Приоритетные направления охраны здоровья детей в условиях региона в годы Великой Отечественной войны. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2018; 26(2):61—5.
5. Веров М. Л., Белгороков Х. Ш. Во имя здоровья человека. В кн.: Кабардино-Балкария под знаменем Великого Октября. Нальчик; 1977;196—215.

Поступила 21.08.2018  
Принята в печать 29.11.2018

#### REFERENCES

1. Chicherin L. P. Organization of pediatric care: history and modernity. *Bulleten Nationalnogo NII obshchestvennogo zdorovya im. N. A. Semashko*. 1997;(1):64—7 (in Russian).
2. Shogenova V.Sh. Health of Kabardino-Balkaria [*Zdravookhraninie Kabardino-Balkarii*]. Nalchik; 1966 (in Russian).
3. Alikova Z. R., Anaeva L. A., Fidarova K. K. Preventive direction in the field of children's health: historical priorities. Materials of the international symposium «Actual questions of the history of medicine and public health», November, 2017. *Bulleten Nationalnogo NII obshchestvennogo zdorovya im. N. A. Semashko*. 2017;(1):13—5 (in Russian).
4. Alikova Z. R., Anaeva L. A., Fidarova K. K., Kozyreva F. U. Priority directions of children's health in the conditions of the region during the Great Patriotic War. *Problemy sotsialnoi gigieny, zdravookhraneniya I istorii meditsiny*. 2018;26(2):61—5 (in Russian).
5. Verov M. L., Belgorokov H.Sh. In the name of human health. In: Kabardino-Balkaria under the banner of the Great October Revolution [*Kabardino-Balkariya pod znamenem Velikogo Oktyabrya*]. Nalchik; 1977;196—215 (in Russian).

**Андриянова Е. А., Завьялов А. И., Райкова С. В., Суворов В. В.**

## **ВКЛАД МЕДИЦИНСКИХ ОБЩЕСТВ И ЗЕМСКИХ ВРАЧЕЙ В РАЗВИТИЕ САНИТАРНОГО ДЕЛА В САРАТОВСКОЙ ГУБЕРНИИ ВО ВТОРОЙ ПОЛОВИНЕ XIX — НАЧАЛЕ XX ВЕКА**

ФГБОУ ВО «Саратовский государственный медицинский университет им. В. И. Разумовского» Минздрава России, 410012, г. Саратов

*В статье представлены становление санитарного дела в Саратовской губернии, роль медицинской общности, земского санитарного бюро в борьбе с эпидемиями в XIX — начале XX в.*

*Ключевые слова:* эпидемии; земская медицина; санитарное дело; медицинские общества.

**Для цитирования:** Андриянова Е. А., Завьялов А. И., Райкова С. В., Суворов В. В. Вклад медицинских обществ и земских врачей в развитие санитарного дела в Саратовской губернии во второй половине XIX — начале XX века. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2019;27(1):83—88. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2019-27-1-83-88>

**Для корреспонденции:** Завьялов Аркадий Иванович, д-р мед. наук, профессор кафедры общественного здоровья и здравоохранения с курсами правоведения и истории медицины, e-mail: [ark.zavyalov@yandex.ru](mailto:ark.zavyalov@yandex.ru)

*Andriyanova E. A., Zavalov A. I., Raikova S. V., Suvorov V. V.*

## **THE INPUT OF MEDICAL SOCIETIES AND ZEMSTVO PHYSICIANS INTO DEVELOPMENT OF SANITARY BUSINESS IN THE SARATOV GUBERNIA IN THE SECOND HALF OF XIX — BEGINNING OF XX CENTURIES**

The Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The V.I Razumovsky Saratov State Medical University” of Minzdrav of Russia, 410012, Saratov, Russia

*The article presents review of becoming of sanitary business in the Saratov Gubernia, the role of medical community, Zemstvo sanitary bureau in struggling epidemics in XIX — early XX centuries.*

*Keywords:* epidemics; Zemstvo medicine; sanitary business; medical societies.

**For citation:** Andriyanova E. A., Zavalov A. I., Raikova S. V., Suvorov V. V. The input of medical societies and Zemstvo physicians into development of sanitary business in the Saratov gubernia in the second half of XIX — beginning of XX centuries. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2019;27(1):83—88 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2019-27-1-83-88>

**For correspondence:** Zavalov A. I., doctor of medical sciences, professor of the Chair of Public Health and Health Care with the Courses of Jurisprudence and History of Medicine of the Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The V. I. Razumovsky Saratov State Medical University”. e-mail: [ark.zavyalov@yandex.ru](mailto:ark.zavyalov@yandex.ru)

**Conflict of interests.** The authors declare absence of conflict of interests.

**Acknowledgment.** The study had no sponsor support

Received 15.03.2017  
Accepted 10.10.2017

В Саратовской губернии борьба с эпидемиями в разные исторические периоды базировалась на реализации земством и медицинскими обществами жестких профилактических мероприятий.

Основным занятием населения Саратовской губернии являлось сельское хозяйство, приобретающее со второй половины XIX в. торговый характер. Население Саратовской губернии в начале XX в. достигало 3,3 млн, из них 82% составляло сельское население<sup>1</sup>.

В большинстве крупных населенных пунктов губернии отсутствовали канализация и водопровод. Даже в Саратове, за исключением центра, водоснабжение осуществлялось из 7 водозаборных будок, основное население предпочитало покупать воду у частных торговцев, которые привозили ее в бочках из Волги. Это способствовало возникновению кишечных инфекций. Так, только на протяжении XIX столетия в Саратовской губернии было 5 холерных эпидемий, жертвами которых стала 1/3 населения.

В истории развития медицины и санитарного дела в Саратовской губернии в XIX — начале XX в. условно можно выделить несколько наиболее значимых этапов.

*Первый этап* приходится на первую половину XIX в. и характеризуется недостаточно развитой системой оказания медицинской помощи жителям региона и отсутствием санитарной службы. В 1814 г. в Саратове было 7 врачей, а численность населения города составляла 15 тыс. человек. На огромной территории губернии работали лишь 11 врачей. Так, в Вольском и Хвалынском уездах был только один врач, находившийся в г. Вольске.

Эпидемии холеры свирепствовали на территории Саратовской губернии в 1830 и 1848 гг., а проводимые властями мероприятия (карантины) были недостаточно эффективными. Важную роль в борьбе с эпидемией холеры в Поволжье в 1830 г. сыграл профессор Императорского Московского университета М. Я. Мудров, предложивший способы ее профилактики и лечения.

*Второй этап (1866—1889)* ознаменован интенсивным развитием медицины и санитарного дела в Саратовской губернии, что обусловлено введением в

<sup>1</sup> История Саратовского края с древнейших времен до наших дней. Саратов: ООО «Приволжское издательство»; 2008.

1864 г. «Положения о губернских и земских учреждениях». До 1890-х годов уездная земская медицина Саратовской губернии сохраняла ряд недостатков дореформенного времени: ощущался дефицит квалифицированных специалистов, в большинстве уездных земств действовала разъездная система медицинского обслуживания населения.

9 сентября 1877 г. по инициативе врачей С. В. Крушевского, Ю. И. Гальперна и А. М. Будкевича создано Саратовское санитарное общество, одной из основных задач которого стало содействие сохранению здоровья и улучшению санитарных условий жителей губернии. С самого начала работы на заседаниях общества в центре внимания были вопросы организации борьбы с эпидемиями.

Первая серьезная эпидемия сыпного тифа в земский период возникла в губернии в 1878—1880 гг., но благодаря энергичным мерам, принятым старшим врачом губернской земской больницы Э. К. Розенталем и медицинской общественностью, она не получила столь широкого распространения и быстро пошла на спад [1, 2].

Губернская врачебная управа использовала опыт работы врачебно-санитарного совета Пермского земства и предприняла попытку организации врачебно-санитарных советов и попечительств, состоявших из представителей местного населения. Несмотря на их помощь в борьбе с эпидемиями, земские врачи были не в состоянии решить все возникающие перед ними задачи. Для этого требовалось создание единого координирующего губернского органа, которого в тот период еще не было. В декабре 1888 г. Губернское земское собрание приняло постановление о создании санитарно-статистического отделения (санитарного бюро), основной целью которого являлось «постоянное наблюдение за состоянием здоровья населения, изыскание мер к его улучшению и обеспечению населения надлежащей врачебной помощью». В связи с этим планировалось в каждом уезде организовать коллегиальный орган — уездный санитарный совет<sup>2</sup>.

*Третий этап (1889—1903)* связан с учреждением в январе 1889 г. Саратовской губернской земской управой санитарного бюро, которое возглавил первый земский санитарный врач России И. И. Моллесон. Первоначально в нем работали два санитарных врача. В дальнейшем во время следующих одна за другой эпидемий холеры, сыпного тифа, дифтерии в начале 1890-х годов при губернской земской управе была создана санитарно-исполнительная комиссия. Она осуществляла свою деятельность под председательством городского головы и председателей уездных земских управ с приглашением уездных, городских и других врачей для разработки противоэпидемических мероприятий. Санитарно-исполнительная комиссия наделялась достаточно широкими полномочиями: осуществляла руководство и контроль за всеми проводимыми санитарно-противоэпидемиче-

скими мероприятиями и имела право дополнять смету расходов в соответствии с масштабами распространения эпидемии<sup>3</sup>. В каждом уезде были также организованы уездные санитарно-исполнительные комиссии, а при всех врачебных участках — их местные отделения.

За 7 лет работы И. И. Моллесона в должности заведующего санитарном бюро были проведены два очередных (1889, 1890) и три экстренных губернских съезда земских врачей и представителей земств, где были обсуждены вопросы санитарного состояния в губернии, меры профилактики и борьбы с эпидемиями. Губернское земство, понимая важность съездов земских врачей, приняло решение о постоянной их организации [3].

И. И. Моллесон приложил немало усилий по расширению сети врачебных участков, ведению медицинской статистики и изданию специального бюллетеня «Саратовский санитарный обзор», в котором освещалась деятельность земских врачей, содержались сведения о санитарном состоянии в уездах губернии, печатались научные обзоры [4].

С целью координации в проведении санитарно-противоэпидемиологических мероприятий, направленных на предупреждение распространения инфекции и их профилактику, организовывались специальные (экстренные) съезды врачей. В период со 2 по 4 июня 1892 г. работал съезд по вопросу борьбы с сыпным тифом и цингой, 25 июня 1892 г. — по вопросу борьбы с азиатской холерой, 12 января 1894 г. — о мерах борьбы с дифтерией и мероприятиях по ее профилактике [5—7].

В 1891—1893 гг. Саратовскую губернию охватила очередная эпидемия сыпного тифа. Старший врач Александровской губернской земской больницы Э. К. Розенталь, имевший большой опыт работы с сыпнотифозными больными, предложил ряд мер для своевременного сдерживания эпидемии. Они состояли в увеличении числа санитарных врачей, организации штата санитарной полиции для обхода жилищ и своевременного выявления больных, создании специальной больницы для данной категории пациентов. Однако городская дума ограничилась лишь увеличением числа коек в городской земской больнице. В 1892 г. на одном из заседаний общества санитарных врачей вопрос об эпидемии тифа занял центральное место. С докладом «Сыпной тиф в Саратове с санитарной точки зрения» выступил санитарный врач И. В. Александровский. По результатам обсуждения этого вопроса городская дума и Благотворительный комитет выделили денежные средства для открытия временной тифозной больницы и двух санаториев для выздоравливающих, заведовать которыми назначили членов общества — санитарных врачей Е. А. Коносова и С. А. Марковского [8].

В июне 1892 г. состоялся экстренный съезд врачей и представителей земств Саратовской губернии по вопросу о борьбе с сыпным тифом и цингой, на котором было отмечено, что причиной развития сып-

<sup>2</sup> Государственный архив Саратовской области (ГАСО). Ф. 1191. Оп. 1. Ед. хр. 2.

<sup>3</sup> ГАСО. Ф. 5. Оп. 1. Д. 926. Л. 10, 10об.

История медицины

ного тифа являются заносы заболевания из соседних неблагополучных по тифу губерний пришлыми рабочими. Съезд принял решение о назначении двух санитарных врачей для работы в восточной и западной частях губернии. Кроме того, в каждом уезде рекомендовалось создать дезинфекционный отряд. Было решено обратиться к администрации Астраханской губернии с просьбой об открытии во время навигации на окраинах приволжских городов специальных барачков, где могли бы осуществляться медицинские осмотры неимущего пришлого люда. При этом требовалось и увеличение штата медицинских работников.

Трудно переоценить усилия врачей и санитарно-гигиенического бюро в борьбе с эпидемией сыпного тифа. В селах во время эпидемий врачи закрывали приходские школы, в домах, где находились больные, проводили дезинфекцию хлором и сулемой. Земские санитарные врачи проводили беседы с крестьянами об уходе за больными и основах гигиены [5].

Весомый вклад в борьбу с эпидемией сыпного тифа внесло Физико-медицинское общество, где на заседаниях неоднократно обсуждались вопросы увеличения количества коек для больных за счет строительства временных инфекционных барачков на территории больниц города, а также вопросы организации санитарно-бактериологической лаборатории, дезинфекционной станции и изолятора. В результате были открыты две новые амбулатории и увеличен коечный фонд для больных с инфекционной патологией до 600 мест [9].

В 1892—1893 гг. в Саратовской губернии распространилась эпидемия холеры. В течение предшествующих 2 лет было известно, что холера охватила соседнюю Персию, Кавказ и южные районы страны. Когда болезнь уже вплотную подошла к территории России, был принят ряд мер для предупреждения ее распространения. Так, 3 июня 1892 г. Медицинским советом был разработан, а министром внутренних дел утвержден план мероприятий по организации и проведению в губернских и уездных городах обязательных профилактических мер, направленных на предупреждение распространения инфекции. В этот период санитарно-исполнительная комиссия в Саратовской губернии под руководством председателя губернской врачебной управы А. Н. Безобразова наделалась широкими полномочиями: осуществляла руководство и контролировала все проводимые противохолерные мероприятия, имела право изменять и дополнять смету расходов в соответствии с масштабами распространения эпидемии. Вести дело-производство санитарно-исполнительной комиссии было поручено заведующему губернским санитарным бюро И. И. Моллесону. В каждом уезде были организованы уездные санитарно-исполнительные комиссии, а при всех участковых врачах — местные отделения этих комиссий<sup>4</sup>.

В борьбе с эпидемией холеры уделялось внимание проведению санитарно-противоэпидемических

мероприятий. В соответствии с циркуляром губернатора на земских начальников, городских глав совместно с полицейскими органами была возложена обязанность содержания в чистоте улиц, площадей, отхожих мест, лавок, всех промышленных заведений. Источники питьевой воды должны были содержаться в чистоте, забой скота в пределах населенного пункта запрещался. Для усиления контроля из почетных обывателей были назначены особые санитарные попечители. В уездах волостное правление обязано было сообщать о каждом подозрительном случае заболевания или смерти врачебному отделению, полицейскому управлению и участковому врачу, который должен был прибыть на место для принятия соответствующих мер. До прибытия врача представителями волостного правления предписывалось изолировать больного, не допускать попадания рвотных масс и испражнений в источник питьевой воды.

Первый случай заболевания холерой в Саратове был выявлен 9 июня 1892 г., однако официально появление холеры в городе было признано лишь через неделю. К этому времени было зарегистрировано более 40 больных. Заболевание характеризовалось необычайно быстрым распространением, скоротечностью и высоким процентом смертности.

В связи с этим 25 июня 1892 г. в Саратове состоялся специальный съезд земских врачей — представителей земств Саратовской губернии по вопросу о борьбе с холерой, на котором были представлены предложения и смета затрат для рассмотрения комиссии и дальнейшего утверждения ее на Губернском земском собрании. В экстренном порядке в губернии создавались 24 береговых санитарных отряда и 38 внутри уездов по основным трактам и линиям железных дорог. Одновременно организуется еще 40 мобильных санитарных отрядов, обеспеченных медикаментами и дезинфицирующими средствами. На всех пароходах и поездах обустроивались специальные холерные каюты и вагоны с медицинским персоналом. С целью усиления медицинского персонала в губернию приглашаются дополнительно 100 врачей, студентов-медиков последних курсов университета и ротных фельдшеров. В качестве сестер милосердия привлекались монахини и другие «интеллигентные лица»<sup>5</sup>. Санитарно-исполнительной комиссией для сбора точных статистических данных врачам разослан циркуляр от 25 августа 1892 г., содержащий просьбу изложить все сведения по течению холерной эпидемии. Через год данные, присланные врачами, были обработаны. Несмотря на то что только  $\frac{1}{4}$  врачей прислали свои доклады, данные имели значительную ценность, поскольку в них содержалось подробное описание географических особенностей сел и городов, в которых они работали, источники водоснабжения. Земскими врачами была выявлена четкая взаимосвязь источника питьевой воды и больных холерой, что позволяло определить источник эпидемии в селах. В отчетах

<sup>4</sup> ГАСО. Ф. 4. Оп. 1. Д. 815.

<sup>5</sup> ГАСО. Ф. 5. Оп. 1. Д. 1157. Л. 8, 9.

была дана характеристика всех лечебных и дезинфекционных мероприятий. Было описано отношение населения к проводимым профилактическим мероприятиям: сначала недоверие, особенно со стороны староверов и мусульман, а по мере разъяснения наступало взаимопонимание и доверие. Полученные данные имели большое значение для проведения своевременных противоэпидемических мероприятий и заложили основу медико-санитарной статистики в губернии. Несмотря на все проводимые лечебные и противоэпидемические мероприятия, во время эпидемии 1892 г. в Саратовской губернии число заболевших холерой составило 40 тыс., из которых умерли около 15 тыс. (37,4%) [10].

Болезнь чаще поражала села, расположенные рядом с водными артериями губернии, в то время как населенные пункты, отстоящие от реки на некотором расстоянии, оставались нетронутыми. Резкое снижение уровня заболеваемости холерой в Саратове началось с 8 августа 1892 г., а в уездах губернии — в начале сентября, благодаря снижению температуры воды в водоемах и проведению своевременных и энергичных противоэпидемических мероприятий.

В связи с опасностью возможного повторения эпидемии холеры в будущем с 4 по 9 декабря 1892 г. в Саратове был проведен очередной экстренный съезд врачей и представителей земств, где были выработаны детальные инструкции по организации постоянного санитарного органа в губернии — **санитарно-исполнительной комиссии**<sup>6</sup>.

В начале 90-х годов XIX в. наряду с эпидемиями холеры и сыпного тифа в Саратовской губернии возникла эпидемия дифтерии, что потребовало от земства принятия экстренных мер по борьбе с ней. Первые сведения о заболевших дифтерией были опубликованы в 1891 г. в газете «Саратовский листок». В связи с угрозой надвигающейся эпидемии заведующий санитарным бюро И. И. Моллесон заявлял, что «земству и врачам пора немедля и теперь же обратить серьезное внимание на развитие дифтерита, пока еще есть время, и опасность не приняла грозных размеров» [3].

По данным Саратовской губернской земской управы, только за 1891—1894 гг. количество больных дифтерией по сравнению с 1890 г. увеличилось более чем в 10 раз, при этом летальность составляла не менее 70%<sup>7</sup>. Но крупномасштабная работа губернской врачебной управы, направленная на профилактику и борьбу с эпидемией дифтерии, началась лишь спустя 3 года. Так, в январе 1894 г. в Саратове состоялся специальный губернский съезд земских врачей, посвященный вопросу борьбы с дифтерией и мерам по ее профилактике и лечению. По завершении его работы развернулась активная деятельность губернского земства, врачей и медицинских обществ по приобретению оборудования и созданию соб-

ственной станции для производства кровяной антитоксической сыворотки. В связи с недостаточным объемом поступления сыворотки для проведения прививок против дифтерии член общества граф А. Д. Нессельроде обратился к принцу А. П. Ольденбургскому с просьбой разрешить Саратовскому земству иметь своих лошадей в собственной конюшне при Императорском институте экспериментальной медицины для получения сыворотки, на что было дано его согласие. Одновременно с аналогичной просьбой обратился И. И. Моллесон в Императорский Казанский университет к проф. Н. Ф. Высоцкому, который организовал собственное производство сыворотки для нужд Саратовской губернии.

В 1894 г. Саратовское губернское земское собрание выделило 8 тыс. руб. на закупку противодифтерийной сыворотки. Проведение профилактических прививок детям в течение 1895—1897 гг. привело к значительному снижению числа заболевших дифтерией. Накопленный земскими врачами опыт по организации борьбы с этой инфекцией был успешно использован позже во время ликвидации других инфекционных заболеваний, периодически возникавших в Поволжье в начале XX столетия. Кроме того, в этот период проводились карантинные мероприятия, дезинфекция помещений и одежды больных, открытие временных барачков и лечебниц для размещения инфекционных больных, создавались санитарные отряды [3, 11].

Главным итогом деятельности земской санитарной организации за первые 7 лет под руководством И. И. Моллесона стало создание санитарно-врачебных советов, введение санитарных врачей в уездах, организация и проведение прививок против оспы и дифтерии, внедрение в работу земских врачей санитарной статистики.

Во второй половине 1890-х годов в Саратовской губернии установилась относительно благополучная эпидемиологическая ситуация. В этот период между И. И. Моллесоном и председателем губернского земства В. В. Крубером часто возникали конфликты, что послужило основанием в 1896 г. для ликвидации санитарного бюро.

В марте 1897 г. И. И. Моллесон подает губернатору прошение об отставке, а уже 15 апреля он оставляет службу в Саратовской губернии и переходит в Тамбовское земство<sup>8</sup>.

До 1903 г. санитарная организация в губернии отсутствовала, хотя вопрос о необходимости возобновления ее деятельности неоднократно поднимался на губернском земском собрании<sup>9</sup>.

*Четвертый этап* приходится на период 1903—1914 гг. и связан с возникновением новой волны эпидемий, охвативших Саратовскую губернию в начале XX столетия. В связи с этим в 1902 г. губернской земской управой на должность заведующего санитарным бюро (отделение народного здравия) был

<sup>6</sup> Экстренный съезд врачей и представителей земств Саратовской губернии 4—9 декабря 1892 г.: О мероприятиях на случай возобновления холеры в 1893 г. Саратов; 1892.

<sup>7</sup> ГАСО. Ф. 770. Оп. 1. Д. 174.

<sup>8</sup> ГАСО, Ф. 1. Оп. 1. Д. 5628.

<sup>9</sup> Журналы 34-го очередного Саратовского губернского земского собрания. Саратов; 1900; 56—7.

## История медицины

приглашен видный санитарный врач России Н. И. Тезяков, который до этого времени работал в Воронежском земстве [12].

После восстановления деятельности санитарной организации в 1903 г. возобновилось и проведение губернских съездов земских врачей под руководством Н. И. Тезякова<sup>10</sup>.

Очередная эпидемия сыпного тифа развилась в губернии в 1903—1905 гг., ежегодно регистрировалось более 500 случаев заболевания. Сильнее пострадали северные уезды губернии: Сердобский, Петровский, Кузнецкий. В последующие 2 года отмечено резкое снижение заболеваемости, а в 1908 г. вновь регистрируется 554 случая. Наибольшее число заболевших отмечалось в Саратовском, Царицынском и Сердобском уездах.

В неурожайные 1909 и 1910 гг. губерния пережила уже эпидемию «голодного» тифа. Уровень заболеваемости неуклонно возрастал: в 1909 г. он составлял 2510 случаев, в 1910 г. — 3021. В начале 1909 г. саратовским земством были выделены средства для организации лечебно-питательных пунктов с целью предупреждения тифозных и других заболеваний, связанных с голодом. Земским врачам наряду с лечебно-профилактической работой вменялось в обязанность оказание помощи в организации питания. В связи с этим в губернии увеличивают медицинский персонал на 72 человека. Всего за первые 8 мес 1909 г. продовольственная помощь была оказана в 130 населенных пунктах губернии (7474 нуждающимся). По данным статистических отчетов, 70,3% всех сыпнотифозных больных получили улучшенное питание [13].

К 1910 г. во всех уездах Саратовской губернии были введены должности санитарных врачей. Фактически с этого времени под руководством Н. И. Тезякова началась планомерная и широкомасштабная деятельность санитарной службы. Земские врачи активно участвовали в работе по проведению вакцинации детей против оспы и дифтерии, в организации противочумной лаборатории в Царицыне, временных врачебных участков по борьбе с чумой, в оказании продовольственной и лечебно-питательной помощи населению в годы неурожая. Особое место в деятельности санитарного бюро занимали вопросы изучения состояния водоснабжения как источника кишечных инфекций во всех уездах. По окончании этой работы под руководством Н. И. Тезякова было построено около 30 сельских самотечных водопроводов. Это достижение в деятельности санитарных врачей для того времени было исключительным.

*Пятый этап* в организации борьбы с эпидемиями приходится на период Первой мировой войны. За это время резко возросла заболеваемость сыпным тифом. По данным саратовского отделения народного здоровья, число сыпнотифозных больных, зарегистрированных в губернии, составило в 1914 г. 2468, в 1915 г. — 3456, в 1916 г. — 7945. Поэтому медицин-

ская общественность постоянно ходатайствовала перед городскими властями Саратова об увеличении числа коек для инфекционных больных.

Распространение эпидемий в значительной степени было обусловлено ростом числа беженцев и военнопленных. Поселение пленных турок в соседней Самарской губернии привело к развитию эпидемии сыпного тифа в 1915 г. Изоляционно-пропускные пункты не справлялись с поставленной задачей. В разгар Первой мировой войны эпидемия сыпного тифа стала носить угрожающий характер, заставив городскую власть и губернское земство принять ряд действенных мер по борьбе с инфекцией: госпитализацию больных, проведение дезинсекции и санобработки и улучшение санитарно-гигиенических условий для жителей города.

Для проведения дезинфекционных мероприятий все уезды Саратовской губернии были снабжены дезинфекционными камерами (всего 60), а в очагах сыпного тифа открывались бани. Благодаря усилиям врачей и медицинских сестер через открывшиеся бани для беженцев в Саратове только за 1916 г. прошло более 60 тыс. человек [14].

## Заключение

Опыт Саратовской губернии свидетельствует о том, что существенный прорыв в оказании медицинской помощи и развитии санитарного дела был сделан с введением земской медицины и увеличением числа подготовленных квалифицированных медицинских кадров. Разработанные врачами в земский период методы санитарной статистики, лечебной и санитарно-профилактической работы легли в дальнейшем в основу системы отечественного здравоохранения XX в.

Исследование не имело спонсорской поддержки.  
Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Райкова С. В., Завьялов А. И., Луцевич И. Н., Мясникова И. В. Научно-практический вклад общества санитарных врачей в развитие здравоохранения и становление санитарной службы в Саратовской губернии в конце XIX — начале XX века. *Саратовский научно-медицинский журнал*. 2011;7(1):176—81.
2. Райкова С. В., Завьялов А. И. О борьбе с эпидемиями сыпного тифа в Саратовской губернии в конце XIX — начале XX в. *Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья*. 2011;3(1):143—7.
3. Райкова С. В., Мясникова И. В., Завьялов А. И. Вклад И. И. Моллесона в становление и развитие санитарной службы в Саратовской губернии. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2013;4(4):52—4.
4. Моллесон И. И. Основные задачи общественного санитарного печатного органа. *Саратовский санитарный обзор*. 1891;(1,2):16.
5. Экстренный съезд врачей и представителей земств Саратовской губернии 2—4 июня 1892 г. По вопросу о борьбе с сыпным тифом и цингой. Саратов; 1892.
6. Экстренный съезд врачей и представителей земств Саратовской губернии 25 июня 1892 г. По вопросу о борьбе с азиатской холерой. Саратов; 1892.
7. Экстренный съезд врачей и представителей земств Саратовской губернии 12 января 1894 г. О мерах борьбы с дифтерией и мероприятиях по ее профилактике. Саратов; 1894.
8. Александровский И. В. Сыпной тиф в Саратове с санитарной точки зрения. *Саратовский санитарный обзор*. 1893;(2):148—54.
9. Попков В. М., Завьялов А. И., Луцевич И. Н., Мясникова И. В., Райкова С. В. Вклад физико-медицинского общества в развитие

<sup>10</sup> Труды VIII губернского съезда земских врачей и председателей земских управ Саратовской губернии. Саратов; 1903—1904.

- здравоохранения и медицинского образования в Саратовской губернии (к 150-летию со дня основания). *Саратовский научно-медицинский журнал*. 2010;6(3):730—7.
10. Общий очерк деятельности Саратовских санитарных врачей с мая 1886 г. по январь 1893 г. *Саратовский санитарный обзор*. 1894;17:648—9.
  11. Райкова С. В., Завьялов А. И., Мясникова И. В. Роль земских врачей в борьбе с эпидемиями дифтерии в Саратовской губернии в конце XIX века. В кн.: Материалы Международного симпозиума «Традиции и новаторство в истории отечественной медицины». М.; 2010;64—6.
  12. Завьялов А. И. Научно-практический вклад земского санитарного врача Н. И. Тезякова в развитие санитарной службы в Саратовской губернии. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2011;(2):61—3.
  13. Тезяков Н. И. Краткий отчет о лечебно-питательной помощи в Саратовской губернии, в связи тифозными и цинготными заболеваниями на первую половину 1909 г. Саратов; 1910;(1,2);14—5.
  14. Райкова С. В., Завьялов А. И. Сыпной тиф среди военнослужащих и мирного населения Поволжья в годы первой мировой войны. *Военно-медицинский журнал*. 2013;(7):56—61.
- Поступила 15.03.2017  
Принята в печать 10.10.2017
- #### REFERENCES
1. Raykova S. V., Zav'yalov A. I., Lutsevich I. N., Myasnikova I. V. Scientific and practical contribution of the society of sanitary doctors to the development of public health and the establishment of the sanitary service in Saratov province at the end of the 19th and beginning of the 20th century. *Saratovskiy nauchno-meditsinskiy zhurnal*. 2011; 7(1):176—81 (in Russian).
  2. Raykova S. V., Zav'yalov A. I. On the control of epidemics of typhus in Saratov province in the late nineteenth and early twentieth century. *Byulleten' Natsional'nogo nauchno-issledovatel'skogo instituta obshchestvennogo zdorov'ya*. 2011;(3):143—7 (in Russian).
  3. Raykova S. V., Myasnikova I. V., Zav'yalov A. I. Contribution II. Molleson in the formation and development of the sanitary service in the Saratov Guberniya. *Problemy sotsial'noy gigieny, zdavoookhraneniya i istorii meditsiny*. 2013;(4):52—4 (in Russian).
  4. Molleson I. I. The main tasks of the public sanitary press organ. *Saratovskiy sanitarnyy obzor*. 1891;(1,2):16 (in Russian).
  5. Emergency congress of doctors and representatives of zemstvos of Saratov province June 2—4, 1892. On the issue of fighting typhus and scurvy [*Ekstrennyi s'ezd vrachei I predstavitelei zemstvo Saratovskoi gubernii 2—4 iyunya 1892 g.*]. Saratov; 1892 (in Russian).
  6. Emergency congress of doctors and representatives of the Zemstvos of the Saratov Guberniya June 25, 1892: On the issue of fighting with Asian cholera [*Ekstrennyi s'ezd vrachei I predstavitelei zemstva Saratovskoi gubernii 25 iyuniy 1892 g.*]. Saratov; 1892 (in Russian).
  7. Emergency congress of doctors and representatives of zemstvos of the Saratov province on January 12, 1894: On measures to combat diphtheria and measures for its prevention [*Ekstrennyi s'ezd vrachei I predstavitelei zemstva Saratovskoi gubernii 12 yanvarya 1894 g.*]. Saratov; 1894 (in Russian).
  8. Aleksandrovskiy I. V. Typhus fever in Saratov from a sanitary point of view. *Saratovskiy sanitarnyy obzor*. 1893;(2):148—54 (in Russian).
  9. Popkov V. M., Zav'yalov A. I., Lutsevich I. N., Myasnikova I. V., Raykova S. V. The contribution of the physico-medical society to the development of public health and medical education in Saratov province (to the 150th anniversary of the foundation). *Saratovskiy nauchno-meditsinskiy zhurnal*. 2010;6(3):730—7 (in Russian).
  10. A general outline of the activities of Saratov Sanitary Physicians from May 1886 to January 1893. *Saratovskiy sanitarnyy obzor*. 1894;17: 648—9 (in Russian).
  11. Raykova S. V., Zav'yalov A. I., Myasnikova I. V. The role of zemstvo doctors in the fight against epidemics of diphtheria in Saratov province at the end of the nineteenth century [*Materialy Mezhdunarodnogo simpoziuma «Traditsii i novatorstvo v istorii otechestvennoy meditsiny»*]. Moscow; 2010;64—6 (in Russian).
  12. Zav'yalov A. I. The scientific and practical contribution of Zemsky sanitary doctor N. I. Tezyakov in the development of the sanitary service in Saratov province. *Problemy sotsial'noy gigieny, zdavoookhraneniya i istorii meditsiny*. 2011;(2):61—3 (in Russian).
  13. Tezyakov N. I. A brief report on the therapeutic and nutritional care in Saratov province, in connection with typhoid and scurvy diseases for the first half of 1909. Saratov; 1910;(1,2):14—5 (in Russian).
  14. Raykova S. V., Zav'yalov A. I. Typhus among servicemen and civilians in the Volga region during the First World War. *Voенно-meditsinskiy zhurnal*. 2013;(7):56—61 (in Russian).



**Давидов М. И.**

## ИСТОРИЯ ПЕРМСКОЙ ГОРОДСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ ИМ. Ф. Х. ГРАЛЯ — ОДНОЙ ИЗ СТАРЕЙШИХ БОЛЬНИЦ УРАЛА

ГБОУ ВПО «Пермский государственный медицинский университет им. академика Е. А. Вагнера» Минздрава России, 614990, г. Пермь

*Представлена история становления и развития Пермской городской клинической больницы им. Ф. Х. Граля, основанной 17 октября 1915 г. А. В. Луначарский в 1928 г. назвал эту больницу «жемчужиной Урала». Первым директором ее являлся лейб-хирург царской семьи В. Н. Деревенко. В больнице работали известные отечественные ученые — академик Е. А. Вагнер, профессора Д. П. Кузнецкий, В. Н. и Б. В. Парины, И. А. Иванов, В. Ф. Симонович, Я. С. Циммерман и др., которые оставили заметный след в развитии медицинской науки и здравоохранения на Урале.*

*Ключевые слова:* история медицины; история хирургии; Ф. Х. Граль; В. Н. Деревенко; Е. А. Вагнер.

**Для цитирования:** Давидов М. И. История Пермской городской клинической больницы им. Ф. Х. Граля — одной из старейших больниц Урала. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2019;27(1):89—93. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2019-27-1-89-93>

**Для корреспонденции:** Давидов Михаил Иванович, канд. мед. наук, доцент, e-mail: [midavidov@mail.ru](mailto:midavidov@mail.ru)

**Davidov M. I.**

## THE HISTORY OF THE F. Ch. GRAAL PERM MUNICIPAL CLINICAL HOSPITAL, ONE OF THE OLDEST HOSPITALS OF THE URAL REGION

The Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The academician E. A. Wagner Perm State Medical University” of Minzdrav of Russia, 614990, Perm, Russia

*The article presents the history of becoming and development of F.Ch.Graal Perm municipal clinical hospital, founded on October 17, 1915. In 1928 A. V. Lunacharsky characterized this hospital as “The pearl of Ural”. V. N. Derevenko, the surgeon-in-ordinary of the Royal Family, is its first director. Famous national scientists, such as academician E. A. Wagner, professors D. P. Kuznetsky, V. N. Parin, B. V. Parin, I. A. Ivanov, V. F. Simonovich, J. S. Zimmerman and others worked in this hospital. They made a significant input into development of medical science and health care of the Ural Region.*

*Keywords:* history of medicine; history of surgery; F.Ch. Graal; V. N. Derevenko; E. A. Wagner.

**For citation:** Davidov M. I. The history of the F.Ch. Graal Perm municipal clinical hospital, one of the oldest hospitals of the Ural region. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2019;27(1):89—93 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2019-27-1-89-93>

**For correspondence:** Davidov M. I., candidate of medical sciences, associate professor of the Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The academician E. A. Wagner Perm State Medical University”. e-mail: [midavidov@mail.ru](mailto:midavidov@mail.ru)

**Conflict of interests.** The authors declare absence of conflict of interests.

**Acknowledgment.** The study had no sponsor support

Received 12.01.2016  
Accepted 13.04.2016

17 октября 2015 г. исполнилось 100 лет со дня открытия Пермской Городской клинической больницы № 2 имени Ф. Х. Граля, одной из старейших и знаменитейших больниц Урала, оказавшей значительное влияние на становление и развитие клинической медицины и здравоохранения в этом регионе. «Эта больница — жемчужина Урала!» — заявил народный комиссар просвещения А. В. Луначарский, посетив ее в 1928 г. [цит. по 1, с. 38].

Больница названа именем доктора Граля. Федор Христофорович Граль (1770—1835) был обрусевшим немцем, который вначале окончил Петербургское медико-хирургическое училище, затем продолжил образование за границей. В 1791 г., окончив медицинский факультет Йенского университета в Германии, защитив диссертацию, он стал доктором медицины и хирургии. Вернувшись в Россию, работал доктором в Ирбите и Алапаевске, а в 1797 г. по приглашению губернатора Пермской губернии К. Ф. Модераха приехал в г. Пермь губернским врачом для организации первой городской больницы, где вначале не только служил без жалованья, но на собственные средства

содержал больных [2]. Всю оставшуюся жизнь Федор Христофорович проработал в г. Перми губернским врачом. «Вся медицинская часть в больнице находилась в руках Граля. Он был и терапевт, и оператор, и окулист, — писал краевед В. С. Верхоланцев. — Кроме того, Граль состоял бесплатным врачом учебных и благотворительных учреждений города. Он лечил весь город и с утра до вечера находился в разъездах. Он еженедельно по субботам объезжал ближайшие к Перми деревни, чтобы и там помочь больным. За свое бескорыстие он уважаем был всеми» [3].

Доктор Граль умер от сепсиса («антонова огня»), поранив руку во время операции и, поскольку был лютеранином, его нельзя было хоронить на православном кладбище. Возле дома врача в день похорон собралось почти все население города. Несмотря на запреты властей, люди впряглись в катафалк и привезли его тело к Кафедральному собору на Архирейское кладбище, где захоронили рядом с самыми знатными людьми города.

Старая «деревянная» Вознесенская больница на 25 коек, где работал почти всю жизнь Ф. Х. Граль, не

сохранилась. Поэтому, чтобы увековечить имя «святого», «народного» доктора, в его честь была названа Городская клиническая больница № 2. У двух старинных корпусов больницы 11 июня 2005 г. при большом стечении жителей города был торжественно открыт памятник доктору Ф. Х. Гралю (скульптор А. Залазаев).

Здание новой больницы строили более 10 лет на деньги жертвователей (купцов, заводчиков, простых граждан города). Для «деревянной» Перми начала XX в. оно было великолепным: красивый фасад, метровой толщины стены, высокие (6 м) потолки, электрическое освещение, снабжение горячей и холодной водой, канализация, центральное калориферное отопление, лифт, который сохранился и работает до сих пор.

Предполагалось больницу сделать губернской; были проекты превратить ее в медицинскую клинику университета, который планировали перевести из г. Державы (Юрьева). Однако началась Первая мировая война, которая нарушила все планы. В новом здании больницы временно решено было организовать госпиталь для эвакуированных раненых — Лазарет Красного Креста Пермской губернии.

Строительство и открытие больницы шло под патронажем вдовствующей императрицы Марии Федоровны.

Официальным днем открытия Городской клинической больницы № 2 является 17 октября (3 октября по старому стилю) 1915 г. Уже в день открытия в Лазарет Красного Креста доставили большое число раненых. Запись в справочнике Пермской губернии за 1915 г. свидетельствует: «Государыня императрица Мария Федоровна, августейшая покровительница Российского общества Красного Креста, снизошла от всей души благодарить Пермское местное управление и жертвователей на означенный лазарет, за помощь делу Красного Креста» [4].

Следующий этап развития больницы (1920—1933) был университетским.

Пермский университет, в котором имелся медицинский факультет, был основан в 1916 г. В 1920 г. необходимо было открывать клинические кафедры, поскольку студенты первого выпуска (будущие врачи) дошли до IV курса и нуждались в обучении в клиниках. Так Лазарет Красного Креста превратился в Клиническую больницу Пермского университета с административным подчинением ректорату университета. В 1920—1921 гг. в больнице были открыты кафедры факультетской хирургии с курсом урологии, общей хирургии, факультетской терапии. Кроме того, в это время больнице передали стоящее рядом красивое двухэтажное здание школы, где была открыта клиника болезней уха, горла и носа на 30 коек, которой заведовал профессор Шевелев.

Первой (27 ноября 1920 г.) была открыта кафедра факультетской хирургии, которая занимала целый этаж основного трехэтажного корпуса и имела палаты на 45 хирургических и урологических коек, операционные, перевязочные, рентгеновский кабинет (в 1921 г. был закуплен рентгеновский аппарат не-

мецкой фирмы «Сименс»), а также учебные аудитории, лекционный зал. Другой этаж здания занимали кафедра и клиника факультетской терапии на 45 коек с лабораторией. Приемный покой, автоклавная и вспомогательные службы разместили на первом (цокольном) этаже здания [1].

Уникальна личность первого заведующего кафедрой и клиникой факультетской хирургии и одновременно первого в истории директора (главного врача) больницы. Им был личный лейб-хирург последнего российского императора, дворянин, доктор медицины, профессор Владимир Николаевич Деревенко (1879—1936). В 1912 г. Деревенко выпала честь служить лейб-хирургом царской семьи. Должность эту он добросовестно исполнял до расстрела царской семьи в Екатеринбурге в 1918 г. Владимир Николаевич являлся лечащим врачом наследника престола Алексея Романова, страдавшего тяжелой формой гемофилии с частыми кровотечениями [5]. Деревенко чудом избежал расстрела, поскольку, чтобы облегчить выполнение намеченного убийства царской семьи, Уралсовет за несколько недель до него оставил при Николае II вместо 40 человек свиты только 4 человека прислуги и доктора-терапевта Е. С. Боткина [6].

Являясь директором клинической больницы с 1920 по 1924 г., В. Н. Деревенко прилагал большие усилия по ее обеспечению всем необходимым для работы, заботясь не только о хирургической службе, но и о терапевтическом отделении и клинике оториноларингологии. Сохранились его рапорты руководству Пермского университета о нехватке спирта, перевязочного и шовного материала, реактивов для лаборатории, лекарств. Он выезжал в командировки в Москву и Киев для закупки оборудования.

В. Н. Деревенко был блестящим хирургом, выполняющим сложные общехирургические и урологические операции [7]. Ассистентами у него были талантливые хирурги М. В. Алферов, А. Ф. Славин, В. П. Шипицин и др. Помимо операций и обходов больных, В. Н. Деревенко читал лекции студентам, заведовал по совместительству кафедрой общей хирургии, размещенной в этом же корпусе. Он стал основателем уральской урологии, так как организовал на 25 койках лечение урологических больных, прекрасно выполнял цистоскопию и другие урологические манипуляции, постепенно обучив им своих ассистентов [8]. В 1924 г. В. Н. Деревенко не по своей воле ушел со своей должности, вскоре был репрессирован и погиб в 1936 г. в одной из зон ГУЛАГа.

Первым заведующим кафедрой факультетской терапии, открывшейся в сентябре 1921 г., был избранный по всероссийскому конкурсу приехавший из Петрограда профессор В. Ф. Симонович (1870—1929). Владимир Флавианович создал дружный коллектив сотрудников из наиболее подготовленных врачей города, заложил основы научной клинической медицины в Пермском крае. Венцом его научной деятельности стала монография «Клиническая диагностика и семиология», он являлся автором из-

## История медицины

вестных работ по аритмиям сердца и сифилитическому поражению аорты.

С 1932 г. в течение 22 лет терапевтическую службу и кафедру факультетской терапии возглавлял профессор А. В. Селезнев (1884—1968). Алексей Владимирович организовал физиотерапевтическую службу клиники, поднял на более высокий уровень работу клинической и биохимической лабораторий. Он был пионером в изучении описторхоза и других видов глистной инвазии, распространенных тогда на Урале. Изучал лечебное действие сероводородных ванн, торфяных грязей. В годы Великой Отечественной войны он использовал магнитные поля для лечения раненых в пермских госпиталях.

С 1925 по 1931 г. директором больницы и заведующим хирургической службой клиники был профессор Дмитрий Петрович Кузнецкий (1875—1939), приехавший из Ленинграда, где более 11 лет работал под началом профессора С. П. Федорова. В Перми Кузнецкий развернул большую хирургическую деятельность [9]. Повысилась сложность хирургических вмешательств, в больницу на операции стали приезжать больные из Свердловска, Тюмени, Челябинска и других крупных соседних городов. Д. П. Кузнецкий — автор 73 научных работ, в том числе опубликованных за рубежом.

В 1926 г. произошло важное историческое событие для всей уральской медицины: больницу посетил легендарный профессор С. П. Федоров, лучший по тем временам российский хирург. Он провел в больнице несколько дней и, основательно все изучив, остался доволен ее оснащением и состоянием лечебной работы. Знаменитый профессор прочитал лекцию врачам и студентам, с блеском выполнил показательную операцию нефрэктомии.

В 1920-е годы студенты и врачи часто привлекались на борьбу с эпидемиями (холеры в 1920 г., возвратного и сыпного тифа в 1922—1923 гг. и др.).

В 1933 г. в связи с реформой высшего медицинского образования больница была передана выделенному из стен университета Пермскому медицинскому институту. Непрерывно рос научный и лечебный потенциал больницы. Большой вклад в ее работу внесли профессор Н. М. Терещенков, М. В. Шац, А. А. Вечтомов и один из известных отечественных хирургов Василий Николаевич Парин, руководивший хирургической клиникой с 1935 по 1944 г., а также Н. А. Скульский (терапевт) и П. А. Гужиков (гинеколог), заведовавший открытой в 1930 г. гинекологической клиникой с родильным домом, главные врачи И. А. Митяшин и Б. В. Соколов.

Во время Великой Отечественной войны сотрудники больницы проводили большую работу по лечению раненых, эвакуированных с фронта. Уже в 1941 г. в основном здании больницы был организован эвакуогоспиталь № 3147. Главным хирургом эвакуогоспиталя стал профессор В. Н. Парин, начальником — главный врач больницы Б. В. Соколов. За период Великой Отечественной войны в нем было выполнено более 12 тыс. операций. Кроме того, многие ведущие сотрудники больницы были привлечены к

работе в других пермских госпиталях: ведущим хирургом нейрохирургического госпиталя был А. Л. Фенелонов, И. А. Иванов руководил работой специализированного урологического госпиталя, Н. И. Григорьев был ведущим хирургом специализированного торакального госпиталя. Были призваны в действующую армию или ушли добровольцами на фронт 45 сотрудников больницы (врачей и медицинских сестер), многие из них погибли. Славный боевой путь прошли будущие профессора и доценты М. И. Шалаев (был летчиком), П. Г. Кубариков, Я. С. Циммерман и В. А. Кудрявцева (служили фельдшерами). Н. Г. Хорошавин почти всю войну являлся главным терапевтом армии, а И. Ф. Вечеровский — начальником лазарета. Студенты готовились по укороченной программе (3,5 года), занимаясь по 16 ч в день, и сразу отправлялись на фронт, преимущественно в медсанбаты.

В 1948 г. больница перешла из ведения Пермского медицинского института в систему городского здравоохранения и стала официально называться «Городская клиническая больница № 2». Но кафедры мединститута в ней сохранились и продолжали задавать тон в лечебной и научной работе.

С 1944 по 1950 г. кафедрой факультетской хирургии заведовал профессор Б. В. Парин (1904—1968), сын В. Н. Парина. В 1928 г. Борис Васильевич Парин выполнил первое на Урале переливание крови. В 1941 г. он блестяще защитил докторскую диссертацию в Москве по способу свободной кожной пластики перфорированным лоскутом. Б. В. Парин являлся одним из ведущих специалистов нашей страны по восстановительной хирургии, разработав около 30 модификаций кожной пластики и восстановительных операций. Он буквально творил чудеса. Так, при ампутациях пальцев рук он пересаживал пациенту пальцы с ног. При отрыве всей кисти Борис Васильевич формировал новые искусственные пальцы, используя кости предплечья и окружающие мягкие ткани и кожу. Такой больной мог себя обслуживать и даже работать.

Б. В. Парин пострадал из-за дела, сфабрикованного против его старшего брата — известного физиолога Василия Васильевича Парина. Как брат «врага народа» Борис Васильевич был снят с должности заведующего кафедрой и нигде не мог найти работу. Комсомольские активисты города собрали книги, изданные Б. В. Паринным, и сожгли их на костре! Б. В. Парин вынужден был уехать в Бишкек, но после смерти И. В. Сталина работал в Горьковском НИИ травматологии. Б. В. Парин — автор 208 научных работ, в том числе 8 монографий. Под его руководством защищено 54 диссертации.

С 1950 по 1961 г. кафедрой факультетской хирургии заведовал профессор А. Л. Фенелонов. В 1942 г. Аркадий Лаврович издал монографию о патогенезе и лечении столбняка. Он разработал метод лечения столбняка интралюмбальным буксированием новокаином. Благодаря широко внедренным методикам А. Л. Фенелонина в годы Великой Отечественной войны смертность от столбняка удалось снизить

в 4 раза. А. Л. Фенелонов известен тем, что являлся семейным врачом писателя Юрия Тынянова, в годы войны эвакуированного в Пермь и мучительно страдавшего от рассеянного склероза. За свой самоотверженный труд в больнице А. Л. Фенелонов награжден двумя орденами Ленина.

С 1961 по 1965 г. кафедрой факультетской хирургии с курсом урологии заведовал профессор И. А. Иванов (1895—1965). К 100-летию Иллариона Андроновича Иванова (15 октября 1995 г.) на здании больницы установлена мемориальная доска в его честь.

В 1939 г. И. А. Иванов успешно защитил в Москве кандидатскую диссертацию по изучению влияния боевых отравляющих веществ на почки. Работа уникальна и до сих пор закрыта для свободного доступа. И. А. Иванов — автор оригинального, известного во всем мире способа фаллопластики с помощью кожно-мышечного лоскута из бедра. Его способ восстановления полового члена до сих пор приводится в различных зарубежных руководствах по урологии. Огромную известность в стране ему принесли операции по формированию влагалища при атрезии из кожи промежности. На операции к И. А. Иванову приезжали больные из различных регионов страны. Он автор 60 научных работ, 20 изобретений, награжден орденом Ленина.

Но самым известным хирургом больницы является академик АМН СССР и РАН Евгений Антонович Вагнер (1918—1998). Он прошел тяжелый жизненный путь. Будучи по национальности немцем, в 1941 г. он был насильно переселен из Одесской области, где работал врачом, на север Пермского края, где жил вначале в бараке, а затем в землянке. Благодаря своему невероятному таланту и мужеству он прошел путь от врача колонии-поселения до академика, ректора одного из крупнейших медицинских вузов страны. Являясь ведущим хирургом в небольшом городке Березники (родина Б. Н. Ельцина), он разработал активную хирургическую тактику при закрытой травме груди, блестяще защитил докторскую диссертацию в Москве. Приехал в Пермь, где с 1965 по 1971 г. заведовал кафедрой факультетской хирургии на базе клинической больницы № 2, а в дальнейшем стал ректором Пермского медицинского института (ныне — медицинский университет его имени).

Академик Е. А. Вагнер — один из выдающихся хирургов нашей страны. Его книги «Закрытая травма груди», «Реинфузия крови», «О самовоспитании врача» стали настольными для хирургов. Он выполнил более 5 тыс. сложных операций, является автором более 500 научных работ, в том числе 20 монографий.

С 1992 г. кафедрой факультетской хирургии заведует профессор В. М. Субботин — известный в стране торакальный хирург, автор 270 опубликованных научных работ. Большой вклад в развитие хирургической службы больницы внесли профессора И. Ф. Вечеровский и М. И. Шалаев (в последующем ректор медицинского института в Архангельске), доценты П. Г. Кубариков, Ю. Б. Бусырев, заведующие

отделениями А. А. Холкин, А. П. Воронцов, А. П. Пестова и др.

В послевоенные годы успешно развивалась терапевтическая служба больницы, в 1958 г. получившая отдельный многоэтажный корпус. Кафедру факультетской терапии к тому времени возглавил профессор Н. Г. Хорошавин (1898—1984). Всю свою сознательную жизнь Николай Георгиевич посвятил изучению сероводородных и бромидных минеральных вод курорта Усть-Качка. Именно благодаря этому ученому курорт получил всесоюзную известность.

С 1969 г. в течение 28 лет кафедрой факультетской терапии возглавлял один из выдающихся терапевтов нашей страны профессор Я. С. Циммерман. Его основное научное направление — клиническая гастроэнтерология, он автор более 600 научных работ, в том числе 12 монографий и 27 учебных пособий, воспитал в больнице многочисленных учеников, из которых 40 защитили под его руководством докторские или кандидатские диссертации.

Кафедру факультетской терапии ныне возглавляет профессор Е. В. Владимирский, известный своими исследованиями по физиотерапии и курортологии, автор более 300 научных работ. В 1980 г. на базе больницы образована кафедра терапии и семейной медицины факультета усовершенствования врачей. У ее истоков стоял замечательный ученый, профессор Б. В. Головской, а ныне кафедрой руководит профессор Я. Б. Ховаева. В больнице повышают свою квалификацию по терапии, урологии, хирургии, проктологии и другим специальностям врачи не только Пермского края, но и Сибири, Дальнего Востока, Северного Кавказа и других регионов страны, обучаются иностранные студенты из 22 стран мира. Огромную помощь в организации учебного процесса оказывает ректор медицинского университета им. акад. Е. А. Вагнера профессор И. П. Корюкина.

Ныне в больнице развернуто 7 отделений хирургического профиля на 255 хирургических коек: плановой и гнойной хирургии, колопроктологии, мужской и женской урологии, дистанционной литотрипсии, эндоскопии; функционируют отделения реанимации, инфаркта миокарда, кардиологическое, гастроэнтерологии, пульмонологии, неврологии, офтальмологическое, гинекологическое и др. Звание заслуженного врача России за столетие получили 24 врача больницы. Среди главных врачей больницы наибольший след оставили Ю. И. Павлецов, В. Н. Грязнов, А. Л. Кац, П. М. Палагин.

Из сотрудников, работавших в разные годы в больнице, в последующем стали профессорами и известными учеными А. М. Аминев, Л. И. Дунаевский, В. И. Колесов, М. И. Шалаев, Т. В. Гаврилова, М. В. Черешнева, В. Н. Саперов, Г. М. Щекотов, Н. И. Григорьев, А. К. Шипов, А. П. Соколов, П. А. Ясницкий, П. Я. Сандаков и многие другие.

В настоящее время Пермская городская клиническая больница № 2 имени Ф. Х. Граля имеет 4 корпуса на 600 коек, в ней работают свыше 1 тыс. сотрудников. Освоены и широко применяются все современные методы диагностики и лечения больных,

История медицины

включая компьютерную томографию, УЗИ, дистанционную и контактную лазерную литотрипсию, лапароскопические и другие миниинвазивные операции, радиоизотопные исследования. Ежегодно специализированную стационарную помощь здесь получают 25 тыс. пациентов, выполняется 16,5 тыс. операций в год. Организационно поликлиники и женские консультации по условиям одноканального финансирования выведены из состава больницы, однако не утратили лечебных, научных и учебных связей с нею. Там продолжают работать сотрудники кафедр факультетской хирургии с курсом урологии, факультетской терапии, а большинство врачей больницы по совместительству работают в этих амбулаторных учреждениях. С учетом этих временно отделенных поликлиник и женских консультаций амбулаторную помощь получают ежегодно 930 тыс. пациентов.

За последние 25 лет в больнице выполнено 416 тыс. операций, сотрудниками клиники и врачами защищено 22 диссертации, получено 23 патента на изобретения, опубликовано 1180 научных статей, издано 22 монографии.

В 2006 г. в Москве в храме Христа Спасителя коллективу больницы была вручена всероссийская премия «Профессия — жизнь» с награждением золотой статуэткой «Милосердие» и орденом «За Честь. Доблесть. Созидание. Милосердие».

Дополнительного финансирования не было.

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Грязнов В. Н., Давидов М. И. Страницы истории становления хирургической клиники городской клинической больницы № 2 им. доктора Ф. Х. Граля. В кн.: 90 лет на страже здоровья: Сб. науч. трудов. Пермь; 2005.

2. Давидов М. И. Очерки истории пермской хирургии. Пермь; 2012.
3. Верховланцев В. С. Город Пермь, его прошлое и настоящее. Пермь; 1913.
4. Справочник Пермской губернии. Пермь; 1915.
5. Давидов М. И. Гемофилия — неизлечимое заболевание цесаревича Алексея Николаевича Романова. *Вестник хирургии*. 2014; (3):98—102.
6. Лыкова Л. А. Следствие по делу об убийстве российской императорской семьи. М.: Росспэн; 2007.
7. Ронжин С. Г., Некрылов С. А. Владимир Николаевич Деревенко — чести не уронивший. *Бюллетень сибирской медицины*. 2010;(10):150—1.
8. Лопаткин Н. А., Дзеранов Н. К. История отечественной урологии. М.: Дипак; 2007.
9. Заривчачий М. Ф., Подлужная М. Я., Азанова Н. Я. Дмитрий Петрович Кузнецкий. *Вестник хирургии*. 2013;(4):96—7.

Поступила 12.01.2016

Принята в печать 13.04.2016

REFERENCES

1. Gryaznov V. N., Davidov M. I. Page of the history of the surgical clinic of Dr. Gral hospital № 2. In: 90 years on guard health: collection of scientific papers [90 let na strazhe zdorovyia]. Perm; 2005 (in Russian).
2. Davidov M. I. Essays of the Perm surgery history [Ocherki istorii permskoi hirurgii]. Perm; 2012 (in Russian).
3. Verkholtantsev V. S. Perm city, its past and present. [Gorod Perm, Ego proshloe I nastoyashee]. Perm; 1913 (in Russian).
4. Directory of Perm province [Spravochnik Permskoi gubernii]. Perm; 1915 (in Russian).
5. Davidov M. I. Hemophilia — an incurable disease of Tsarevich Alexei Nikolaevich Romanov. *Vestnik khirurgii*. 2014;(3):98—102 (in Russian).
6. Lykova L. A. Investigation of the murder of the Russian Imperial family [Sledstvie po delu ob ubiistve rossiiskoi imperatorskoi semyi]. Moscow: ROSSPEN Publishers; 2007 (in Russian).
7. Rozin, S., Nekrasov S. A. Vladimir N. Derevenko does not drop honor. *Bulleten Sibirskoi mediciny*. 2010;(10):150—1 (in Russian).
8. Lopatkin N. A., Zernov N. To. The history of the national urology [Istoriya otechestvennoi urologii]. Moscow: Deepak; 2007 (in Russian).
9. Zarivchasiy M. F., Podluzhnyi M. J., Asanova N. I. Dmitry Petrovich Kuznetskiy. *Vestnik khirurgii*. 2013;(4):96—7 (in Russian).

© Батоев С. Д., 2019  
УДК 614.2 (091) (571.54/55)

**Батоев С. Д.**

## НЕКОТОРЫЕ ПРОБЛЕМЫ СОВРЕМЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИИ В РАЗРЕЗЕ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ СЕЛЬСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ ДОРЕВОЛЮЦИОННОГО ЗАБАЙКАЛЬЯ

ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), 119991, г. Москва

*Проблемы здравоохранения России на современном этапе созвучны основным причинам кардинально препятствовавших более быстрому внедрению и полному охвату квалифицированной медицинской помощью сельского и коренного населения Забайкальской области в дореволюционный период. Только в результате смены общественно-политической формации удалось реализовать основные принципы земской медицины при формировании советской модели здравоохранения. Реформирование медицины в XXI в. серьезно отразилось на доступности и качестве квалифицированной медицинской помощи в регионах страны. В статье сделана попытка отразить преемственность исторического опыта зарождения дореволюционного государственного сельского здравоохранения в Забайкалье с некоторыми итогами современного реформирования медицинского дела в России.*

**К л ю ч е в ы е с л о в а :** история медицины; Забайкалье; сельский врач; округ; уезд; врачебный участок; дефицит медицинских кадров.

**Для цитирования:** Батоев С. Д. Некоторые проблемы современного здравоохранения России в разрезе организации медицинской помощи сельскому населению дореволюционного Забайкалья. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2019;27(1):94–98. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2019-27-1-94-98>

**Для корреспонденции:** Батоев Сергей Дошидондович, канд. мед.наук, ассистент кафедры философии и истории медицины, e-mail: [sbatoev@list.ru](mailto:sbatoev@list.ru)

**Batoiev S. D.**

## THE PARTICULAR PROBLEMS OF MODERN HEALTH CARE OF RUSSIA IN PERSPECTIVE OF ORGANIZATION OF MEDICAL CARE TO RURAL POPULATION OF PRE-REVOLUTIONARY TRANSBAIKALIA

The Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education “The I. M. Sechenov First Moscow State Medical University” of Minzdrav of Russia, 119991, Moscow, Russia

*The current issues of health care in the Russian Federation are consonant with the main causes that cardinally impeded faster implementation and more cohesive coverage with qualified medical care the rural and native population of the Trans-Baikal Region during the pre-revolutionary period. It was only due to the change social political formation that the key principles of Zemstvo medicine were implemented during development of the Soviet model of health care. The reforming of medicine in XXI century has a dramatic impact on accessibility and quality of medical care in the regions of the USSR. The article makes an attempt to reflect the continuity of historical experience of becoming of the pre-revolutionary state rural health care in the Trans-Baikal region with particular conclusions regarding the actual reforming of medical business in Russia.*

**К e y w o r d s :** history of medicine; Trans-Baikal region; rural physician; okrug; uiezd; medical district; medical personnel deficiency.

**For citation:** Batoiev S. D. The particular problems of modern health care of Russia in perspective of organization of medical care to rural population of pre-revolutionary Transbaikalia. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniia i istorii meditsiny*. 2019; 27(1):94–98 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2019-27-1-94-98>

**For correspondence:** Batoiev S. D., candidate of medical sciences, the assistant of the Chair of Philosophy and History of Medicine of the Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education “The I. M. Sechenov First Moscow State Medical University”. e-mail: [sbatoev@list.ru](mailto:sbatoev@list.ru)

**Conflict of interests.** The authors declare absence of conflict of interests.

**Acknowledgment.** The study had no sponsor support

Received 19.02.2018  
Accepted 20.01.2019

Проблема организации государственной медицинской помощи сельскому населению России в дореволюционный период представлена многими исследователями. Забайкалье как составная часть территории Российской империи до начала XX в. представляло собой регион с низким социально-экономическим развитием. Зарождение государственной медицинской помощи сельскому населению в Забайкалье имело существенные отличия от Европейской части России. Цель статьи определяется двумя задачами: анализом особенностей зарождения дореволюционного сельского здравоохранения в Забайкалье и попыткой осмысления результатов проведения

реформирования современного российского здравоохранения, отразившегося прежде всего на региональном уровне (Забайкальский край, Республика Бурятия). Современный этап инновационного развития России характеризуется тем, что одним из приоритетных направлений политики государства является совершенствование здравоохранения как одной из значимых отраслей в реализации государственных социальных гарантий [1, с. 197]. Прежде всего бесплатность квалифицированной медицинской помощи обеспечивает ее доступность в условиях нашей страны. Без серьезного анализа и учета региональных особенностей в климатогеографиче-

## История медицины

ском, демографическом и территориальном плане приступать к тотальному реформированию здравоохранения нельзя.

Населению Забайкалья в XXI в. при сложном социально-экономическом положении подмена государственной медицины коммерческой не может гарантировать реальную доступность и качество медицинской помощи в любом населенном пункте. Уменьшение объема первичной медико-санитарной помощи, сворачивание профилактических мероприятий с упором на высокотехнологичную медицинскую помощь приводит к сокращению раннего выявления различных заболеваний. При достаточно высоком показателе обеспечения населения врачебными кадрами отмечается неравномерность их распределения, проявляющаяся на уровне городских и сельских муниципальных образований Забайкальского края и Республики Бурятия [1, с. 197]. Сохраняющийся дисбаланс кадровой политики полностью не может решаться программой «Земский врач», введенной с 2012 г. За несколько лет работы программы кардинально решить проблему кадрового дефицита в сельской местности не удалось. Необходимо объединение усилий государства, муниципальных органов и медицинской общественности для создания необходимых условий для привлечения квалифицированных медицинских кадров в сельскую местность. Современный этап характеризуется повышением роли субъектов Федерации и местных органов власти в решении проблем охраны здоровья населения, что и определяет интерес к истории становления и развития муниципального здравоохранения в нашей стране [2, с. 5].

Преимущество и серьезное осмысление богатого исторического опыта нашей страны при кардинальном реформировании такой стратегической отрасли, как здравоохранение, сегодня, безусловно, должны соблюдаться. Важно найти оптимальный вариант развития отечественной государственной медицины в новых условиях мировой цивилизации. «Строго говоря, чистых „краевых“ тем нет. Они всегда отражают историю государства, и каждая верная местная деталь — необходимая краска для общей картины, новый вклад в изучение страны» [3, с. 271]. Дореволюционным правительством России при существенном дефиците финансов, неблагоприятной социально-экономической и политической ситуации в условиях непрекращающихся войн проводилась существенная работа по созданию государственной структуры сельского здравоохранения на восточной окраине страны, в Забайкалье. Прослеживается несомненная тенденция к организации потенциально возможного приближения доступности квалифицированной медицинской помощи для сельского и коренного населения Забайкалья. Тем не менее проблемы социальной политики на окраинах Российской империи не были приоритетными, поэтому многие проекты и решения претворялись в жизнь с запозданием или в существенно сокращенном виде. Кроме того, в полной мере только к началу XX в. коренное и пришлое население Забайкалья, ве-

ками не знавшее европейской медицины и основ научной гигиены, начинает постепенно понимать их глобальное значение в реальном оздоровлении и сохранении людского потенциала. Необходимо отметить, что длительный процесс зарождения и становления медицинского дела дореволюционного Забайкалья происходил не спонтанно, а складывался в рамках общероссийской модели государственной медицины, носил непрерывный характер, но имел ряд существенных особенностей.

Медицинская деятельность как область сохранения и поддержания здоровья человека развивалась в тесной связи со всей жизнью общества, с уровнем экономики, образования, общечеловеческой и санитарно-гигиенической культурой и мировоззрением людей [4, с. 1]. Процесс позитивного социально-экономического развития государственной территории включает прежде всего создание необходимых условий для возможности достойного проживания и обеспечения охраны здоровья в том числе. Широко обсуждаемая в настоящий момент проблема обеспечения населения квалифицированной доступной медицинской помощью уже в течение нескольких веков находится в поле зрения государства и медицинской общественности нашей страны [5, с. 56].

В результате административно-территориальных преобразований в 1865 г. Иркутская губерния и Забайкальская область были разделены на округа. По отчету верхнеудинского окружного врача, «Население округа составляет 143 372 человека, а территория занимает 3000 верст»<sup>1</sup>. 15 июня 1865 г. утверждено положение об окружных сельских врачах Восточной Сибири. «На первое время учреждение окружных сельских врачей распространяется только на губернии Иркутскую и Енисейскую и область Забайкальскую»<sup>2</sup>. Девятый пункт этого положения гласит: «В селениях, где по назначению местных врачебных управ будут иметь постоянное место пребывания фельдшера, учреждаются приемные покои на 4 или 5 кроватей и аптечки, по примеру существующих в казенных селениях Европейской России»<sup>3</sup>. Для выполнения своих функций сельскому окружному врачу предписывалось объезжать селения своего округа. Разъездная система создавала иллюзию полной обеспеченности населения медицинской помощью [6, с. 98].

Несмотря на определенные льготы и поощрения, укомплектовать должности сельских окружных врачей оказалось делом нелегким. Пустовали также и фельдшерские должности, а приемные покои постепенно закрывались [7, с. 140]. Представляем вашему вниманию донесение фельдшера Усть-Илинской волости инспектору медицинской части Забайкальской области от 3 марта 1868 г.: «Приемный покой устроен без необходимых подсобных помещений,

<sup>1</sup> Государственный архив Забайкальского края (ГАЗК). Ф. 1. Оп. 3 (вр). Д. 34. Л. 23.

<sup>2</sup> Полное собрание законов Российской империи (ПСЗРИ). СПб.; 1867. Т. 40. 2 собрание. Отд. 1. Ст. 42199. С. 646—9.

<sup>3</sup> ГАЗК. Ф. 1. Оп. 3 (вр). Ед. хр. 41. Л. 29.

холодный, нет сторожа»<sup>4</sup>. Волостное правление Усть-Илинска обращается уже к Читинскому окружному исправнику с оправданием своих действий: «Назначение постоянной прислуги для приемных покоев не представляется необходимым, возможно только в особенных случаях выделять от общества одного крестьянина или крестьянку. И пока со времени устройства приемного покоя не было ни одного больного, поэтому нет необходимости в постоянном стороже»<sup>5</sup>.

В целом отмечался формальный подход к улучшению состояния сельского здравоохранения Забайкалья. Крестьяне по-прежнему не могли пользоваться доступной медицинской помощью, а местная власть отказывалась содержать приемные покои в надлежащем виде. В некоторых населенных пунктах Забайкалья пытались выделять общественные средства именно на содержание лечебных изб, т. е. имели место элементы земской медицины, но с местными особенностями. В донесении помощника Селенгинского окружного сельского врача от декабря 1867 г. мы наблюдаем подход к организации медицинской помощи коренному населению Забайкальской области: «Иногородцы ведомства Кударинской степной думы с начала сего года стали обращаться с требованием медицинских пособий в случаях болезней. Иногородцы всегда обращаются с официальным требованием»<sup>6</sup>. Но окружной врач определен только для Ильинской волости, соответственно количество медикаментов рассчитано на определенное число жителей и ему необходимы разрешение на оказание медицинской помощи коренному населению и дополнительная финансовая поддержка по медикаментам<sup>7</sup>.

Генерал-губернатор Восточной Сибири Д. Г. Анучин (1879—1885) сообщал Министерству внутренних дел, что крайняя недостаточность врачебной помощи в Восточной Сибири заставила его обратить особое внимание на устройство медицинской части, причем он убедился, что вследствие ограниченного содержания, присвоенного врачам гражданского ведомства, весьма значительная часть штатных медицинских должностей оставались вакантными<sup>8</sup>. 21 декабря 1882 г. правительство с целью привлечения квалифицированных медицинских кадров вновь попыталось увеличить содержание врачам Восточной Сибири, но эти меры оказались малоэффективными.

25 января 1888 г. принято высочайше утвержденное мнение Государственного Совета «Об увеличении окладов содержания сельским врачам и фельдшерам в губерниях Иркутской и Енисейской и в Забайкальской области», согласно которому изменялся штат сельской врачебной части от 1882 г. вновь в сторону увеличения. Окружным сельским врачам устанавливался оклад в 1700 руб., в том числе

1000 руб. жалованье, 500 руб. столовых и 200 руб. на содержание при разъездах; сельским фельдшерам — по 500 руб. каждому. Окружным врачам присваивался VIII класс по чиновному производству<sup>9</sup>. Таким образом, правительственное постановление было принято, но претворить в жизнь его было крайне сложно. Впоследствии врач Н. В. Кирилов отмечал: «Сельский врач не имеет больницы, не имеет приемного покоя, где бы он мог не перевязку сделать, но хотя бы раздеть и осмотреть больного. Лечение ведется разъездной системой, т. е. больных надо пользоваться на их квартирах при самой разнохарактерной обстановке» [8, с. 75]. За месяц врачу приходилось объезжать до 100 больных. Население округа составляло 21 тыс. жителей. Таким образом, разъездная система сельского здравоохранения в условиях больших территорий и плохих дорог, а иногда и полного бездорожья себя не оправдывала.

В 1891 г. в Забайкальской области функционируют 7 больниц всех ведомств на 480 коек. Итого на всю Забайкальскую область (сегодня это два региона — Забайкальский край и Республика Бурятия, общей площадью до 1 млн км<sup>2</sup>) в конце XIX в. было 22 врача, из них только 5 сельских<sup>10</sup>. Фельдшеров в сельской местности работало 12, повивальных бабок в сельской местности не было<sup>11</sup>. В 1894 г. в Забайкальской области насчитывалось всего 52 врача (из них гражданских и общественных — 21, казачьих и военных — 22, горных и вольнопрактикующих — 9). Почти половина их практически не обслуживали сельское население, так как сидели в канцеляриях или работали в военном ведомстве [9, с. 86—87]. Представляем вашему вниманию путевой журнал Баргузинского окружного сельского врача за первое полугодие 1895 г.: «Улицы, ограды и скотские дворы не убраны от нечистот. Потолки низкие, скамейки и полы грязные, семья располагается в одной небольшой комнате с русской печью посередине, в другой комнате помещаются куры и телята. Пища большинства жителей состоит только из хлеба и чая. Рыбы свежей вообще не оказалось, соленой (омуль) в считанных домах. Мяса тоже мало, только молоко имеется у меньшей половины жителей. Питьевую воду получают из озера, которое и загрязняют, только некоторые пользуются водой из горного ключа, впадающего в озеро с противоположной стороны от села. Лошади пьют воду из озера очень неохотно. Школы нет. У тунгусов дети иногда болеют скарлатиной, но попасть к ним невозможно, так как они находятся далеко в горах на промыслах. Всего осмотрено и пролечено 69 человек, в некоторых селах и поселениях за медицинской помощью вообще не обращались»<sup>12</sup>.

Таким образом, можно говорить о том, что сельское население Забайкалья конца XIX — начала XX столетий в основном жило бедно, питание было

<sup>4</sup> ГАЗК. Ф. 1. Оп. 3 (вр). Ед. хр. 41. Л. 21—22.

<sup>5</sup> ГАЗК. Ф. 1. Оп. 3 (вр). Ед. хр. 41. Л. 23—24.

<sup>6</sup> ГАЗК. Ф. 1. Оп. 3 (вр). Ед. хр. 41. Л. 2—4.

<sup>7</sup> ГАЗК. Ф. 1. Оп. 3 (вр). Ед. хр. 41. Л. 51—52.

<sup>8</sup> Российский государственный исторический архив (РГИА). Ф. 1288. Оп. 12. Д. 370. Л. 22—29.

<sup>9</sup> ПСЗРИ. СПб.; 1888; Т. 8. 3 собрание. Ст. 4962. С. 16.

<sup>10</sup> ГАЗК. Ф. 1. Оп. 2. Д. 143. Л. 25.

<sup>11</sup> ГАЗК. Ф. 1. Оп. 2. Д. 143. Л. 26.

<sup>12</sup> ГАЗК. Ф. 1. Оп. 2 (вр). Ед. хр. 180. Л. 9—14.



## История медицины

крайне скудным и однообразным, санитарно-гигиенические навыки практически отсутствовали.

Определенный интерес представляет сообщение врача А. Ф. Сулима: «В 1902 году в Забайкальской области один врач приходился на 35 000 городских жителей и на 25 000 сельских. При такой разбросанности населения медицинская помощь, особенно в северной части области, сводилась к нулю, между тем работы у медицинского персонала масса» [10, с. 13—47]. В 1909 г. Министерством внутренних дел России была организована экспедиция по изучению медицинского обслуживания инородческого коренного населения Забайкалья. Результаты были следующие: «...полное отсутствие медицинской помощи в местностях, населенных бурятами, последствием чего является значительное число смертности» [11, с. 19—20]. Идентичные данные представлены Селенгинским окружным начальником 25 сентября 1901 г. во врачебное отделение Забайкальского областного правления: «Бурятское население пользуется в силу традиций и религиозных убеждений врачебным пособием от лам»<sup>13</sup>. На эти серьезные проблемы в 1901 г. в своем докладе прямо указывает инспектор медицинской части Забайкальской области: «Устройство сельских лечебниц должно быть признано делом нужным и неотложным, ибо население области по-прежнему будет довольствоваться крайне неудовлетворительным получением медицинской помощи по разъездной системе. Стоимость одной лечебницы на 10 кроватей исчислена в 30 247 руб. 79 коп.»<sup>14</sup>.

Высочайше утвержденное мнение Государственного совета последовало от 8 июня 1901 г. «О преобразовании врачебной части в Забайкальской области»<sup>15</sup>. Подача лечебной помощи сельскому населению определяется в пределах вверенных врачебных участков и в том числе городскому населению, где нет городских врачей. Инспектор медицинской части Забайкальского областного правления докладывает следующее: «Вопрос об устройстве сельских лечебниц в области был возбужден в 1898 году при обсуждении проекта введения новых штатов по сельской медицине и вследствие предписания Приамурского генерал-губернатора от 7 декабря 1898 года»<sup>16</sup>. Но экономические проблемы не позволили внедрить сельскую участковую медицинскую сеть в Забайкалье в полной мере, и это важное мероприятие затянулось до 1903 г. По отчету о состоянии Верхнеудинского уезда Забайкальской области за 1907 г. отмечено: «На весь уезд была только одна сельская больница в селе Петровско-Забайкальском»<sup>17</sup>. Полноценное внедрение земской медицины в Забайкалье так и не было осуществлено. В 1917 г. генеральной линией 2-го Съезда всех медицинских представителей Забайкальской области в Чите была именно

организация земской медицины в Забайкалье [12, с. 10—11]. Как свидетельствует историческая ретроспектива, наиболее емко, практически на современном уровне понятие доступности медицинской помощи было сформулировано и в значительной степени воплощено в жизнь земской медициной. Земские врачи считали необходимым не только наличие достаточного числа лечебных учреждений и медицинского персонала, но и территориальную, экономическую доступность, а также обеспеченность населения качественной специализированной медицинской помощью [5, с. 58].

Представленный этап отечественного здравоохранения в плане организации государственной медицинской помощи сельскому населению Забайкальской области проходил в течение более длительного времени с большими трудностями по сравнению с Европейской частью страны. Но работа по формированию сельской медико-санитарной части Забайкалья дореволюционным правительством не прекращалась. Несмотря на финансово-экономические и кадровые проблемы, в 1901—1903 гг. был реализован переход организации здравоохранения Забайкалья на участковый принцип. В области было введено уездное административно-территориальное деление, а населенные пункты каждого уезда разделены на врачебные участки. При этом радиус охвата участков был большим. Характерны высокая плотность населения центральной России и огромная малонаселенная, местами труднодоступная территория Забайкалья, коренное население, ведущее кочевой и полукочевой образ жизни, старообрядческое население, не вполне доверявшее официальной медицине. Все эти факторы не позволяли в короткие сроки равномерно охватить сельских жителей надлежащим медицинским обслуживанием при существовавшем дефиците медицинских кадров и лечебных заведений. Лишь 7 июля 1913 г. было принято положение об уездном враче и фельдшере, а первая земская больница открылась в Чите в 1916 г. В конце 1917 г. в Забайкальской области планировались мероприятия по созданию полноценной земской медицины.

Реализовать эти планы помешали развал государственности, Гражданская война, разрушение экономики, эпидемии. Только в 20-е годы XX в. созданный фундамент дореволюционного здравоохранения получил дальнейшее развитие в советском государстве. В результате смены общественно-экономической формации удалось претворить в жизнь основные принципы земской медицины: бесплатность, общедоступность, профилактическое направление на территории Забайкалья. Экстенсивное развитие здравоохранения в советский период было необходимым условием для реализации кадрового вопроса и обеспечения лечебно-профилактическими учреждениями. Итогом коренных преобразований, проведенных к концу первой половины XX в., стала организация доступной и эффективной системы здравоохранения в Забайкалье. Все это в совокупности позволило осуществлять планомерные мероприятия по реаль-

<sup>13</sup> ГАЗК. Ф. 1. Оп. 2 (вр). Ед. хр. 189. Л. 17об.

<sup>14</sup> ГАЗК. Ф. 1. Оп. 2 (вр). Ед. хр. 189. Л. 63.

<sup>15</sup> ПСЗРИ. СПб.; 1903. Т. 21. 3 собрание. Отд. 1. Ст. 20352. С. 632.

<sup>16</sup> ГАЗК. Ф. 1. Оп. 2 (вр). Ед. хр. 189. Л. 63.

<sup>17</sup> Государственный архив Республики Бурятия (ГАРБ). Ф. 10. Оп. 2. Д. 530. Л. 7.

ному оздоровлению сельского населения отдаленного региона страны. Но в XXI в. проблема обеспечения качественной, доступной медико-санитарной помощью жителей Забайкалья вновь приобретает актуальное значение. Рациональное решение этого вопроса на современном этапе должно рассматриваться не только в плане медицинского значения, но и как неотложная стратегическая задача, обеспечивающая национальную безопасность страны.

Исследование не имело спонсорской поддержки.  
Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Шильникова Н. Ф., Лазарева Е. В., Куйдина Н. А. Стратегическое планирование кадровых ресурсов территориального здравоохранения Забайкальского края. В кн.: Актуальные проблемы клинической и экспериментальной медицины: Материалы Всероссийской научно-практической конференции, посвященной 60-летию Читинской государственной медицинской академии. Чита, 17—18 октября 2013 г. Чита: РИЦ ЧГМА; 2013.
2. Егорышева И. В., Шерстнева Е. В., Гончарова С. Г. Медицина городских общественных самоуправлений в России. М.: Шико; 2017.
3. Петряев Е. Д. Живая память. М.: Молодая гвардия; 1984.
4. Заблудовский П. Е., Крючок Г. Р., Кузьмин М. К., Левит М. М. История медицины. М.: Медицина; 1981.
5. Егорышева И. В. Проблема доступной медицинской помощи в дореволюционной России. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2012; (1): 55—8.
6. Поддубный М. В., Егорышева И. В., Шерстнева Е. В. Р. У. Хабриев (ред.). История здравоохранения дореволюционной России (конец XVI—начало XX в.). М.: ГЭОТАР-Медиа; 2014.
7. Федотов Н. П., Мендрин Г. И. Очерки по истории медицины и здравоохранения Сибири. Томск: Издательство Томского университета; 1975.
8. Петряев Е. Д. Кирилов Н. В. — исследователь Забайкалья и Дальнего Востока. Чита: Кн. Изд.; 1960.
9. Болонев Ф. Ф. Старообрядцы Забайкалья в XVIII—XX вв. Новосибирск: АОЗТ. Изд-во «Февраль»; 1994.
10. Сулима А. Ф. Из командировки в Забайкальскую область. *Вестник общественной гигиены, судебной и практической медицины*. 1910;(1):13—47.
11. Раднаев А. Б., Тарнуев В. А., Дугаров Б. Л. История развития здравоохранения Еравнинского района. В кн.: Избранные вопросы истории медицины Бурятии. Материалы научно-практической конференции, посвященной 130-летию первого доктора-бурята Базар-Садо Ямпилова. Улан-Удэ: 2001; 19—20.
12. Труды съезда медицинских работников Забайкальской области 1—5 ноября 1917. Чита: Электро-Типография Первунницкого; 1918.

Поступила 19.02.2018  
Принята в печать 20.01.2019

#### REFERENCE

1. Shilnikova N. F., Lazareva E. V., Kuydina N. A. Strategic planning of human resources for territorial healthcare system of Transbaikalian region In: Topical issues of clinical and experimental medicine: All-Russian Research and Application Conference in commemoration of the 60<sup>th</sup> Anniversary of Chita State Academy of Medicine. Chita, October 17—18, 2013: Conference materials: Vol. 1 [*Aktual'nye problemy klinicheskoi i eksperimental'noi meditsiny: Materialy Vserossiiskoi nauchno-prakticheskoi konferentsii, posvyashchennoi 60-letiyu Chitinskoi gosudarstvennoi meditsinskoi akademii*]. Chita: RITS Chita State Academy of Medicine; 2013; 207 p. (in Russian).
2. Egorysheva I. V., Sherstneva E. V., Goncharova S. G. The medicine of municipal and public self-governance authorities in Russia [*Meditsina gorodskikh obshchestvennykh samoupravlenii v Rossii*]. Moscow: Shiko Publishers; 2017. 176 p. (in Russian).
3. Petryaev E. D. Living Memory [*Живая память*]. Moscow: Molodaya Gvardia; 1984. 288 p. (in Russian).
4. Zabudovsky P. E., Kyuchok G. R., Kuzmin M. K., Levit M. M. History of Medicine [*Istoriya meditsiny*]. Moscow: Meditsina; 1981. 352 p. (in Russian).
5. Egorysheva I. V. The issues of affordable medical assistance in the pre-revolution Russia. *Problemy sotsial'noy gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2012;(1):55—8 (in Russian).
6. Poddubny M. V., Egorysheva I. V., Sherstneva E. V., et al, edited by RAMS Academician R. U. Khabriev. The history of healthcare in pre-revolution Russia (Late XVI Century — early XX Century) [*Istoriya zdravookhraneniya dorevolutsionnoi Rossii (konets XVI — nachalo XX v.)*]. Moscow: GEOTAR-Media; 2014. 244 p. (in Russian).
7. Fedotov N. P., Mendrina G. I. Essays on the history of medicine and healthcare in Siberia [*Ocherki po istorii meditsiny i zdravookhraneniya Sibiri*]. Tomsk: Tomsk University Publishers; 1975. 280 p. (in Russian).
8. Petryaev E. D. Kirilov N. V. — researcher of Transbaikalian region and the Russian Far East [*Kirilov N. V. — issledovatel' Zabaikal'ya i Dal'nego Vostoka*]. Chita: Knizhnoe Izdatel'stvo; 1960. 79 p. (in Russian).
9. Bolonev F. F. Old Believers of Transbaikalian region in XVIII Century — XX Century [*Staroobryadtsy Zabaikal'ya v XVIII—XX vv.*]. Novosibirsk: Fevral'; 1994. 148 p. (in Russian).
10. Sulima A. F. From My Trip to Transbaikalian Region. *Vestnik obshchestvennoy gigieny, sudebnoy i prakticheskoy meditsiny — Herald of public hygiene, court medicine, and applied medicine*. 1910;(1):13-47 (in Russian).
11. Radnaev A. B., Tarnuev V. A., Dugarov B. L. History of the development of Yeravninsky District. In: Select issues of medicine in Buryatia. Materials of the research and practical conference in commemoration of the 130<sup>th</sup> Anniversary of the first Buryat doctor Bazar-Sado Yampilova [*Izbrannye voprosy istorii meditsiny Buryatii. Materialy nauchno-prakticheskoi konferentsii, posvyashchennoi 130-letiyu pervogo doktora-buryata Bazar-Sado Yampilova*]. Ulan-Ude; 2001; 19-20 (in Russian).
12. Writings of the Congress of Medical Workers of Transbaikalian Region, November 1—5, 1917 [*Trudy s'ezda meditsinskikh rabotnikov Zabaikal'skoi oblasti 1—5 noyabrya 1917*]. Chita: Electro-Printers of Pervunitsky; 2018. 134 p. (in Russian).

Васильев К. К.<sup>1</sup>, Васильев Ю. К.<sup>2</sup>

## И. А. ПЕТРОВСКИЙ И ВНЕДРЕНИЕ КОЛИЧЕСТВЕННОГО ПОДХОДА В КЛИНИЧЕСКУЮ МЕДИЦИНУ

<sup>1</sup>Одесский национальный медицинский университет, 65082, г. Одесса, Украина;  
<sup>2</sup>Сумский государственный университет, 40007, г. Сумы, Украина

*Освещена жизнь и деятельность доктора медицины Ивана Андреевича Петровского. Показан его вклад в пропаганду в Российской империи идеи французского врача Пьера-Шарля-Александра Луи (1787—1872) о необходимости использования статистического метода в клинической медицине. При этом выявлены новые факты биографии П.-Ш.-А. Луи. Так, установлено, что в России он был домашним врачом в семье графа Карла Францевича де Сен-При (1782—1863). Это позволило уточнить обстоятельства жизни П.-Ш.-А. Луи в Российской империи. Исследование опирается и на архивные материалы, обнаруженные в Российском государственном военно-историческом архиве, которые вводятся в научный оборот впервые.*

**К л ю ч е в ы е с л о в а :** Иван Андреевич Петровский; Пьер-Шарль-Александр Луи; революция в медицине; доказательная медицина.

**Для цитирования:** Васильев К. К., Васильев Ю. К. И. А. Петровский и внедрение количественного подхода в клиническую медицину. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2019;27(1):99—102. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2019-27-1-99-102>

**Для корреспонденции:** Васильев Константин Константинович, [vasilyev-sumy@mail.ru](mailto:vasilyev-sumy@mail.ru)

Vasiliev K. K.<sup>1</sup>, Vasiliev Yu. K.<sup>2</sup>

## I. A. PETROVSKY AND IMPLEMENTATION OF QUALITATIVE APPROACH INTO CLINICAL MEDICINE

<sup>1</sup>The Odessa National Medical University, 65082, Odessa, Ukraine;  
<sup>2</sup>The Sumy State University, 40007, Sumy, Ukraine

*The article covers the life and the work of Ivan A. Petrovsky, doctor of medicine. His contribution into propaganda in the Russian Empire of the idea of French physician Pierre-Charles-Alexandre Louis (1787—1872) concerning necessity of applying the statistical method in the clinical medicine. At that, the new facts of the biography of P.-Ch.-A. Louis were established. So, it is established that in Russia he was family doctor in the family of Armand-Charles-Emmanuel de Guignard, Comte de Saint-Priest (1782—1863). This discovery permitted to specify the circumstances of life of P.-Ch.-A. Louis in the Russian Empire. The study is also based on the archive materials founded in the Russian State Military History Archive. They are introduced into the scientific circulation for the first time.*

**К e y w o r d s :** Ivan Andreevich Petrovsky; Pierre-Charles-Alexandre Louis; revolution in medicine; evidence-based medicine.

**For citation:** Vasiliev K. K., Vasiliev Yu. K. I. A. Petrovsky and implementation of qualitative approach into clinical medicine. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2019; 27(1):99—102 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2019-27-1-99-102>

**For correspondence:** Vasiliev K. K., the Odessa National Medical University. e-mail: [vasilyev-sumy@mail.ru](mailto:vasilyev-sumy@mail.ru)

**Conflict of interests.** The authors declare absence of conflict of interests.

**Acknowledgment.** The study had no sponsor support

Received 03.02.2018  
Accepted 14.03.2017

В середине XIX в. развернулась крупномасштабная реформа лечебного дела как составная часть научной революции в медицине конца XVIII в. — 70-х годов XIX в. Основное направление дальнейшего развития этого раздела практической медицины обеспечили три крупных прорыва. Наряду с появлением наркоза и химически чистых лекарств с известными фармакологическими свойствами — оценкой эффективности лечебных мероприятий на основе использования статистического метода исследования. У истоков последнего был Пьер-Шарль-Александр Луи (Pierre-Charles-Alexandre Louis; 1787—1872) [1—2].

П.-Ш.-А. Луи один из первых указал на необходимость количественного подхода в клинической медицине, поэтому его часто называют «отцом клинической статистики». С появлением же в начале 1990 г. в медицинской науке нового направления — доказательной медицины — его фамилия вновь стала упоминаться, но уже как стоявшего у начала предыстории концепции доказательной медицины [3].

Нами установлено, что российским последователем П.-Ш.-А. Луи был доктор медицины Иван Андреевич Петровский, краткое предварительное сообщение о чем было опубликовано на Украине [4].

Однако ни в одну досоветскую, советскую и постсоветскую отечественную энциклопедию биография И. А. Петровского не попала. Только в известном словаре Л. Ф. Змеева «Русские врачи-писатели» имеется биографическая справка [5], которая не могла быть полной, поскольку тетрадь 5-я словаря с этой справкой увидела свет в 1889 г., а доктор Петровский прожил еще 14 лет. При этой краткой биографической справке дана ссылка на статью в «Еженедельной клинической газете» (газета Боткина), но автор этой статьи, как установлено нами, — не наш герой, а его однофамилец, который проживал в г. Зенькове Полтавской губернии. В современном же медицинском биографическом словаре Б. Ш. Нувахова его фамилии мы не находим [6].

Цель данной работы — осветить жизнь и деятельность доктора медицины И. А. Петровского, изучив

его вклад в пропаганду в Российской империи идеи французского врача П.-Ш.-А. Луи о необходимости использования статистического подхода в клинической медицине. При этом мы должны будем остановиться на некоторых фактах биографии П.-Ш.-А. Луи, связанных с историей медицины в России. В нашей работе мы будем опираться и на архивные материалы, обнаруженные нами в Российском государственном военно-историческом архиве, которые вводятся в научный оборот впервые. Это послужные списки И. А. Петровского 1869 и 1889 гг.<sup>1</sup> Изложение его биографических данных, кроме особо оговоренных, основано на этих списках.

Иван Петровский — уроженец области Войска Донского, казак Каменской станицы (ныне г. Каменск-Шахтинский Ростовской обл.), родился в 1829 г. Он сын урядника Донского казачьего войска (Войска Донского), православного вероисповедания. Среднее образование он получил в харьковской гимназии, а 26 января (7 февраля) 1854 г. с отличием окончил Императорский Харьковский университет со званием лекаря. Учился он на содержании Войска Донского — получал так называемую войсковую стипендию. После этого И. А. Петровский подготовился еще к двум экзаменам; 10 (22) марта того же года после экзамена в том же университете удостоен был звания «уездного врача», а 17 (29) марта — звания «оператора».

Однако службу свою он начал не уездным врачом и не во врачебной управе оператором, а полковым медиком в Войске Донском в 1854 г. и сразу был командирован в Донскую конно-артиллерийскую батарею № 5, находящуюся в Западном крае. В августе 1856 г. возвратился с батареей на Дон и уже в сентябре этого года был командирован на службу в помощь окружному врачу Миусского округа области Войска Донского (административный центр этого округа — слобода Голодаевка, ныне село Куйбышево Куйбышевского района Ростовской области).

В 1859 г. И. А. Петровский был командирован в резервную батарею № 4 на полковую службу в Западный край. По возвращении в 1862 г. батареи на Дон с дозволения командующего войсками в Царстве Польском он прикомандирован был к штабу походного атамана донских полков впредь до разрешения испрашиваемого отпуска за границу. Наконец, последовал Высочайший приказ от 23 сентября (5 октября) 1862 г., которым он был уволен в отпуск «с научной целью» в Германию, Францию и Англию на 6 мес с содержанием 492 руб. в год, куда и отправился 25 ноября (7 декабря) этого же года. С Высочайшего разрешения от 15 (27) июня 1863 г. продолжил срок отпуска еще на 2 мес.

По возвращении из-за границы 4 (16) сентября 1863 г. с разрешения медицинского департамента Военного министерства И. А. Петровский прикомандирован был к 1-му Петербургскому военно-су-

хопутному госпиталю в должности ординатора. Здесь в Петербурге он планировал подготовить диссертацию, но до ее защиты он должен был выдержать экзамен на степень доктора медицины (аналог современных кандидатских экзаменов). В связи с этим 9 (21) октября 1863 г. он был прикомандирован к клинике Императорской Петербургской медико-хирургической академии (ИПМХА; с 1881 г. — Императорская Петербургская военно-медицинская академия) на 6 мес и после этого успешно сдал докторский экзамен.

Кроме того, И. А. Петровский сдал еще один экзамен — на звание «акушера». Конференцией ИПМХА 10 (22) октября 1864 г. он был удостоен звания «акушера», что позволило ему занять должность акушера войсковой врачебной управы Донского казачьего войска (утвержден медицинским департаментом Военного министерства 8 (20) января 1865 г.).

В 1865 г. 10 (22) мая Конференцией той же ИПМХА по защите диссертации Иван Андреевич был удостоен степени доктора медицины.

С 1865 г. вся последующая служба И. А. Петровского прошла в войсковом административном казачьем центре городе Новочеркасске (ныне в Ростовской области). Здесь находилась войсковая врачебная управа Войска Донского, где на врачебных должностях работали оператор, акушер, помощник инспектора (т. е. его заместитель) и инспектор. Через 10 лет, 15 (27) сентября 1875 г. он был назначен помощником врачебного инспектора. Наконец, 2 (14) апреля 1889 г. он занял должность областного врачебного инспектора.

И. А. Петровский дослужился до чина тайного советника. В 1858 г. он был произведен в титулярные советники («по диплому лекаря»), затем «за выслугу лет» — в коллежские асессоры (1860), надворные советники (1865), коллежские советники (1869) и статские советники (1873). После этого «за отличие по службе» произведен в действительные статские советники (1885), а в 1893 г. вышел в отставку с повышением чина — произведен в тайные советники.

Параллельно с этим «за отлично усердную службу» он награждался орденами: Св. Станислава III степени (1869), Св. Станислава II степени (1873), Св. Анны II степени (1874), Св. Владимира IV степени (1879) и Св. Владимира III степени (1882).

Будучи выходцем из казачьего сословия, Иван Андреевич выслужил потомственное дворянство по чину (чин действительного статского советника) и по ордену (в ту эпоху награжденные орденами Св. Владимира любых степеней получали права потомственного дворянства).

С 1867 г. одновременно со службой в областной врачебной управе он — безвозмездный врач Новочеркасского духовного училища, а с 1868 г. — врач при Донской духовной семинарии (с производством жалования).

В Новочеркасске И. А. Петровский стал инициатором организации Общества донских врачей, президентом которого состоял со дня его возникновения в 1871 г. до 1885 г., а после этого был избран по-

<sup>1</sup> Российский государственный военно-исторический архив (РГВИА). Ф. 546. Оп. 2. Д. 6177, часть 2. Л. 268—277; Д. 6601. Л. 219—228.

История медицины

четным членом [7]. Он неоднократно выступал на заседаниях Общества. Так, в 1877 г. на годичном собрании он произнес речь о значении земской медицины для «простого народа» [8]. И. А. Петровский много сделал для открытия в 1872 г. бесплатной лечебницы для приходящих бедных больных Общества донских врачей. Он был лечащим врачом генерал-майора Платона Гавриловича Луковкина, внимание которого обратил на одну из целей Общества — организацию больницы для бесплатного лечения малообеспеченного населения. После этого (в 1874 г.) на пожертвования генерала в казачьей столице появилась женская больница имени П. Г. Луковкина Общества донских врачей на 6 коек [9]. Постепенно больница расширялась, кроме гинекологического стационара в ней появились отделения глазное, хирургическое, оториноларингологическое.

После оставления службы в 1893 г. И. А. Петровский продолжил работу в качестве вольнопрактикующего врача. Однако в конце XIX в. он полностью ушел на покой.

Иван Андреевич Петровский скончался 21 января (3 февраля) 1903 г. в Новочеркаске в возрасте 74 лет [10].

На заседании Общества донских врачей 25 января (7 февраля) 1903 г. было принято решение увековечить память покойного учреждением в больнице Общества палаты (с шестью койками) имени «почетного члена Общества донских врачей И. А. Петровского» [11].

Часть докторской диссертации И. А. Петровского была посвящена разбору трудов французского доктора П.-Ш.-А. Луи, жизнь и деятельность которого связана с Российской империей. Последний 18 июня 1813 г. успешно защитил диссертацию на степень доктора медицины на медицинском факультете Сорбоннского университета. С этого времени доктор медицины Пьер Луи в течение нескольких лет являлся домашним врачом семьи графа де Сен-При, сыновья которого состояли на военной и гражданской службе в России. Сопровождая одного из них, графа Армана-Шарля-Эммануила де Сен-При (подольского, а затем херсонского губернатора), Пьер Луи проживал в Петербурге, Каменец-Подольском, Одессе. Вернувшись в 1920 г. во Францию и живя в Париже, он не теряет связи с Россией. Свои научные труды доктор Луи посылает в Петербург, в ИПМХА, которая 5 (17) июля 1826 г. избирает его корреспондентом.

Пожалуй, наиболее известна парижская монография Пьера Луи «Recherches sur les effets de la saignée dans quelques maladies inflammatoires et sur l'action de l'émétique et des vésicatoires dans la pneumonie» (1835), которая в английском переводе была издана в Бостоне. В этом труде для суждения о терапевтической эффективности кровопусканий он использует статистический метод исследования, называя его «числовым методом» (франц. — «la methode numérique», англ. — «the numeric method»).

На титуле этой книги Луи отмечено, что он корреспондент ИПМХА. Надо считать, что доктор Луи послал эту книгу, как и предыдущие свои работы, в Пе-

тербург. Во всяком случае в петербургском «Военно-медицинском журнале» в разделе «Отборнейшие между новыми медицинскими сочинениями» появилась информация об издании этой монографии.

Книга же Луи, в которой он показал, что догматические представления о кровопускании, которое широко применяли еще со времен античной Греции, являются ложными, не только оказала большое влияние на постепенный отказ от практики кровопусканий в Европе, но и стимулировала пропаганду «числового метода» для суждения об эффективности лечения.

Как раз разбору «числового метода» Луи посвящена часть диссертации И. А. Петровского «Критический очерк развития современного учения о кровопускании в лечении легких». С французского на русский «la methode numérique» И. А. Петровский переводит как «метод числительный», в другом месте он называет его «нумерическим способом», «статистическим способом». Сейчас на русском языке чаще говорят о «числовом методе» Луи.

Итак, французский врач Луи, со слов Ивана Андреевича, верил в исполнимость усилий, имеющих целью сделать из медицины науку точную. Источник многих заблуждений — поспешные выводы из одних фактов. Врачи, по мнению Луи, принимали философов в расчет и рассуждали о фактах, «несчитавши» их предварительно. Принимая этот счет фактов необходимым для вывода правильного о них заключения, Луи ввел в медицину метод числительный. Метод этот, по мнению И. А. Петровского, есть приложение статистических приемов и статистических данных к решению «патологических и преимущественно терапевтических вопросов». Способ, предложенный Луи, встретил сначала не только многих неверующих, но даже ожесточенных врагов. В Германии к новой французской выдумке сначала отнеслись с таким же презрением, с каким долго относились к перкуссии и аускультации.

Во Франции, где «статистическая метода» нашла наибольшее число поборников, также весьма многие оспаривали возможность применения статистических приемов к решению терапевтических вопросов, а невозможность эту выводили преимущественно из того, что патологические и терапевтические числа никогда не могут быть числами арифметическими, потому что последними обозначают собрание совершенно одинаковых единиц, тогда как первыми мы обозначаем единицы не только не тождественные между собою, но и не всегда очень друг на друга похожие, что совершенного подобия не только между несколькими, но даже между двумя патологическими случаями не может быть, что математические вычисления потому-то и дают точный вывод, что они делаются над предметами совершенно подобными и равными. А так как подобной тождественности между болезненными случаями быть не может, то и математические вычисления к ним неприменимы и терапевтические выводы, сделанные на основании подобных вычислений, не только не будут точным выражением истины, но даже нередко будут прямо ей

противоречить. Патологические случаи нужно главным образом не считать, а обдумывать, потому что на каждом из них лежит отпечаток индивидуальности. Приверженцы же статистического способа утверждали, что способ этот есть самый точный, самый надежный и единственно верный для достижения истины в терапии.

Но большинство врачей держится середины, считая этот способ полезным, но отнюдь не единственным для изучения терапии. Признавая пользу нумерического метода, не нужно упускать из виду, что выводы, сделанные из фактов по этому способу, тогда только могут иметь цену, когда факты эти предварительно точно проанализированы, правильно группированы и сравнены между собой.

Далее И. Петровский отмечает, что способ Луи не есть единственный для приобретения терапевтических познаний, он не исключает индуктивного способа. Истина наших знаний, открытий доказывает, что эти открытия сделаны гением человека не выводом из многочисленного количества фактов, а из внимательного рассмотрения и изучения отдельных явлений. Статистический метод, считал Петровский, имеет гораздо большее значение для подтверждения, чем для открытия истины; он окончательно определяет достоинство того, что было открыто умом человеческим, при помощи случая, путем индукции. В заключение он сделал прозорливый вывод — «медицина не забудет большой заслуги Луи».

Таким образом, русский доктор Иван Андреевич Петровский (1829—1903), основные вехи биографии которого впервые подробно представлены, явился пропагандистом идеи француза П.-Ш.-А. Луи о возможности применения статистического анализа в клинической медицине. Последние 7 лет он провел в России и имел связи с российским медицинским сообществом: был избран корреспондентом ИПМХА, которой присылал свои труды. Поэтому И. А. Петровский мог познакомиться с работами доктора Луи как во время своего усовершенствования во Франции, так и в столице Российской империи.

Исследование не имело спонсорской поддержки.  
Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Сточик А. М., Затравкин С. Н. Реформирование практической медицины в процессе научных революций 17—19 веков. М.: Шико; 2012: 67—9.
2. Степин В. С., Сточик А. М., Затравкин С. Н. История и философия медицины. Научные революции XVII—XIX веков. М.: Академический проект; 2017: 198—201.
3. Уэзерол Д. Введение к первому изданию. В кн.: Гринхалх Т. Основы доказательной медицины. М.; 2008.
4. Васильев К. К. Последователь П.-Ш.-А. Луи в Российской империи Иван Андреевич Петровский. *Охорона здоров'я України*. 2009;1(33):56.
5. Змеев Л. Ф. Русские врачи-писатели. СПб.; 1889; тетрадь 5: 61.
6. Нухов Б. Ш. Верность клятве Гиппократова. Элита русской медицины XVIII — начала XX столетия. Краткий медицинский биографический словарь. М.; 2012: Т.2.
7. Донская речь. 1903, 22 января (№ 20): 1.
8. Петровский И. А. О земской медицине. В кн.: Протокол годового собрания Общества донских врачей 1877 г. Новочеркасск; 1877: 1—13.
9. Петровский И. А. Речь в день открытия женской больницы. *Донские епархиальные ведомости*. 1874;23:723—32.
10. Приазовский край. 1903, 23 января (№ 21):3.
11. Протокол № 2 очередного заседания 25 января 1903 г. В кн.: Протоколы Общества донских врачей за 1903 год. Новочеркасск; 1904: 4—5.

Поступила 03.02.2018  
Принята в печать 14.03.2017

#### REFERENCES

1. Stochik A. M., Zatravkin S. N. Reforming the practical medicine in the process of scientific revolutions of 17—19 centuries [*Reformirovanie prakticheskoy meditsiny v protsesse nauchnykh revolyutsiy 17—19 vekov*]. Moscow: Shiko; 2012: 67—9 (in Russian).
2. Stepin V. S., Stochik A. M., Zatravkin S. N. History and philosophy of medicine. The scientific revolutions of XVII—XIX centuries [*Istoriya i filosofiya meditsiny. Nauchnyye revolyutsii XVII—XIX vekov*]. Moscow: Akademicheskiy projekt; 2017: 198—201 (in Russian).
3. Uezzerol D. Introduction to the first edition [*Vvedenie k pervomu izdaniyu*]. In: Greenhalgh T. How to Read a Paper. The basics of evidence-based medicine. Moscow: 2008; 14 (in Russian).
4. Vaslyev K. K. Ivan A. Petrovsky, the follower of P.-Ch.-A. Louis in the Russian Empire. *Ohorona zdorov'ya Ukrayiny*. 2009;1(33):56 (in Russian).
5. Zmееv L. F. Russian physicians writers [*Russkie vrachi-pisateli*]. St. Petersburg; 1889; notebook 5: 61 (in Russian).
6. Nuvahov B.Sh. Fidelity to the Hippocratic Oath. Elite of Russian medicine in XVIII and the beginning of the XX centuries. Concise Medical Biographical Dictionary [*Vernost klyatve Gippokrata. Elita russkoy meditsiny XVIII — nachala XX stoletiya. Kratkiy meditsinskiy biograficheskiy slovar*]. Moscow: 2012; Vol. 2: (in Russian)
7. *Donskaya rech*. 1903; 22 January (20): 1 (in Russian).
8. Petrovskiy I. A. About Zemstvo's medicine [*Protokol godichnogo sobraniya Obschestva donskih vrachey 1877 g.*] Novocherkassk; 1904: 4—5 (in Russian).
9. Petrovskiy I. A. The speech in the opening day of the Women's Hospital. *Donskie eparhialnye vedomosti*. 1874;23:723—32 (in Russian).
10. *Priazovskiy kray*. 1903; 23 January (21):3 (in Russian).
11. A Protocol No.2 of the next meeting in January 25, 1903. [*Protokol N 2 ocherednogo zasedaniya 25 yanvarya 1903 g. Protokoly Obschestva donskih vrachey za 1903 god*]. Novocherkassk; 1904: 4—5 (in Russian).

## УКАЗАТЕЛЬ СТАТЕЙ, ОПУБЛИКОВАННЫХ В ЖУРНАЛЕ «ПРОБЛЕМЫ СОЦИАЛЬНОЙ ГИГИЕНЫ, ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ИСТОРИИ МЕДИЦИНЫ» В 2018 г.

### Здоровье и общество

- Абрамов А. Ю., Кича Д. И., Рукодашный О. В. Медицинская активность и удовлетворение потребности населения в медицинской помощи 5(266)
- Артамонова Г. В., Табакаев М. В., Максимов С. А., Барбараш Л. С. Социально-экономические факторы и модели прогнозирования смертности от сердечно-сосудистых заболеваний 4(221)
- Балканов А. С., Гуров А. Н., Давронов И. В. Анализ онкологической заболеваемости как функция перспективного планирования инфраструктуры региональной радиотерапевтической службы 6(393)
- Батукаева З. М., Алексеева В. М., Козлов В. В., Микерова М. С. Современные особенности оказания противотуберкулезной помощи населению 2(107)
- Гудилина Н. А., Иванова Э. С., Ростова Н. Б. Рациональная антиретровирусная терапия ВИЧ-инфицированных пациентов: мнение медицинских специалистов 6(411)
- Гудинова Ж. В., Усачева Е. В., Бережной К. О. Заболеваемость инфарктом миокарда в Российской Федерации, Сибирском федеральном округе и Омской области 6(397)
- Дерябкина Л. В., Толстов С. Н., Карасёва Т. В. Травмотогенные факторы образа жизни сельского населения 2(91)
- Есауленко И. Э., Золотухин О. В., Аносова Ю. А., Мадькин Ю. Ю., Кочетов М. В., Авдеев А. И. Послеоперационные осложнения как оценочный показатель эффективности работы трехуровневой системы оказания медицинской помощи по профилю урология в Воронежской области 2(87)
- Иванова М. А., Романова О. В., Люцко В. В., Воробьев М. В. Распространенность инфекций, передаваемых половым путем, в зависимости от социальной принадлежности населения 2(103)
- Ишкининева Ф. Ф., Озерова К. А., Кавеева А. Д., Хуснуллина Э. С. Востребованность генетических тестов по определению предрасположенности к раку молочной железы и раку яичников 5(276)
- Кича Д. И., Агарков Н. М., Гонтарев С. Н., Луценко В. Д., Яковлев А. П. Динамика общей заболеваемости салпингоофоритом как проблема регионального здравоохранения 1(28)
- Коломийченко М. Е., Караева О. С. Анализ результатов социологического опроса населения об отношении к оказанию паллиативной помощи в Российской Федерации 1(32)
- Кочубей А. В., Конаныхина А. К., Бурицев А. К. Тенденции распространенности болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани у взрослого населения Москвы 2(72)
- Лапина Л. М., Сердюковский С. М. Нормативная правовая база обеспечения качества безопасности медицинской деятельности 1(36)
- Линденбратен А. Л., Гришина Н. К., Перепелова О. В. Правовые вопросы соответствия платной медицинской услуги ожиданиям пациента 6(388)
- Манакина Е. С., Медведева О. В., Макарова Т. И. Динамика первичной инвалидности и определение потерь продолжительности здоровой жизни трудоспособного населения Рязанской области 1(25)
- Марков Д. С., Ливиц С. А., Гуров А. М. Организация оказания специализированной медицинской помощи пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях с применением информационной системы для паспортизации травматологических центров Московской области 2(83)
- Мордовский Э. А., Соловьев А. Г., Санников А. Л., Пылаева Ж. А., Ашихмин В. А., Иваненко Н. Г. Динамика заболеваемости населения Европейского Севера России психическими и поведенческими расстройствами, вызванными потреблением алкоголя, в 2006—2015 гг. 4(207)
- Москвичева М. Г., Кремлев С. Л., Щепилина Е. С. Развитие неотложной медицинской помощи в Российской Федерации: анализ нормативно-правового регулирования 4(226)
- Мызников И. Л., Устименко Л. И., Макеев А. Т., Бурицев Н. Н., Маточкина А. А., Садченко С. Н. Некоторые аспекты физического развития призывников 4(213)
- Низова Н. М., Кислицына И. Г., Иванова С. И. Зона риска как фактор профессионального выгорания медицинских работников 3(137)
- Петрова Н. Г., Погосян С. Г. О результатах анализа качества жизни среднего медицинского персонала 2(94)
- Полунин В. С., Полунина Н. В., Буслаева Г. Н., Турбина Ю. О. Социально-гигиенические аспекты профилактики аборт 3(148)
- Решетников А. В., Присяжная Н. В. Особенности восприятия здорового образа жизни студентами медицинских вузов 4(201)
- Романов С. В., Александрова О. Ю., Абаева О. П., Смирнова Г. Ю. Отношение врачей донорских баз к проблемам трансплантации органов и тканей человека 6(415)
- Русановская Г. Ф. Анализ заболеваемости туберкулезом органов дыхания женщин репродуктивного возраста на территории Нижегородской области 3(141)
- Самородская И. В., Семенов В. Ю., Бойцов С. А. Влияние медицинских и немедицинских факторов на смертность населения: генетические, фенотипические и поведенческие факторы 5(260)
- Скворцова Е. С., Лушкина Н. П. Табакокурение среди сельских подростков 5(282)
- Спасенников Б. А., Бурт А. А., Давыдова Н. В., Черкасов С. Н., Безмельницина Л. Ю. Медико-социальная эффективность совместного содержания матери и ребенка в местах лишения свободы 2(98)
- Сыч Г. В., Косолапов В. П., Чопоров О. Н., Джавахадзе Р. Е. Медико-социальные характеристики женщин с онкологическими заболеваниями 5(297)
- Таджиев И. Я., Белостоцкий А. В., Камынина И. Н. Развитие общей врачебной (семейной) практики в Российской Федерации 1(20)
- Успенская И. В., Манухина Е. В., Юрина С. В. Стomatологическая заболеваемость и первичная стоматологическая помощь населению 6(401)
- Усынина А. А., Постоев В. А., Одланд И. О., Меньшикова Л. И., Пылаева Ж. А., Пастбина И. М., Гржибовский А. М. Влияние медико-социальных характеристик и стиля жизни матерей на риск преждевременных родов в Арктическом регионе Российской Федерации 5(302)
- Фаттахов Т. А., Пьянкова А. И. Потерянные годы жизни в результате дорожно-транспортных происшествий в России в 2000—2012 гг. 5(271)
- Федорова Г. В., Дулева И. В. Оценка мнений пациентов о качестве оказания сестринской помощи в стационарах 5(292)
- Феофилова М. А., Павлов О. Г., Геймерлинг В. Э. Влияние образа жизни и производственных вредностей на развитие миомы матки 6(406)
- Хабриев Р. У., Иванцов С. В., Игнатов А. Н., Спасенников Б. А. Проблемы общественно опасных деяний медицинских работников в сфере биомедицинских технологий 1(4)
- Хетагурова А. К., Галулина О. В., Сиденкова А. П., Набойченко Е. С. Актуальность межведомственного взаимодействия для формирования механизмов здорового старения 2(68)
- Цветкова Л. А., Антонова Н. А., Ерицян К. Ю., Мухамедрахимов Р. Ж., Арицина И. А., Дмитриева В. В., Одинова В. В. Табакокурение среди беременных женщин: роль психосоциальных факторов 4(217)
- Шахгельдян К. И., Гельцер Б. И., Имарь Д. В., Кривелевич Е. Б., Теук К. А., Транковская Л. В. Проблемы анализа данных медицинской статистики 3(132)
- Шахгельдян К. И., Гельцер Б. И., Емцева Е. Д., Середа В. Г., Мазелис Л. С., Сахарова О. В. Анализ влияния социально-экономических факторов на эпидемическую ситуацию по туберкулезу в регионах Российской Федерации 2(78)
- Шестопалова Т. Н., Гололобова Т. В., Кондратова Н. В. К методике разработки алгоритма действий по гигиенической обработке рук и использованию медицинских перчаток 5(287)
- Шляфер С. И. Анализ заболеваемости городского населения старше трудоспособного возраста в России 1(13)
- Шрейдер Т. Ф., Федорова Г. В. Мнение врачей об организации медицинской реабилитации детей 3(144)
- Щепин В. О., Кича Д. И., Голощапов-Аксенов Р. С. Профессиональные, жилищные и семейные факторы риска в прогнозировании заболеваемости инфарктом миокарда 4(196)
- Щепин В. О., Проклова Т. Н., Тельнова Е. А. К вопросу о развитии Международной классификации болезней 1(10)

### Реформы здравоохранения

- Абольян Л. В., Новикова С. В., Флорес М. А. Почему важно инвестировать в грудное вскармливание и как улучшить его практику? 2(119)
- Артохов И. П., Горбач Н. А., Левенец А. А., Фокас Н. Н., Чучунов А. А. Совершенствование специализированной медицинской помощи пациентам с челюстно-лицевой травмой 55(333)
- Вартанян Э. А., Гриднев О. В., Белостоцкий А. В., Песенникова Е. В., Гадаборишев М. И., Кучиц С. С. Анализ современных подходов к оценке эффективности медицинской помощи пациенткам с привычным невынашиванием беременности 4(236)
- Вишняков Н. И., Кича Д. И., Кочорова Л. В., Никитина О. Г. К вопросу организации первичной специализированной офтальмологической помощи в мегаполисе 3(151)
- Волкова О. И., Тельнова Е. А. Клинико-экономическая оценка при выборе и закупках расходных материалов: оптимизация расходов медицинских организаций 1(40)
- Воронина Е. В., Жусина Ю. Г., Будневский А. В., Саурина О. С., Натаров Е. В., Лабжания Н. Б., Гребенникова Л. Г. К вопросу о регистре пациентов гинекологического профиля с анемическим синдромом 6(436)
- Гаджиев Р. С., Азларова Л. С. Совершенствование технологии работы участковых врачей на амбулаторном приеме 5(324)

- Гайдаров Г. М., Ломакина Е. А. Медико-экономический анализ специализированной офтальмологической помощи в рамках территориальной программы государственных гарантий 6(424)
- Гайдаров Г. М., Ломакина Е. А. Новые подходы к организации обеспечения медикаментами пациентов в стационаре 3(155)
- Гринин В. М., Ковалева Л. С. Организация стоматологической помощи больным с различной соматической патологией 2(115)
- Зарубина Т. В., Кобринский Б. А., Кудрина В. Г. Медицинская информатика в здравоохранении России 6(447)
- Калининская А. А., Баянова Н. А. Территориальная доступность первичной доврачебной медико-санитарной помощи сельскому населению 5(328)
- Кудряшова А. И., Орлова Е. В., Ростова Н. Б. Деятельность представитель компаний-производителей лекарственных препаратов в информировании специалистов с целью рационального использования лекарств 4(230)
- Марков Д. С., Огнева Е. Ю., Гуров А. Н. Оказание специализированной медицинской помощи пациентам с острыми нарушениями сердечно-сосудистой системы в сосудистых центрах Московской области 5(320)
- Мильчаков К. С., Косаговская И. И., Кобыляк Е. Е., Розалиева Ю. Ю. Динамический мониторинг баланса польза/риск в системе фармакологического надзора 6(440)
- Мингазова Э. Н., Ульянов Ю. А., Миргазизов М. З. Анализ преимуществ сетевых структур в стоматологии 6(432)
- Сандаков Я. П., Кочубей А. В. Мероприятия по совершенствованию организации диспансерного наблюдения 6(428)
- Семенов В. Ю., Лакунин К. Ю., Лившиц С. А. Оценка системы обязательного медицинского страхования медицинскими работниками Московской области 5(307)
- Соловьева С. Ю., Фомина А. В. Медицинская помощь пациентам с хроническими дерматозами в условиях общей врачебной практики 5(317)
- Таирова Р. Г., Берсенева Е. А. Медико-социологический мониторинг как стратегический элемент менеджмента качества медицинской помощи 2(111)
- Хальфин Р. А., Мадьянова В. В., Столбов А. П., Свиштунов А. А., Орлов С. А., Бакулина А. А., Ефимова А. О., Татаринова Т. А., Гиль А. Ю. Концепция пациентоориентированной модели организации медицинской помощи 6(418)
- Хетагурова А. К., Мирясунова Г. Ф. Организация реабилитации больных после мастэктомии 3(160)
- Черепов В. М., Ефремов Д. В., Нечаев В. С., Кукушкин И. Г., Шатохин К. А. Современные подходы к развитию системы охраны здоровья работающего населения 5(312)
- Из опыта организатора здравоохранения**
- Солдатов Ю. П., Губин А. В. Из опыта обучения иностранных врачей по программам дополнительного профессионального медицинского образования 1(43)
- Образование и кадры**
- Кучиц С. С., Гриднев О. В., Песенникова Е. В., Гадаборшев М. И., Вартамян Э. А. Особенности трудовой мотивации сотрудников государственных медицинских учреждений 6(452)
- Мерзлякова С. В., Яновская Т. Э., Жилкина В. А., Пэк Т. Н. Ценностные ориентации как фактор формирования психологического климата в медицинской организации 4(240)
- Орлов Д. А., Эхте К. А., Дербенев Д. П. Характеристика кадровых ресурсов системы здравоохранения Тверской области 6(457)
- Панова Е. Л., Тютюрская М. С. Социальные сети и организация внеаудиторного обучения студентов в системе высшего медицинского образования 1(48)
- За рубежом**
- Коновалов О. Е., Бейсенбаева Ж. М. Организация специализированной и высокотехнологичной кардиологической помощи в Республике Казахстан 6(461)
- История медицины**
- Айзман Р. И., Панова А. С., Сорокина Т. С., Суботьялов М. А. Становление и развитие научной школы по физиологии почек и водно-солевого обмена в Новосибирске 4(247)
- Аликова З. Р., Анаева Л. А., Фидарова К. К., Козырева Ф. У. Приоритетные направления охраны здоровья детей в условиях региона в годы Великой Отечественной войны 2(124)
- Бородулин В. И., Васильев К. К. Классик отечественной медицины Ф. Г. Яновский 6(496)
- Бородулин В. И., Затравкин С. Н., Поддубный М. В. О научно-общественной деятельности В. Д. Шервинского по созданию обществ врачей и организации съездов (по материалам личного архива В. Д. Шервинского) 3(174)
- Бородулин В. И., Паишков К. А., Поддубный М. В., Тополянский А. В., Шадрин П. В. Профессор Московского университета Л. Е. Голубинин и его роль в истории отечественной клиники начала XX века 5(371)
- Валитов А. А., Сулимов В. С., Томилов И. С., Еремеева О. И., Федотова Д. Ю. Деятельность Министерства народного просвещения по улучшению школьных санитарно-гигиенических норм в первые годы XX века 5(367)
- Воробей С. В., Туленков А. М., Пономарев С. Б. Историко-правовые аспекты становления пенитенциарной медицины в России 6(487)
- Глянцев С. П., Сточик А. А. Две концепции создания Академии медицинских наук СССР (январь—февраль 1944 г.) 1(59)
- Глянцев С. П., Сточик А. А. Создание АМН СССР: первый этап. Постановление СНК СССР «Об учреждении АМН СССР» (30 июня 1944 г.) 5(357)
- Глянцев С. П., Сточик А. А. Создание АМН СССР: второй этап. От постановления СНК СССР «Об учреждении АМН СССР» до Учредительной сессии АМН СССР (июль—декабрь 1944 г.) 6(472)
- Гончарова С. Г. Из истории антиалкогольной кампании 1985 года в СССР 4(252)
- Горелова Л. Е., Афанасьева Е. А. Роль госпитальных школ в развитии отечественного медицинского образования 6(491)
- Егорышева И. В. К истории внедрения диспансерного метода в 20-е годы XX века в России 5(363)
- Егорышева И. В. Репрессии в отношении врачей в годы Гражданской войны 6(483)
- Егорышева И. В., Шерстнева Е. В. Организация Наркомздравом РСФСР борьбы с социальными болезнями в 20-е годы XX века 4(243)
- Затравкин С. Н., Олейникова В. С. Организация системы обучения основам медицины в духовных семинариях 1(53)
- Затравкин С. Н., Хабриев Р. У., Шепин В. О., Саркисов А. С. Заболеваемость инфекционными болезнями в СССР: мифы и реальность. Сообщение 1. 1919—1949 годы 5(350)
- Затравкин С. Н., Хабриев Р. У., Шепин В. О., Саркисов А. С. Заболеваемость инфекционными болезнями в СССР: мифы и реальность. Сообщение 2. 1950—1990 годы 6(465)
- Кутя С. А., Сатаева Т. П., Николаева Н. Г., Кривенцов М. А. Антонио Беньвенти (1443—1502) — врач эпохи Возрождения 6(502)
- Мороховец М. А. Л. З. Мороховец — физиолог и историк медицины 5(380)
- Паишков К. А., Тютюрская М. С., Чиж Н. В. История международных ассоциаций медицинских музеев 3(169)
- Подзолков В. И., Белая О. Л., Сафронова Т. А., Покровская А. Е. Вклад профессора В. И. Калмыковой в изучение патогенеза атеросклероза (к 90-летию со дня рождения) 5(377)
- Хабриев Р. У., Егорышева И. В., Шерстнева Е. В. Н. А. Семашко — первый народный комиссар здравоохранения 3(163)
- Шерстнева Е. В. Реформирование организационной структуры Наркомздрава РСФСР в 1930-е годы 6(478)
- Материалы I Научной конференции молодых ученых**
- Бородулина Э. В., Суслин С. А. Современные особенности и тенденции эпидемиологии туберкулеза в Самаре 3(174)
- Жукова О. В. Анализ лекарственной нагрузки как основа оптимизации фармакотерапии обострений бронхиальной астмы у детей 3(186)
- Нагеева И. Э. Многогранная деятельность профессора Алексея Ивановича Дойникова 3(189)
- Тимошилов В. И., Фисюк А. А. Представления учащихся и студентов об инфекциях, передаваемых половым путем, и пути их формирования 3(178)
- Хроника**
- Тельнова Е. А., Румянцев А. С., Проклова Т. Н. Российско-итальянский круглый стол в Национальном НИИ общественного здоровья им. Н. А. Семашко по проблеме внутрибольничных инфекционных заболеваний и антибиотикорезистентности 6(505)