

18+

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.journal-nriph.ru
www.nriph.ru

Зав. редакцией

Щеглова Татьяна Даниловна
Тел.: +7 (495) 916-29-60
E-mail: 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.

Цена свободная.

Подписка:

через интернет:
www.akc.ru, www.pressa-rf.ru,
www.pochta.ru

на электронную версию:
elibrary.ru

ISSN 0869-866X. Пробл. соц. гиг., здравоохран. и истории мед. 2020. Т. 28. № 2. 169—344.



Издатель:
Акционерное общество
«Шико»

ОГРН 1027739732822

Переводчик В. С. Нечаев

Корректор И. И. Жданюк

Сдано в набор 03.03.2020.

Подписано в печать 16.04.2020.

Формат 60 × 88%. Печать офсетная.
Печ. л. 22,00. Усл. печ. л. 21,51. Уч.-изд. л. 24,45.

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

2

Том 28

2020

МАРТ—АПРЕЛЬ

Главный редактор:

ХАБРИЕВ Рамил Усманович — академик РАН, доктор медицинских наук, доктор фармацевтических наук, профессор (Москва, Россия)

Заместители главного редактора:

ЩЕПИН Владимир Олегович — член-корреспондент РАН, доктор медицинских наук, профессор (Москва, Россия)

ЗАТРАВКИН Сергей Наркизович — доктор медицинских наук, профессор (Москва, Россия)

СОН Ирина Михайловна — доктор медицинских наук, профессор (Москва, Россия)

АНАНЧЕНКОВА Полина Игоревна — кандидат экономических наук, кандидат социологических наук, доцент (Москва, Россия)

Ответственный секретарь:

НЕЧАЕВ Василий Сергеевич — доктор медицинских наук, профессор (Москва, Россия)

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

АЛЕКСАНДРОВА Оксана Юрьевна — доктор медицинских наук, профессор (Москва, Россия)

ПАШКОВ Константин Анатольевич — доктор медицинских наук, профессор (Москва, Россия)

АЛЬБИЦКИЙ Валерий Юрьевич — доктор медицинских наук, профессор (Москва, Россия)

СЕМЕНОВ Владимир Юрьевич — доктор медицинских наук, профессор (Москва, Россия)

АНДРЕЕВА Маргарита Дарчоевна — доктор медицинских наук, доцент (Краснодар, Россия)

СОЗИНОВ Алексей Станиславович — доктор медицинских наук, профессор (Казань, Россия)

ГАЙДАРОВ Гайдар Мамедович — доктор медицинских наук, профессор (Иркутск, Россия)

СОРОКИНА Татьяна Сергеевна — доктор медицинских наук, профессор (Москва, Россия)

ЗУДИН Александр Борисович — доктор медицинских наук (Москва, Россия)

СТАРОДУБОВ Владимир Иванович — академик РАН, доктор медицинских наук, профессор (Москва, Россия)

КАКОРИНА Екатерина Петровна — доктор медицинских наук, профессор (Москва, Россия)

ХАЛЬФИН Руслан Альбертович — доктор медицинских наук, профессор (Москва, Россия)

ЛИНДЕНБРАТЕН Александр Леонидович — доктор медицинских наук, профессор (Москва, Россия)

ЧЕБОТАРЕВА Юлия Юрьевна — доктор медицинских наук, доцент (Ростов-на-Дону, Россия)

МЕДИК Валерий Алексеевич — член-корреспондент РАН, доктор медицинских наук, профессор (Новгород, Россия)

ЧИЧЕРИН Леонид Петрович — доктор медицинских наук, профессор (Москва, Россия)

ШЛЯФЕР София Исааковна — доктор медицинских наук, профессор (Москва, Россия)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

АМОНОВА Дильбар Субхоновна — доктор экономических наук, доцент (Душанбе, Республика Таджикистан)

ДЖУМАЛИЕВА Гульмира Артыкбаевна — доктор медицинских наук, профессор (Бишкек, Кыргызстан)

ВИШНЯКОВ Николай Иванович — доктор медицинских наук, профессор (Санкт-Петербург, Россия)

ЗУБОК Юлия Альбертовна — доктор социологических наук, профессор (Москва, Россия)

ВОЛКОВА Ольга Александровна — доктор социологических наук, профессор (Белгород, Россия)

КАСЫМОВА Гульнара Пазылбековна — доктор медицинских наук, профессор (Алматы, Казахстан)

ГЕРАСИМЕНКО Николай Федорович — академик РАН, доктор медицинских наук, профессор (Москва, Россия)

ПОЛУНИНА Наталья Валентиновна — член-корреспондент РАН, доктор медицинских наук, профессор (Москва, Россия)

ГУЛЗОДА Махмадшох Курбонали — доктор медицинских наук, профессор (Республика Таджикистан)

ПОЛЯНИН Андрей Витальевич — доктор экономических наук, профессор (Орел, Россия)

ГУНДАРОВ Игорь Алексеевич — доктор медицинских наук, профессор (Москва, Россия)

РЕШЕТНИКОВ Андрей Вениаминович — академик РАН, доктор медицинских наук, доктор социологических наук, профессор (Москва, Россия)

САЛАКС Юрис — доктор медицинских наук, профессор (Рига, Латвия)

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

Managing editor

Scheglova T. D.

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

E-mail: ttcheglova@gmail.com

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

Subscription via the Internet:
www.akc.ru, www.pressa-rf.ru,
www.pochta.ru

Subscription to the electronic version of the
journal: 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

2

Volume 28

2020

MARCH—APRIL

Editor-in-Chief:

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

Deputy Editor-in-Chief:

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

SON I. M. — MD, PhD, DSc, prof.

ZATRAVKIN S. N. — MD, PhD, DSc, prof.

ANANCHENKOVA P. I. — PhD, assistant prof.

Executive secretary:

NECHAEV V. S. — MD, PhD, DSc, prof.

EDITORIAL BOARD:

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

ALBICKY V. Yu. — MD, PhD, DSc, prof.

ANDREEVA M. D. — MD, PhD, DSc, assistant prof.

GAIDAROV G. M. — MD, PhD, DSc, prof.

ZUDIN A. B. — MD, PhD, DSc.

KAKORINA Ye. P. — MD, PhD, DSc, prof.

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

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

PASHKOV K. A. — MD, PhD, DSc, prof.

SEMENOV V. Yu. — MD, PhD, DSc, prof.

SOZINOV A. S. — MD, PhD, DSc, prof.

SOROKINA T. S. — MD, PhD, DSc, prof.

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

HALFIN R. A. — MD, PhD, DSc, prof.

CHEBOTAREVA Yu. Yu. — MD, PhD, DSc, assistant prof.

CHICHERIN L. P. — MD, PhD, DSc, prof.

SHLIAFER S. I. — MD, PhD, DSc, prof.

EDITORIAL COUNCIL:

Amonova D. S. — PhD, DSc, assistant prof.

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

Volkova O. A. — PhD, DSc, prof.

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

Gulzoda M. K. — MD, PhD, DSc, prof.

Gundarov I. A. — MD, PhD, DSc, prof.

Dzumaliev G. A. — MD, PhD, DSc, prof.

Zubok Yu. A. — PhD, DSc, prof.

Kasimova G. P. — MD, PhD, DSc, prof.

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

Polanin A. V. — PhD, DSc, prof.

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

Salaks Yu. M. — MD, PhD, DSc, prof.

СОДЕРЖАНИЕ

Здоровье и общество

Мелихов О. Г., Лукерин С. М., Зудин А. Б. Обращение с данными научных исследований в области медицины	173
Семенов В. Ю., Лившиц С. А., Лакунин К. Ю. Система обязательного медицинского страхования в оценках пациентов	178
Ананченкова П. И., Камынина Н. Н. Социально-экономические аспекты развития экспорта медицинских услуг	184
Палевская С. А., Васильева Т. П., Муслимов М. И., Измалков Н. С., Смбалян С. М. Управление качеством и безопасностью медицинской деятельности как мировой тренд здравоохранения (обзор литературы)	190
Введенский А. И. Корпоративные программы профилактики профессиональных заболеваний	202
Мадьянова В. В., Какорина Е. П., Клокова Т. А. Особенности заболеваемости лиц старше трудоспособного возраста в Российской Федерации в 2012—2018 гг.	207
Найговзина Н. Б., Филатов В. Б., Патрушев М. А. Совершенствование медицинской помощи больным с онкологическими заболеваниями в рамках Приоритетного национального проекта «Здоровье»	216
Пузин С. Н., Ачкасов Е. Е., Самусенко А. Г., Запарий Н. С. Характеристика ограничений жизнедеятельности инвалидов старше трудоспособного возраста вследствие болезни Паркинсона	222
Воблая И. Н., Королева Н. В., Мореева Е. Г. Маркетинговый анализ рынка пластической хирургии в России	227
Петров В. С. Ассоциации показателей эхокардиографии с полиморфизмом генов ангиотензиногена и ангиотензинового рецептора 1-го типа у исследуемых с хронической ревматической болезнью сердца	234
Антоненков Ю. Е., Чайкина Н. Н., Саурина О. С., Смолькин Е. Б., Чернов А. В., Титова С. Н. О стоматологической службе Воронежской области	239
Волкова О. А., Волошина И. Г., Доля Р. Ю., Кадуцкий П. А. Социально-педагогическая адаптация людей с нарушениями психического здоровья	243
Масгутова Л. М., Абдрахманова Е. Р., Ахметшина В. Т., Хафизова А. С., Хайруллин Р. У. О состоянии профессиональной аллергической заболеваемости в современных условиях	249
Кисленко А. В., Шаповалова И. С., Кисленко Д. Г., Хашиева С. В., Ковальчук О. В. Анализ результатов экспертного опроса о факторах самосохранительного поведения населения центральных регионов России	253
Фальковская К. И., Мартыненко А. В. Социологические методы исследования в практике медико-социальной работы	261
Коломийченко М. Е. К вопросу об условиях предоставления паллиативной медицинской помощи	266
Воробцова Е. С., Мартыненко А. В., Овчинникова С. В. Мнение врачей о деятельности профессиональных социальных работников в организациях, оказывающих паллиативную медицинскую помощь	270
Коновалов О. Е., Жильцова Е. Е., Чахоян Л. Р. Информированность пациентов с хроническими дерматозами о предоставляемых медицинских услугах и правах при их получении	275
Скворцова Е. С., Лушкина Н. П. Российские сельские подростки-школьники как пользователи интернета	279
Абросимов В. Н. , Косяков А. В., Якушин С. С. Медико-социальная значимость функциональных нарушений при хронической обструктивной болезни легких	285
Ахмедова Н. А. Анализ самооценки стоматологического здоровья пациентов с частичным отсутствием зубов	291
Лещенко О. Я., Генич Е. В. Репродуктивное здоровье и сексуальное поведение ВИЧ-инфицированных женщин (обзор литературы)	294

Реформы здравоохранения

Захаренко Г. А., Белокопытова Н. В., Салагай О. О. Проблемы эффективной работы горячих линий в сфере здравоохранения	303
--	-----

CONTENTS

Health and Society

Melikhov O. G., Lukerin S. M., Zudin A. B. The handling and using of medical research data	173
Semenov V. Yu., Livshitz S. A., Lakunin K. Yu. The system of mandatory medical insurance as evaluated by patients	178
Ananchenkova P. I., Kamynina N. N. The social economic aspects of development of medical services export	184
Palevskaya S. A., Vasilieva T. P., Muslimov M. I., Izmailkov N. S., Smbatyan S. M. The management of quality and safety of medical activities as world trend in health care: the review	190
Vvedensky A. I. The corporative programs of prevention of occupational diseases	202
Madyanova V. V., Kakorina E. P., Klokova T. A. The characteristics of morbidity of population older than able-bodied age in the Russian Federation in 2012—2018	207
Naygovsina N. B., Filatov V. B., Patrushev M. A. The improvement of medical care of patients with oncologic diseases within the framework of the Priority National Project «Health»	216
Puzin S. N., Achkasov E. E., Samusenko A. G., Zapariy N. S. The characteristics of limitations of life activity of the disabled persons older than able-bodied age due to Parkinson's disease	222
Voblaya I. N., Koroleva N. V., Moreeva E. G. The marketing analysis of plastic surgery market in Russia	227
Petrov V. S. The associations of indices of echocardiography with polymorphism of genes of angiotensinogen and angiotensin receptor type I in examined patients with chronic rheumatic heart disease	234
Antononkov Yu. E., Chaykina N. N., Saurina O. S., Smolkin E. B., Chernov A. B., Titova S. N. On stomatological service in the Voronezh Oblast	239
Volkova O. A., Voloshina I. G., Dolya R. Yu., Kadutsky P. A. The social pedagogic adaptation of individuals with mental health disorders	243
Masyagutova L. M., Abdrakhmanova E. R., Akhmetshina V. T., Khafisova A. S., Khayrullin R. U. On situation with occupational allergic morbidity in modern conditions	249
Kisilenko A. V., Shapovalova I. S., Kisilenko D. G., Khashaeva S. V., Kovalchuk O. V. The analysis of expert survey on factors of self-preserving behavior of population of the central regions of Russia	253
Falkovskaya K. I., Martynenko A. V. The sociological research methods in practice of medical social work	261
Kolomiychenko M. E. On issue of conditions of rendering palliative medical care	266
Vorobtsova E. S., Martynenko A. V., Ovchinnikova S. V. The opinion of physicians about activities of professional social workers in organizations rendering palliative medical care	270
Kononov O. E., Jiltsova E. E., Chakhoyan L. R. The awareness of patients with chronic dermatitis about rendering medical services and rights at their acceptance	275
Skvortsova E. S., Lushkina N. P. The Russian rural school children of adolescent age as Internet users	279
Abrosimov V. N. , Kosiyakov A. V., Yakushin S. S. The medical social importance of functional disorders under chronic obstructive disease of lungs	285
Akhmedova N. A. The analysis of self-evaluation of stomatological health in patients with partial absence of teeth	291
Leschenko O. Ya., Genich E. V. The reproductive health and sexual behavior of HIV-infected women: the review	294

Health Care Reforms

Zakharenko G. A., Belokopytova N. V., Salagay O. O. The problems of efficient functioning of hot lines in health care	303
---	-----

- Атаева Н. Б., Белостоцкий А. В., Гришина Н. К., Значкова Е. А., Загоруиченко А. А.* Организация патронажной медицинской помощи маломобильным пациентам 306
- Никонов Е. Л., Куваев Р. О.* Анализ работы эндоскопической службы лечебно-профилактических учреждений Департамента здравоохранения города Москвы 310

Образование и кадры

- Гайдаров Г. М., Макаров С. В.* Сравнительная оценка программных документов субъектов Российской Федерации по кадровой политике в здравоохранении 314

История медицины

- Шерстнева Е. В.* Организация промышленного производства пенициллина в СССР 320
- Яковенко В. А.* Финансы и статистика в материалах комиссии Г. Е. Рейна 326
- Горелова Л. Е., Шелкова В. Н.* Вклад академика Г. Н. Сперанского в становление отечественной системы оказания педиатрической помощи 332
- Сточик А. А.* Жизненный и творческий и путь академика И. Д. Страшуна 338

- Ataeva N. B., Belostotsky A. V., Grishina N. K., Znachkova E. A., Zagoruychenko A. A.* The organization of home-nursing medical care of patients with limited mobility
- Nikonov E. L., Kuvaev R. O.* The analysis of functioning of endoscopic service of curative preventive institutions of the Moscow Health Care Department

Education and Personnel

- Gaydarov G. M., Makarov S. V.* The comparative evaluation of policy documents of the Russian Federation concerning personnel policy in health care

History of Medicine

- Sherstneva E. V.* The organization of industrial production of penicillin in the USSR
- Yakovenko V. A.* The finances and statistics in materials of the G. E. Rhein commission
- Gorelova L. E., Shelkova V. N.* The contribution of academician G. N. Speransky into becoming of national system of pediatric care
- Stochik A. A.* The creative course of life of academician I. D. Strashun

Здоровье и общество

© Мелихов О. Г., Лукерин С. М., Зудин А. Б., 2020
УДК 614.2

Мелихов О. Г.¹, Лукерин С. М.¹, Зудин А. Б.²

ОБРАЩЕНИЕ С ДАННЫМИ НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ В ОБЛАСТИ МЕДИЦИНЫ

¹ООО «Институт клинических исследований», 119590, г. Москва;
²ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н. А. Семашко» Минобрнауки России, 105064, г. Москва

Результатам научного исследования можно доверять, если собранные данные хорошо обработаны. Особенно важно следить за качеством данных в научных исследованиях, результаты которых используются руководителями российского здравоохранения при принятии управленческих решений, влияющих на оказание медицинской помощи в масштабах страны. Финансирование науки в рамках государственных контрактов становится неэффективным, если выводы делаются на основе некорректно собранной, измененной или пропущенной информации.

Если при сборе данных используются электронные системы, эти системы должны соответствовать определенным требованиям. Существует несколько международных документов, определяющих требования к электронным системам для сбора и обработки информации в научных исследованиях в области медицины. В Российской Федерации такие требования отсутствуют.

Решение проблемы, на наш взгляд, в постепенном внедрении общепринятых международных норм в практику сбора данных научных исследований вначале через образование научных работников, а затем через изменение российской нормативной документации.

К л ю ч е в ы е с л о в а : данные научных исследований; требования к электронным системам; безопасность и достоверность научных данных.

Для цитирования: Мелихов О. Г., Лукерин С. М., Зудин А. Б. Обращение с данными научных исследований в области медицины. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2020;28(2):173—177. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2020-28-2-173-177>

Для корреспонденции: Мелихов Олег Геннадьевич, канд. мед. наук, директор Института клинических исследований, e-mail: melikhov.oleg@gmail.com

Melikhov O. G.¹, Lukerin S. M.¹, Zudin A. B.²

THE HANDLING AND USING OF MEDICAL RESEARCH DATA

¹The Society with Limited Liability "The Institute of Clinical Research", 119590, Moscow, Russia;

²N. A. Semashko National Research Institute of Public Health, 105064, Moscow, Russia

The results of scientific research can be trusted when initial data is processed properly. To watch out quality of data is the most important in those research studies that provide their results to Russian health care officials for management decision-making that effect medical care support on national scale. The financial support of science within the framework of public contracts turns out less efficient when deductions are based on unreliably collected, altered or omitted information.

When electronic systems are applied in data collection, they are to meet definite requirements. There are several international documents defining requirements to electronic systems collecting and processing information in medical scientific research. In the Russian Federation, such requirements are absent.

The solution of this problem is in gradual implementation of common international standards into practice of collecting research data initially through researchers' training and then through Russian regulatory documentation amendment.

К е у в о р д с : research data; requirements; electronic system; safety; reliability.

For citation: Melikhov O. G., Lukerin S. M., Zudin A. B. The handling and using of medical research data. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2020;28(2):173—177 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2020-28-2-173-177>

For correspondence: Melikhov O. G., candidate of medical sciences, the Director of the Society with Limited Liability "The Institute of Clinical Research". e-mail: melikhov.oleg@gmail.com

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support

Received 10.10.2019
Accepted 28.11.2019

Научные исследования в медицине можно разделить на инициированные фармацевтической индустрией или производителями медицинской техники и инициированные научными работниками или научными коллективами. К первым относятся проекты, спланированные, организованные и выполненные фармацевтическими компаниями или компаниями, производящими медицинские устройства, с целью

собрать основные сведения о свойствах изучаемого продукта для передачи в уполномоченные органы разных стран, принимающие решение о допуске продукта на рынок. Наиболее известным примером являются предрегистрационные многоцентровые исследования лекарственных средств. Ко второй группе относятся диссертационные работы, исследования в рамках государственных контрактов и клинических

апробаций, изыскания в рамках каждодневной научной работы кафедр, лабораторий и клиник.

Выводам научного исследования можно доверять, если оно хорошо спланировано, хорошо выполнено, а собранные данные хорошо обработаны. «Хорошо выполнено» означает, что данные собирались в соответствии с протоколом исследования и поступили в обработку полностью и в неизменном виде. Иными словами, то, что наблюдалось врачом у постели больного, без утайки и искажений перенесено в электронную базу, послужившую основой для статистического анализа. И если в организованных индустрией проектах, особенно предрегистрационных (результаты которых рассматриваются Министерством здравоохранения, Food and Drug Administration, European Medicines Agency, уполномоченными органами других стран для регистрации лекарственного средства или устройства) проблем с данными обычно нет вследствие встроенной в процесс исследования системы контроля качества (quality assurance), то в инициативных научных проектах и даже в исследованиях в рамках государственных программ такие проблемы, к сожалению, есть. В этой статье мы хотим привлечь внимание к вопросам сбора, обработки и хранения данных российских научных исследований в области медицины, не относящихся к предрегистрационным клиническим исследованиям лекарственных средств.

Следует подчеркнуть несколько моментов. Существует обоснованная разница в требованиях к качеству данных международных предрегистрационных клинических исследований и, допустим, диссертационной работы, поскольку степень влияния результатов исследований разного масштаба и разной «социальной цели» на общество разная. Неправильные выводы, сделанные в предрегистрационном исследовании, могут поставить под угрозу жизнь и здоровье миллионов пациентов. Если неправильные выводы делает диссертант, то воздействие на общество будет ограничено масштабами практического внедрения результатов работы. В то же время неправильно считать, что из-за ограниченности дальнейшего применения результатов к качеству собранной информации можно относиться не столь бережно, — всего несколько процентов «неправильных» данных могут в корне изменить достоверность результатов. От науки мы приходим к наукоподобию. Особенно важно тщательно следить за качеством собранных данных в научных исследованиях, результаты которых используются руководителями российского здравоохранения при принятии управленческих решений, влияющих на оказание медицинской помощи в масштабах страны. Финансирование науки в рамках государственных контрактов становится неэффективным, если выводы делаются на основе некорректно собранной, измененной или пропущенной информации. Еще одна существенная проблема — надежное хранение собранных данных в течение длительного времени для возможного аудита (проверки) с целью оценки обоснованности сделанных выводов.

Правда ли, что создание системы сбора и обработки данных на уровне современных требований не может быть реализовано в инициативных или государственных проектах вследствие дороговизны? Нет! Большинство решений может быть реализовано без существенных финансовых затрат, на основании внедрения надлежащих практик и стандартных процедур в процесс сбора и обработки данных. Это требует большей ответственности и временных затрат со стороны исследователей, но оно того стоит. Без строгого контроля за обращением данных результаты многолетнего труда и потраченные миллионы будут выброшены впустую.

Сбор данных в научном исследовании

Исследователь обследует пациента и вносит результаты обследований в его медицинскую документацию (историю болезни, амбулаторную карту). На данном этапе сбор данных совпадает с рутинной практикой учреждения, за исключением того, что объем и способы обследований в рамках научного исследования могут отличаться от обследования пациентов в процессе оказания им обычной медицинской помощи.

Проконтролировать, внесены ли в медицинские документы пациента именно те сведения, которые врач получил в процессе работы с больным, почти невозможно, особенно когда речь идет не о лабораторных и инструментальных обследованиях с объективной фиксацией результата. Официальные инстанции не хотят уповать только на честность и ответственность врача-исследователя и требуют от организаторов исследования внедрения процедур, позволяющих повысить объективность информации (ее «независимость от исследователя») и выявлять возможные проблемы с тем, что в английской терминологии называется data integrity («честность данных», «целостность данных»). К этим процедурам относятся как прямые способы — видеофиксация субъективных обследований с оценкой независимым экспертом, использование объективных лабораторных и инструментальных критериев, клинических исходов в качестве основных переменных интереса, так и косвенные — использование больших групп и рандомизация, отслеживание данных всего многоцентрового исследования в реальном времени и выявление центров, «выпадающих» из общих трендов.

Если говорить о методах контроля качества данных на этом этапе, доступных для любого научного коллектива, к ним можно отнести обязательное требование отражения результатов обследований в официальной первичной медицинской документации пациента — амбулаторной карте или истории болезни. Ст. 292 Уголовного кодекса Российской Федерации вводит ответственность за служебный подлог, т. е. «внесение должностным лицом, а также государственным служащим или муниципальным служащим, не являющимся должностным лицом, в официальные документы заведомо ложных сведений, а равно внесение в указанные документы исправлений, искажающих их действительное содержание».

Здоровье и общество

Дальше возможны два варианта развития событий. Первый — результаты обследований вносятся в бумажный документ (индивидуальную регистрационную карту — ИРК — пациента) и переносятся в компьютерную базу данных. Второй вариант — данные из первичной медицинской документации вносятся непосредственно в компьютерную базу данных (электронную ИРК).

Рассмотрим первый вариант. Гарантировать качество «переноса» данных из истории болезни или амбулаторной карты в бумажную ИРК можно, внедрив процедуру проверки («сличения») данных в первичной медицинской документации и в заполненной ИРК. Желательно, чтобы проверку проводил не тот человек, который заполнял карты ИРК. В клинических исследованиях ранних фаз этот процесс носит название *source data verification* («проверка первичных данных») и используется всегда. Можно рекомендовать внедрение такой проверки в практику всех научных исследований, хотя бы проверку первичных переменных интереса (ключевых показателей, на основе анализа которых делаются основные выводы). Избежать ошибок при переносе данных из бумажных ИРК в электронную базу можно, используя также широко применяющийся в клинических исследованиях ранних фаз метод двойного независимого ввода, когда данные вносятся в электронный файл два раза двумя разными людьми, две полученные базы данных сравниваются, все выявленные несоответствия еще раз проверяются. Смысл двойного ввода в том, что вероятность допущения одной ошибки в одном и том же поле двумя людьми, вводящими данные, невелика.

Второй вариант (данные из первичной медицинской документации участвующих в исследовании пациентов вносятся сразу в электронную базу, минуя бумажные ИРК) требует другого метода проверки: после ввода данных база распечатывается, и исследователь сравнивает данные из распечатки с информацией из первичной медицинской документации. При наличии несоответствий сведения в базе исправляются или дополняются.

Требования к электронным системам

Независимо от способа ввода данные рано или поздно попадают в электронную базу — компьютерный файл (или набор файлов), хранящийся либо на компьютере исследователя (лечебного учреждения), либо, при использовании систем удаленного ввода данных (*remote data entry*), на компьютере другой организации. Удаленный ввод данных — это когда исследователь через интернет входит в систему сбора данных, располагающуюся на другом компьютере, чаще всего в другой организации, отвечающей за сбор и обработку данных, или на компьютере своей же организации. Система должна быть создана и функционировать в соответствии с общепринятыми принципами современной мировой науки.

Один из первых серьезных документов, определяющих требования к электронным системам для сбора и обработки информации в научных исследо-

ваниях в области медицины, — часть 11 главы 21 свода федеральных правил (Title 21 CFR Part 11 of the Code of Federal Regulations) “Electronic Records; Electronic Signatures”, — разработанный Управлением по контролю за продуктами питания и лекарственными препаратами США (FDA — United States Food and Drug Administration) в 1997 г. с целью обеспечения надежности, достоверности и точности данных, а также наличия прослеживаемой истории добавления и модификации данных.

Стандарт CFR 21 Part 11 явился основой для дальнейшей разработки международных и национальных требований (стандартов) к системам сбора, хранения и обработки данных. Эти стандарты:

- требуют обеспечения «закрытости» систем: доступ в них имеет ограниченное количество заранее определенных людей, например врачи-исследователи, сотрудники организаций, финансирующих исследования (фармацевтические компании-спонсоры, государственные и негосударственные фонды), представители национальных и наднациональных (если это международный проект) уполномоченных органов;
- описывают порядок доступа к системе для уполномоченных лиц: для каждого участника создаются индивидуальный логин и пароль доступа к системе, ограничивающий его возможности (индивидуальные права доступа) на основании его роли в проекте, например право вносить, изменять или только просматривать данные; логин и пароль являются аналогом простой электронной подписи при внесении или изменении данных;
- определяют процесс валидации (проверки и тестирования) систем ввода и хранения данных с целью гарантировать их способность корректно собирать информацию о пациентах, хранить собранные данные в заранее согласованном формате и в неизменном виде, включая способность распознавать недействительные или измененные записи, с идентификацией лица, внесшего изменения;
- отдельно оговаривают необходимость использования защищенных, сгенерированных компьютером контрольных журналов с отметками времени для независимой записи даты и времени входа, работы в системе и действий, которые создают, изменяют или удаляют электронные записи; изменения в записях не должны скрывать ранее записанную информацию;
- обеспечивают возможность генерировать (выгружать из системы) точные и полные записи данных в электронной форме и понятном человеку формате, доступные для проверки контролирующими организациями; это могут быть форматы, применимые для машинной обработки (например, CSV) и для визуального просмотра человеком (например, PDF и Excel);
- гарантируют сохранность записей и возможность их точного и быстрого поиска в течение

всего установленного срока хранения; одним из способов такой защиты данных может стать периодическое архивирование, что подробнее будет рассмотрено далее.

Описанное выше крайне важно для того, чтобы введенные исследователем в систему данные и загруженные документы корректно и с необходимой точностью отображались в самой системе и во всех выгрузках (например, для последующей статистической обработки или проверки уполномоченными органами), чтобы введенные пользователем данные и документы не изменялись за время хранения (после окончания проекта), а все изменения, которые производятся кем бы то ни было, протоколируются; выгруженные данные полностью соответствуют данным, хранящимся в системе.

Требования к архивированию

Обеспечить все указанные требования можно только в том случае, если определены и строго соблюдаются все требования не только к сбору и хранению данных во время проведения исследования, но и к архивированию уже собранных данных. Так как объем хранимых данных будет со временем расти, разумным способом его сокращения является плановое разовое архивирование данных по завершенным проектам и регулярное архивирование базы данных по текущим проектам. Лучше всего иметь несколько резервных копий. «Горячие» (т. е. позволяющие быстро восстановить данные) резервные копии хранятся в одной локальной сети и обычно в одном здании с компьютером (сервером), на котором установлена и работает система сбора данных. «Горячие» копии выполняются автоматически по заданному графику (обычно это ежедневные резервные копии за последние 24 ч, ежедневные копии за последний месяц и еженедельные копии за последний год). Долгосрочные «холодные» резервные копии, как и резервные копии по завершенным проектам, хранятся отдельно от текущих данных, обычно в другом месте, например в сейфе в другом здании.

Хранение данных именно таким образом:

- гарантирует сохранность данных в случае неприятных событий и стихийных бедствий (например, пожар, затопление);
- позволяет при необходимости произвести аудит данных на предмет изменений, сравнив более старые и более новые копии;
- дает возможность повторно извлечь (выгрузить) данные по завершенным проектам для их сравнения с теми, по которым был произведен статистический анализ.

Выше говорилось о необходимости использования сгенерированных компьютером контрольных журналов для отслеживания того, кто, когда и с какой целью входил в систему и какие изменения вносил. Эта контрольная документация также должна храниться в соответствии с описанными правилами и течение установленного периода, не меньшего, чем период, в течение которого должна храниться сама электронная база данных.

Персональные данные

В соответствии со ст. 3 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», «персональные данные — любая информация, относящаяся к прямо или косвенно определенному или определяемому физическому лицу (субъекту персональных данных)». В соответствии со ст. 10 п. 1 этого же закона данные о состоянии здоровья относятся к специальным категориям персональных данных. Ст. 10 п. 2 содержит закрытый перечень случаев, когда допускается обработка таких данных. Важно учитывать, что обработка персональных данных в статистических или иных исследовательских целях в этот перечень не входит. Таким образом, при хранении данных научных исследований, принадлежащих конкретным субъектам (например, пациентам), база данных должна быть сформирована таким образом, чтобы содержащиеся в ней персональные данные были обезличены, т. е. было бы невозможно без использования дополнительной информации определить принадлежность персональных данных конкретному субъекту персональных данных (ст. 3 п. 9 ФЗ № 152). На практике встречаются ситуации, когда хранящаяся у научных работников база данных содержит информацию, по которой можно идентифицировать пациента. Заменить фамилию, имя и отчество инициалами — не решение проблемы; год рождения, инициалы и номер телефона, например, являются совокупностью, позволяющей определить личность субъекта.

При обработке данных научного исследования исследователь попадает под определение «оператора». Оператор — государственный орган, муниципальный орган, юридическое или физическое лицо, самостоятельно или совместно с другими лицами организующее и/или осуществляющее обработку персональных данных, а также определяющее цели обработки персональных данных, состав персональных данных, подлежащих обработке, действия (операции), совершаемые с персональными данными (ст. 3 п. 2 ФЗ № 152). Обязанности оператора многочисленны и изложены в гл. 4 ФЗ № 152. Аналогичные требования к обработке персональных данных существуют и за рубежом, поэтому все чаще сбор, обработка и хранение данных осуществляют специальные центры, работающие в соответствии с действующим законодательством, соблюдающие условия защиты данных от несогласованного распространения или несанкционированного изменения, получающие из исследовательских центров деперсонализованные данные и обладающие достаточными компетенциями для полной деперсонализации, если это необходимо.

Центры обработки и хранения данных

Централизованные подразделения для сбора и обработки данных всех научных исследований, ведущихся в учреждении, существуют во многих европейских университетах. Так, в Кельнском университете (Германия) существует The Cologne Competence

Здоровье и общество

Center for Research Data Management, задачей которого является «обеспечить научным работникам полномасштабную поддержку в обработке данных научных исследований». Центры сбора и обработки данных ведущих университетов помогают собирать, обрабатывать и хранить данные ученым из других клиник, лабораторий и научных учреждений. Централизованная работа с данными экономически более выгодна: дешевле построить, оснастить и подготовить персонал для одного крупного центра, чем обеспечивать функционирование многих небольших.

Образование

Для того чтобы повысить качество собираемых в исследованиях данных и качество и результативность научной работы, необходимо уделить внимание подготовке специалистов в этой области. Официальные инстанции разных стран (Food and Drug Administration, European Medicinal Agency, Министерство здравоохранения Российской Федерации) предъявляют очень высокие требования к процессу сбора и обработки данных в предрегистрационных клинических исследованиях лекарственных средств и медицинской техники. Если будут выявлены низкое качество собранных данных или некорректные методы обращения с ними при подготовке выводов и представлении результатов, лекарственное средство может быть снято с процесса регистрации, а если подобные нарушения в ранее проводимых исследованиях будут найдены для зарегистрированных продуктов, продукт может быть отозван с рынка.

В мире работает большое число высококлассных специалистов по обращению с данными, поскольку, повторимся, высокое качество данных — требование международных и национальных официальных инстанций. Эти специалисты работают в фарминдустрии и ведущих мировых научных учреждениях, поскольку взамен предоставляемого университетам финансирования грантодатели (фармкомпании, государство, фонды) требуют безупречного качества науки, чего невозможно достичь без необходимых компетенций в области работы с данными. Специалисты высокого уровня есть и в России, но они в основном работают в фармацевтических компаниях и контрактных исследовательских организациях в области международных исследований лекарственных средств, а не в ведущих российских научных учреждениях. Почему? Потому что требования к процессу сбора и обработки данных, около 25 лет являющиеся стандартом для международных научных исследований [1], к сожалению, почти не востребованы российской инициативной и грантовой наукой, что является одной из причин ограниченной международной востребованности ее результатов. Вследствие этого систематической подготовки таких специалистов на государственном уровне не ведется. На наш взгляд, исправление ситуации должно начинаться с

осознания необходимости соответствующих компетенций руководителями научных коллективов и создания системы подготовки специалистов в области обращения с данными, которые впоследствии будут востребованы научными учреждениями, действительно заботящимися о результативности науки.

Внедрение требований к качеству данных

Без адекватной системы обращения с данными результаты многолетнего и многомиллионного исследования, например в рамках госзадания, могут не иметь научной ценности и не быть применены на практике.

Если отсутствует независимый контроль за внесением результатов обследования пациентов в электронную базу, нельзя быть уверенным, что данные отражают реальность. Исследователь мог непреднамеренно ошибиться или, еще хуже, специально исказить данные, чтобы получить желаемый результат.

Если электронная база не соответствует стандартам, гарантирующим ее целостность и безопасность, включая защиту от несанкционированных изменений, нельзя быть уверенным, что в обработку поступили именно данные, честно собранные и проверенные исследователем. Кто угодно мог случайно или преднамеренно внести изменения в данные.

Если данные не архивируются и не хранятся надлежащим образом, получить доступ к базе после написания отчета невозможно. База может быть утрачена случайно или преднамеренно, для того чтобы, например, не допустить государственной проверки (аудита) результатов исследования для оценки адекватности качества представленных результатов.

Если при формировании и, что особенно важно, при передаче базы на обработку были нарушены правила обращения с персональными данными медицинского характера, это нарушает требования ФЗ № 152 и требования компетентных органов Российской Федерации. Врач может иметь доступ к персональным данным пациента, но распространяется ли это право, например, на статистику или сотрудника научной лаборатории, зависит от нормативной документации лечебного учреждения.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Guideline for good clinical practice E6(R2). Step 5. December 2016. EMA/CHMP/ICH/135/1995. Committee for Human Medicinal Products. Доступно по ссылке: https://www.ema.europa.eu/en/documents/scientific-guideline/ich-e-6-r2-guideline-good-clinical-practice-step-5_en.pdf

Поступила 10.10.2019
Принята в печать 28.11.2019

REFERENCES

1. Guideline for good clinical practice E6(R2). Step 5. December 2016. EMA/CHMP/ICH/135/1995. Committee for Human Medicinal Products. Available at: https://www.ema.europa.eu/en/documents/scientific-guideline/ich-e-6-r2-guideline-good-clinical-practice-step-5_en.pdf

© Коллектив авторов, 2020
УДК 614.2

Семенов В. Ю.¹, Лившиц С. А.^{2,3}, Лакунин К. Ю.^{4,5}

СИСТЕМА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В ОЦЕНКАХ ПАЦИЕНТОВ

¹ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет имени И. М. Сеченова» Минздрава России, 119991, г. Москва;

²ГБУЗ МО «Ногинская центральная районная больница», 142400, Московская область, г. Ногинск;

³ГБУЗ МО «Московский научно-исследовательский клинический институт имени М. Ф. Владимирского», 129110, г. Москва;

⁴ГБУЗ МО «Центральная городская клиническая больница г. Реутов», 143964, Московская область, г. Реутов;

⁵ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, 125993, г. Москва

Информированность населения о существовании системы обязательного медицинского страхования (ОМС) остается невысокой. Целью исследования явилось изучение мнения жителей Московской области о системе. Социологический опрос проводился по стандартной методике с использованием специально разработанной авторами анкеты. Общественное мнение изучалось в 2013 г. (584 респондента) и 2017 г. (709 респондентов) среди посетителей медицинских организаций. По данным анкетирования, доля положительно ответивших на вопрос о том, знают ли они, в какой страховой компании застрахованы, несколько возросла в 2017 г., однако каждый тринадцатый ответил на него отрицательно. Только каждый шестой обращается в страховую компанию в случае возникновения проблем в получении медицинской помощи. Правом выбора страховой компании, медицинской организации и врача воспользовались в обоих опросах от 17 до 22%. В 2013 г. 20% респондентов никуда не обращались в связи с отсутствием проблем при получении медицинской помощи. В 2017 г. отмечен рост на 35% обращений в администрацию медицинских организаций. Также возросло число обращений в страховые медицинские организации и фонды обязательного медицинского страхования (на 13 и 27% соответственно). Доля респондентов, положительно ответивших на вопрос о том, принуждали ли их оплачивать медицинские услуги неофициально, снизилась за 4 года на 18% и составила всего 12,6%. Таким образом, с одной стороны, работа по информированию населения о происходящих изменениях в системе здравоохранения, включая расширение прав граждан, недостаточна. С другой стороны, граждане в ряде случаев не заинтересованы в получении необходимой информации, игнорируя ее, вплоть до наименования СМО, указанного на полисе ОМС.

К л ю ч е в ы е с л о в а : защита интересов граждан; оплата медицинских услуг; права пациентов; социология обязательного медицинского страхования.

Для цитирования: Семенов В. Ю., Лившиц С. А., Лакунин К. Ю. Система обязательного медицинского страхования в оценках пациентов. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2020;28(2):178—183. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2020-28-2-178-183>

Для корреспонденции: Семенов Владимир Юрьевич, д-р мед. наук, профессор кафедры социологии медицины, экономики здравоохранения и медицинского страхования Первого МГМУ им. И. М. Сеченова Минздрава России, e-mail: semenov.opora@gmail.com

Semenov V. Yu.¹, Livshitz S. A.^{2,3}, Lakunin K. Yu.^{4,5}

THE SYSTEM OF MANDATORY MEDICAL INSURANCE AS EVALUATED BY PATIENTS

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

²The State Budget Institution of Health Care of the Moscow Oblast “The Noginsk Central District Hospital”, 142400, Noginsk, Russia;

³The State Budget Institution of Health Care of the Moscow Oblast “The M. F. Vladimirov Moscow Oblast Research Clinical Institute”, 129110, Moscow, Russia;

⁴The State Budget Institution of Health Care of the Moscow Oblast “The Reutov Central Municipal Clinical Hospital”, 143964, Reutov, Russia;

⁵The Federal State Budget Educational Institution of Additional Professional Education “The Russian Medical Academy of Continuous Professional Education” of Minzdrav of Russia, 125445, Moscow, Russia

The population awareness about merits of mandatory medical insurance (MMI) continues to be inadequate. The study purpose was to investigate opinion of Moscow Oblast residents about MMI system. The sociological survey was carried out according standard technique using specially developed genuine questionnaire. The public opinion was studied in 2013 (584 respondents) and 2017 (709 respondents) on the basis of sampling of visitors of medical organizations. The survey established that percentage of positive responses of respondents concerning their awareness about which medical insurance company they belong slightly increased in 2017. However, every thirteenth still was unaware of it. Only every sixth respondent addresses to insurance company when occur problems related to medical care support. The right to choose insurance company, medical organization and physician was used by 17—22% of respondents in both surveys. In 2013 20% of respondents addressed nowhere due to absence of problems with health services support. In 2017, number of addresses to administrations of medical institutions increased up to 35%. The number of addresses to insurance companies and MMI foundations increased up to 13% and 27% correspondingly. The percentage of respondents with positive answers about being constrained to pay for medical services unofficially decreased up to 18% in 4 years and reached 12,6% in all sampling. Thus, activities concerning population information about changes occurring in health care system, including development of citizen rights is inadequate still. The citizens in number of cases are not interested to obtain necessary information and ignore it down to name of insurance company mentioned on their insurance policy.

К е у о р д с : citizen rights; payment; health service; rights of patient; mandatory health insurance; sociology of mandatory medical insurance.

For citation: Semenov V. Yu., Livshitz S. A., Lakunin K. Yu. The system of mandatory medical insurance as evaluated by patients. *Problemy socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2020;28(2):178—183 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2020-28-2-178-183>

For correspondence: Semenov V. Yu., doctor of medical sciences, professor of the Chair of Sociology of Medicine, Health Care Economics and Medical Insurance of the Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education «The I. M. Sechenov First Moscow State Medical University». e-mail: semenov.opora@gmail.com

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support

Received 10.10.2019

Accepted 28.11.2019

Введение

В 2018 г. исполняется 25 лет с момента начала оказания медицинской помощи гражданам Российской Федерации в основном по программе обязательного медицинского страхования (ОМС). Система ОМС была создана стране для реализации конституционного права граждан на получение бесплатной медицинской помощи, так как бюджетное финансирование здравоохранения не обеспечивало государственные обязательства перед населением в достаточном объеме.

Закон «О медицинском страховании граждан в РСФСР» и «Правила обязательного медицинского страхования», утвержденные в 1993 г., впервые нормативно закрепили права граждан при получении медицинской помощи, начиная с права выбора медицинской организации и врача и заканчивая правом на приглашение священнослужителя [1–3]. С принятием в 2010 г. нового закона о медицинском страховании у граждан появилась возможность выбора страховой медицинской организации [4].

Однако, по мнению Н. А. Кравченко и соавт., современная система ОМС не позволяет соблюдать интересы одновременно государства, граждан, медицинских организаций, медицинских работников и страховщиков. Для обеспечения этого авторы предлагают определенные критерии, позволяющие оценить достижение такого баланса для каждой заинтересованной стороны. В частности, для граждан предлагается использовать степень удовлетворенности доступностью и качеством медицинской помощи, количество времени на получение медицинской помощи, а также уровень расходов семейного бюджета на ее оплату [5].

В то же время научный анализ развития системы медицинского страхования на федеральном и региональном уровнях с точки зрения граждан является важным элементом реализации социальной политики государства. Безопасность граждан и членов их семей в особой степени зависит от системы здравоохранения, и знания о ее возможностях являются одной из основ получения своевременной бесплатной медицинской помощи.

В течение четверти века сотрудники фондов ОМС и страховых медицинских организаций (СМО) проводят среди застрахованных работу по разъяснению и соблюдению этих прав. Однако в средствах массовой информации постоянно обсуждается тема о недостаточной информированности населения о системе ОМС, о программе государственных гарантий предоставления бесплатной медицинской помощи, о правах пациентов в системе здравоохранения. При этом в научных публикациях основное внимание уделяется вопросам удовлетворенности пациентов качеством оказания медицинской помощи. Образа-

емость граждан в различные инстанции по вопросам оказания медицинской помощи, полученной по программам ОМС, используется в качестве инструмента для подготовки управленческих решений [6, 7]. Изучению информированности населения о системе ОМС посвящено минимальное количество работ [8, 9].

Целью данного исследования явилось изучение информированности жителей Московской области о системе ОМС и реализации некоторых их прав.

Материалы и методы

Изучение мнения граждан о системе ОМС проводилось дважды: в сентябре 2013 г. и сентябре — октябре 2017 г. Исследование проводилось в 2013 г. в 5 муниципальных образованиях и в 2017 г. в 4 муниципальных образованиях Московской области. Социологический опрос проходил в виде анкетирования в соответствии с общепринятыми методиками [10, 11].

Мнение населения в обоих случаях изучалось с помощью одной специально разработанной авторами анкеты, содержащей 7 вопросов, предусматривающих закрытый перечень ответов. Вопросы были связаны с оценкой гражданами собственной осведомленности о работе фондов ОМС, медицинских организаций и страховых компаний. Часть вопросов предназначалась для оценки степени реализации гражданами своих прав в системе медицинского страхования. Поскольку не все граждане регулярно обращаются за медицинской помощью, с целью повышения достоверности ответов опрос проводился среди посетителей территориальных поликлиник.

Всего было получено в 2013 г. 584 и в 2017 г. 709 заполненных анкет (достоверность результатов — более 99%, коэффициент доверия $t=3$, предельная ошибка выборки составила $\pm 5\%$). Часть респондентов ответили не на все вопросы анкеты. Кроме того, при ответе на вопрос об организациях, в которые респонденты обращались при возникновении проблем с получением медицинской помощи, можно было использовать более одного варианта ответа. В связи с этим сумма распределения ответов не всегда составляла 100%.

Статистический анализ данных проводился с использованием статистических программ GraphPad QuickCalcs (<https://www.graphpad.com/quickcalcs/>).

Для анализа использовался статистический метод — t -критерий Стьюдента. Достоверными считались различия при уровне значимости $p < 0,05$.

Характеристика респондентов с точки зрения их демографических, профессиональных и социальных особенностей не изучалась, так как эти признаки для целей данного исследования не являлись определяющими.

Результаты исследования

Таблица 3

Для изучения информированности населения о субъектах ОМС в анкете были предусмотрены первые два вопроса. Как видно из табл. 1, подавляющее большинство респондентов знали, в какой СМО они застрахованы. Их доля возросла с 91,3 до 92%. При этом за прошедшие 4 года доля отрицательных ответов снизилась, однако оставалась достаточно высокой (7,6%) с учетом того, что респондентами являлись пациенты, предъявлявшие свой полис ОМС при обращении в медицинскую организацию. В 2017 г. 3 (0,4%) респондента по непонятным причинам не ответили на этот вопрос. Выявленные различия в распределении долей ответов отражают тенденцию к улучшению информированности граждан, однако не являются статистически значимыми ($p > 0,05$).

Особого внимания заслуживает ответ на второй вопрос анкеты (табл. 2). В соответствии с действующим законодательством основным контрагентом пациентов в системе ОМС являются СМО. Фонды, особенно Федеральный фонд ОМС, не работают напрямую с гражданами. Одной из основных задач фондов ОМС является организация работы по обеспечению застрахованных бесплатной медицинской помощью по программам ОМС, о содержании которых население до сих пор мало информировано в силу сохранения патерналистской политики государства и иждивенческого отношения к системе здравоохранения со стороны граждан. Тем не менее за прошедшие 4 года доля информированных о существовании фондов ОМС существенно возросла и составила 84,6% от числа респондентов в 2017 г., что на 13,7 процентного пункта (п. п.) больше, чем в 2013 г. Различия в распределении долей ответов являются статистически значимыми ($p < 0,001$). Таким образом, доля пациентов, знающих о существовании фонда ОМС, расчетно увеличивалась с момента создания системы ОМС в 1993 г., когда этот показатель был

Таблица 1

Информированность пациентов о СМО, в которой они застрахованы

Вопрос	Вариант ответа	2013 г.		2017 г.		p
		абс.	%	абс.	%	
Знаете ли Вы, в какой страховой медицинской организации Вы застрахованы?	Да	533	91,3	652	92,0	0,4788
	Нет	51	8,7	54	7,6	

Таблица 2

Информированность пациентов о фонде ОМС

Вопрос	Вариант ответа	2013 г.		2017 г.		p
		абс.	%	абс.	%	
Знаете ли Вы, что такое фонд обязательного медицинского страхования?	Да	414	70,9	600	84,6	0,0001***
	Нет	170	29,1	107	15,1	

Примечание. Уровень статистической значимости различий: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

Реализация прав граждан на выбор в системе ОМС

Вопрос	Вариант ответа	2013 г.		2017 г.		p
		абс.	%	абс.	%	
Меняли ли Вы в течение последних трех лет страховую медицинскую организацию?	Да	102	17,5	124	17,5	0,9726
	Нет	482	82,5	583	82,2	
Меняли ли Вы в течение последних двух лет медицинское учреждение?	Да	77	13,2	90	12,7	0,7737
	Нет	504	86,3	618	87,2	
Меняли ли Вы в течение последних двух лет лечащего врача?	Да	127	21,7	157	22,1	0,9199
	Нет	451	77,2	550	77,6	

равен 0, по 2013 г. на 3,376, а с 2013 г. по 2017 г. — на 3,425 п. п. в год. Однако по-прежнему число положительно ответивших на данный вопрос респондентов остается меньше числа информированных о СМО.

Следующие три вопроса были связаны с изучением оценки гражданами реализации их прав на свободу выбора в системе здравоохранения: СМО, медицинской организации и врача (табл. 3). В данном исследовании не изучалось право выбора пациентом медицинской организации федерального подчинения как специфического права, связанного с оказанием высокотехнологичной медицинской помощи. С учетом постепенного «погружения» данного вида помощи в систему ОМС анализ реализации данного права целесообразно провести после полного «погружения», так как граждане не различают, что оплачивается за счет средств ОМС напрямую, через СМО, а что — за счет ОМС, но через субсидии бюджету РФ.

Как видно из табл. 3, доля граждан, использовавших свое право на выбор СМО, медицинского учреждения или врача, практически не изменилась в изучаемый период. Чаще всего (каждый пятый респондент) было реализовано право на выбор лечащего врача. Почти в 2 раза реже (в 2017 г.) респонденты указывали на смену медицинской организации. Правом выбора СМО с целью ее замены воспользовался лишь один из 6 респондентов в 2013 и в 2017 гг.

Обращения пациентов являются дополнительным источником информации для принятия управленческих решений по улучшению доступности и качества медицинской помощи, а также условий ее оказания. В табл. 4 представлена динамика распределения ответов респондентов по указанию организаций, в которые они обращались при возникновении у них вопросов при получении медицинской помощи.

Как видно из табл. 4, доля обращавшихся практически во все инстанции, кроме правоохранительных органов, возросла в 2017 г. по сравнению с 2013 г. Однако это увеличение было статистически не значимым. Если в 2013 г. на данный вопрос анкеты ответили 90,8% респондентов, то в 2017 г. — 100%. При этом большинство респондентов указали, что при возникновении вопросов при получении медицинской помощи они в основном обращались в администрации медицинских организаций. Доля таких ре-

Таблица 4

Организации, в которые обращались респонденты при возникновении проблем с получением медицинской помощи

Вопрос	Вариант ответа	2013 г.		2017 г.		p
		абс.	%	абс.	%	
Куда Вы обращаетесь по вопросам медицинского обеспечения?	Администрация лечбно-профилактического учреждения	240	41,1	399	56,3	0,0668
	СМО	89	15,2	122	17,2	0,4692
	Фонд ОМС	28	4,8	43	6,1	0,9252
	Правоохранительные органы	8	1,4	3	0,4	0,0258*
	Другое	107	18,3	142	20,0	0,2761

Примечание. Уровень статистической значимости различий: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

Таблица 5

Распределение ответов респондентов о неофициальной оплате медицинской помощи

Вопрос	Вариант ответа	2013 г.		2017 г.		p
		абс.	%	абс.	%	
Вынуждали ли Вас в течение последних двух лет оплачивать медицинские услуги неофициально?	Да	90	15,4	89	12,6	0,1416
	Нет	494	84,6	616	86,9	

спондентов возросла на 15 п. п. за изучаемый период и составила большинство ответивших в 2017 г. Обращает на себя внимание трехкратное снижение числа обращений в правоохранительные органы ($p < 0,05$). Также следует отметить некоторое увеличение обращений в СМО и фонды ОМС. Отвечая на данный вопрос анкеты «другое», респонденты указывали, что по вопросам медицинской помощи не обращались никуда или не имели проблем при обращении в медицинские организации.

Особый интерес представляет ответ на вопрос о принуждении пациентов к неофициальной оплате медицинской помощи (табл. 5).

Как следует из данных табл. 5, за последние 4 года несколько уменьшилось число случаев вымогательства оплаты услуг со стороны медицинских работников, однако это снижение было статистически незначимым. Если в 2013 г. положительно на данный вопрос ответил каждый седьмой респондент, то в 2017 г. — каждый восьмой. При этом на данный вопрос ответили все респонденты в 2013 г. и 99,5% в 2017 г.

Обсуждение

Результаты проведенного исследования свидетельствуют о высокой степени неинформированности населения об организациях системы ОМС. Так, доля положительно ответивших на вопрос о том, знают ли они, в какой страховой компании застрахованы, несколько возросла в 2017 г., однако все еще каждый тринадцатый ответил, что не знает этого. Следует учесть, что опрос проводился в медицинских организациях, где каждый респондент предъявлял полис ОМС. Такие данные свидетельствуют о невысокой заинтересованности граждан в наличии СМО, что также косвенно подтверждается долей

(17,2%) респондентов, обращающихся в СМО в случаях возникновения проблем при получении медицинской помощи. Еще меньшее значение для населения имеет фонд ОМС, хотя доля информированных о его существовании существенно возросла за последние 4 года. В случае возникновения вопросов по медицинскому обеспечению в фонд обращается минимальное число респондентов.

Указанные различия между СМО и фондами ОМС можно объяснить тем, что представители СМО чаще встречаются с застрахованными, а информацию о них содержат на страховые полисы, что облегчает контакт граждан со страховыми компаниями.

Анализ ответов на вопросы о праве на выбор СМО, врача и медицинской организации показал, что за 4 года существенной динамики не отмечено. Высказанное нами ранее предположение о том, что достаточно высокая активность граждан в выборе страховых компаний в 2013 г. была связана с кампанией по замене полисов ОМС [12], не подтвердилось. В 2017 г. доля воспользовавшихся таким правом по-прежнему составляла 17,5%. Это заставляет предположить, что застрахованные меняют страховые компании по причинам, связанным с невысокой эффективностью их работы и недостаточной активностью в защите интересов пациентов. С учетом невысокой миграции населения в России смену СМО в связи с изменением места жительства рассматривать как основную представляется необоснованным.

Невысокий уровень смены медицинской организации может быть связан с ограничениями территориальной доступности конкурирующих организаций. В то же время сохранение высокого показателя замены лечащего врача в течение последних двух лет (более 22% в 2017 г.) свидетельствует в определенной степени о неудовлетворенности пациентов результатами обращения в медицинские организации.

Об этом же свидетельствует значительно увеличившееся число ответов на вопрос об обращении в различные инстанции в связи с вопросами, возникшими при получении медицинской помощи. Если в 2013 г. на данный вопрос ответили 81% респондентов, из которых каждый четвертый указал, что не обращался никуда в связи с отсутствием проблем, то в 2017 г. на данный вопрос ответили 100% респондентов. При этом отмечен рост на 35% обращений в администрации медицинских организаций. Также возросло число обращений в СМО и фонды ОМС (на 13 и 27% соответственно). О росте числа обращений граждан в последние годы свидетельствуют и данные других авторов [13, 14].

В отношении неофициальных платежей в здравоохранении наблюдается положительная динамика: доля респондентов, положительно ответивших на вопрос о том, принуждали ли их оплачивать медицинские услуги, минуя официальные каналы, снизилась за 4 года на 18% и составила всего 12,6%. Эти результаты не согласуются с данными других исследований [15—17]. Еще в меньшей степени они подтверждают сведения, используемые средствами массовой

информации, которые описывают российское здравоохранение как основную сферу коррупции в стране.

Заключение

Проведенное социологическое исследование показало, что в период с 2013 по 2017 г. сохранялся относительно невысокий уровень информированности населения о системе ОМС. Это относится к деятельности ее основных субъектов и участников: фондов ОМС и СМО. Несмотря на практически 25-летнее существование системы ОМС в России, большая часть граждан все еще не воспринимает страховые компании и фонды ОМС в качестве основного защитника их прав и интересов при получении медицинской помощи.

Полученные результаты позволяют сделать вывод о том, что, с одной стороны, активность проводимой работы по информированию населения о происходящих изменениях в системе оказания медицинской помощи, включая расширение прав граждан, недостаточна. С другой стороны, можно предположить, что и граждане в ряде случаев не заинтересованы в получении необходимой информации, игнорируя ее, вплоть до наименования СМО, указанного на полисе ОМС.

Государство все в меньшем объеме выделяет бюджетные средства на медицину, в результате чего финансирование здравоохранения становится все более «одноканальным» и система ОМС на сегодняшний день является главным источником этого финансирования в Российской Федерации. В связи со значительным увеличением числа негосударственных медицинских организаций в системе ОМС у граждан появляется все больше возможностей для реализации своих прав на выбор медицинской организации и врача. Поэтому важной представляется активная работа СМО через институт страховых поверенных по разъяснению застрахованным принципов работы системы ОМС, их прав и обязанностей при получении медицинской помощи.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Абоймов В. В., Азаров А. В., Тэгай Н. Д., Турицын В. И. Обеспечение и защита прав граждан в системе обязательного медицинского страхования. М.: ФФОМС; 2001.
2. Козьминых Е. В. Права пациента и их защита. Пермь: Пермский территориальный правозащитный центр; 2001.
3. Чавпецов В. Ф., Семенов В. Ю., Перепеч Н. Б., Михайлов С. М., Вершинина А. С. Экспертиза качества медицинской помощи в территориальных фондах обязательного медицинского страхования. Состояние и перспективы развития. Информационное письмо. М.: ФФОМС, НВМО «Центр качества и квалификации», СПбНИИ кардиологии МЗМП РФ; 1994.
4. Закон РФ от 29.11.2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации». Доступно по ссылке: http://www.Consultant.ru/documents/cons_doc_LAW_148767/
5. Кравченко Н. А., Рагозин А. В., Розанов В. Б., Иванов А. В. Система обязательного медицинского страхования Российской Федерации — баланс интересов субъектов и участников. *Социальные аспекты здоровья населения*. 2013;3(31):5. Доступно по ссылке: <http://vestnik.mednet.ru/content/category/5/66/30/lang.ru/>

6. Ходакова О. В. Анализ обращений граждан в системе обязательного медицинского страхования как инструмент урегулирования конфликтных ситуаций на досудебном этапе. *Сибирский медицинский журнал (Иркутск)*. 2013;119(4):137—40.
7. Евтодиева Е. О., Кудрина Е. А. Анализ обращений граждан в связи с нарушением их прав при получении медицинской помощи в сфере обязательного медицинского страхования на территории Удмуртской республики. *Евразийский союз ученых*. 2014;(8—6):57—8.
8. Сердюков А. Г., Тапаев А. Ш. Роль страховой медицинской организации в информировании населения об обязательном медицинском страховании. *Современные проблемы науки и образования*. 2014;(1):142. Доступно по ссылке: <https://www.science-education.ru/ru/issue/view?id=115>
9. Федулова А. Б., Беляева Р. И. Информированность населения Архангельской области о специфике медицинского страхования как культурной составляющей социальной безопасности семьи. *Историческая и социально-образовательная мысль*. 2016;8(3/1):137—42. Доступно по ссылке: <http://www.hist-edu.ru/hist/article/view/2193>
10. Решетников А. В. Социальное управление в здравоохранении с позиции социологии медицины (часть 1). *Социология медицины*. 2007;(1):3—7.
11. Решетников А. В., Ефименко С. А., Астафьев Л. М. Методика проведения медико-социологических исследований. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2003.
12. Семенов В. Ю., Лившиц С. А., Лакунин К. Ю. Отношение населения к модернизированной системе обязательного медицинского страхования. *Социология медицины*. 2014;1(24):25—8.
13. Шарикадзе Д. Т., Иванов И. В., Павлова Е. Е. Анализ обращений граждан в Федеральную службу по надзору в сфере здравоохранения за период 2014—2015 гг. *Вестник Росздравнадзора*. 2016;(6):9—12.
14. Москвичева М. Г., Савищева И. Л. Оценка качества медицинской помощи, оказанной пациентам, по данным их обращений в территориальный фонд обязательного медицинского страхования Челябинской области и страховые медицинские организации. *Уральский медицинский журнал*. 2017;6(150):70—2.
15. Фархутдинов А. А., Кулик Ю. П. Неформальные платежи как явление теневой экономики в России (на примере сферы здравоохранения). *Вестник Тамбовского университета. Серия: Гуманитарные науки*. 2015;6(146):139—43.
16. Леонтьев Н. А., Грибко С. С. Коррупция в системе здравоохранения. *Бюллетень медицинских интернет-конференций. Саратов: «Наука и инновации»*. 2016;6(1):238.
17. Александрова О. А. Реформа бюджетных учреждений: мнение пациентов и врачей. Гуманитарные науки. *Вестник финансового университета*. 2017;7(1):54—63.

Поступила 10.10.2019
Принята в печать 28.11.2019

REFERENCES

1. Aboymov V. V., Azarov A. V., Tegaiy N. D., Turitsyn V. I. Patients' rights provision and protection in compulsory health insurance system [Обеспечение и защита прав граждан в системе обязательного медицинского страхования]. Moscow: FFOMS; 2001 (in Russian).
2. Kozminiykh E. V. Patients' rights and its protection [Права пациента и их защита]. Perm: Perm's medical human rights centre; 2001 (in Russian).
3. Tchavpetsov V. F., Semenov V. Yu., Perepetch N. B., Michailov S. M., Vershinina A. S. Health care quality appraisal in territorial compulsory health insurance funds. Present status and development's perspectives [Экспертиза качества медицинской помощи в территориальных фондах обязательного медицинского страхования. Состояние и перспективы развития. Информационное письмо]. Moscow: FFOMS; 1994 (in Russian).
4. Russian Federation Law 29.11.2010 № 326 FZ "On Compulsory Health Insurance in the Russian Federation". Available at: http://www.Consultant.ru/documents/cons_doc_LAW_148767/ (in Russian).
5. Kravchenko N. A., Ragozin A. V., Rosanov V. B., Ivanov A. V. Health insurance system in Russian Federation — balance of interests of subjects and participants. *Socialnye aspekty zdorov'ya naseleniya*. 2013;3(31):5. Available at: <http://vestnik.mednet.ru/content/category/5/66/30/lang.ru/> (in Russian).
6. Khodakova O. V. Analyses of citizens' appeals in the health insurance system as an instrument of conflicts' settlements on pretrial stage. *Sibirskiyi medicinskiy journal (Irkutsk)*. 2013;119(4):137—40 (in Russian).

Здоровье и общество

7. Evtodieva E. O., Kudrina E. A. Analyses of citizens' appeals due to their rights' violations in medical services in the sphere of compulsory health insurance in Udmurtia Republic. *Evrasiyskiy soyuz utchenykh*. 2014;8—6:57—8 (in Russian).
8. Serdyukov A. G., Tapaev A. Sh. The role of health insurance organization in citizens' information about compulsory health insurance. *Sovremennye problemy nauki i obrazovaniya*. 2014;(1):142. Available at: <https://www.science-education.ru/ru/issue/view?id=115> (in Russian).
9. Fedulova A. B., Belyaeva R. I. Archangelsk's citizens' knowledge of health insurance specificity as a culture component of the family's social security. *Istoricheskaya i socialno-obrasovatel'naya mysl*. 2016;8(3/1):137—42. Available at: <http://www.hist-edu.ru/hist/article/view/2193> (in Russian).
10. Reschetnikov A. V. Social management in health care from the position of medical sociology (part 1). *Sociologia mediciny*. 2007;(1):3—7 (in Russian).
11. Reschetnikov A. V., Efimenko S. A., Astafjev L. M. Method of the medico-sociological researches' operation [*Metodika provedeniya mediko-sotsiologicheskikh issledovaniy*]. Moscow: GEOTAR-Media; 2003 (in Russian).
12. Semenov V. Yu., Livshitz S. A., Lakunin K. Yu. Citizens attitude to the modernized compulsory health insurance system. *Sotsiologiya mediciny*. 2014;1(24):25—8 (in Russian).
13. Sharikadze D. T., Ivanov I. V., Pavlova E. E. Analyses of citizens' appeals to the Federal services for surveillance in healthcare in 2014—2015. *Vestnik Roszdravnadzora*. 2016;(6):9—12 (in Russian).
14. Moskvitcheva M. G., Savitscheva I. L. Evaluation of the quality of health care provided to patients according to their appeals to the Chelyabinsk' regional compulsory health insurance fund and to health insurance organizations. *Uralskiy medicinskiy journal*. 2017;150(6):70—2 (in Russian).
15. Farchutdinov A. A., Kulik Yu. P. Informal payments as a phenomenon of grey economics in Russia (on the example of health care). *Vestnik Tambovskogo universiteta. Seriya: Gumanitarnye nauki*. 2015;146(6):139—43 (in Russian).
16. Leontyev N. A., Gribko S. S. Corruption in health care system. *Bulleten medicinskih internet-konferency. Saratov: Nauka i innovatsii*. 2016;6(1):238 (in Russian).
17. Alexandrova O. A. Reform of budget institutions: opinion of patients and doctors. *Gumanitarnye nauki. Vestnik finansovogo universiteta*. 2017;7(1):54—63 (in Russian).

© Ананченкова П. И., Камынина Н. Н., 2020
УДК 614.2

Ананченкова П. И.^{1,2}, Камынина Н. Н.^{3,4}

СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАЗВИТИЯ ЭКСПОРТА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

¹ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н. А. Семашко» Минобрнауки России, 105064, г. Москва;

²Академия труда и социальных отношений, 119454, г. Москва;

³ГБУ г. Москвы «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы», 115088, г. Москва;

⁴ФГАУ ВО «Российский университет дружбы народов», 117198, г. Москва

Рассмотрены структурные сдвиги, происходящие на рынке медицинских услуг и рынке медицинского оборудования, которые обусловили формирование и развитие медицинских услуг нового типа — медицинского туризма, интенсивно меняющего национальные экономики и оказывающего сильное влияние на международные связи. Представлены статистические и аналитические данные, результаты опросов граждан различных стран, экспертные оценки, позволяющие сделать выводы относительно проблем и перспектив развития сферы международного туризма на внутригосударственном уровне и в глобальном плане.

К л ю ч е в ы е с л о в а : медицинская помощь; здравоохранение; медицинский туризм; международные отношения.

Для цитирования: Ананченкова П. И., Камынина Н. Н. Социально-экономические аспекты развития экспорта медицинских услуг. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2020;28(2):184—189. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2020-28-2-184-189>

Для корреспонденции: Ананченкова Полина Игоревна, канд. экон. наук, канд. социол. наук, доцент, профессор Академии труда и социальных отношений, e-mail: ananchenkova@yandex.ru

Ananchenkova P. I.^{1,2}, Kamynina N. N.^{3,4}

THE SOCIAL ECONOMIC ASPECTS OF DEVELOPMENT OF MEDICAL SERVICES EXPORT

¹N. A. Semashko National Research Institute of Public Health, 105064, Moscow, Russia;

²The Academy of Labor and Social Relations, 119454, Moscow, Russia;

³The State Budget Institution of Moscow “The Research Institute of Health Care Organization and Medical Management of the Moscow Health Care Department”, 115088, Moscow, Russia;

⁴The Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education “The Peoples’ Friendship University of Russia” (RUDN University), 117198, Moscow, Russia

The article considers structural changes occurring in market of medical services and market of medical equipment that conditioned formation and development of new type of medical services — medical tourism, intensively altering national economics and impacting international relations. The statistical and analytical data is presented, including results of surveys of citizens of various countries, expertise evaluations permitting to come to conclusions about problems and perspectives of development of international tourism both at national and global levels.

К e y w o r d s : medical care; health care; medical tourism; international relationships.

For citation: Ananchenkova P. I., Kamynina N. N. The social economic aspects of development of medical services export. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2020;28(2):184—189 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2020-28-2-184-189>

For correspondence: Ananchenkova P. I., candidate of economic sciences, candidate of sociological sciences, associate professor of the Academy of Labor and Social Relations. e-mail: ananchenkova@yandex.ru

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support

Received 12.12.2019

Accepted 23.01.2020

Введение

Развитие медицинского обслуживания путем экспорта медицинских услуг в последние годы признано общемировым трендом. В 2018 г. количество медицинских туристов в мировом масштабе составило 20,24 млн человек, а объем рынка экспорта медицинских услуг варьирует в пределах 65—89 млрд долларов, ежегодно увеличиваясь на 15—20%. Средняя стоимость одного визита составила 3,4 тыс. долларов [1].

Президентом Российской Федерации поставлена задача в срок до 2024 г. нарастить объем экспорта медицинских услуг до 1 млрд долларов в год. В настоящее время количество иностранных медицинских туристов, которые приезжают в Россию, достигает

110 тыс. человек в год. Залогом роста потока медицинских туристов выступает гарантия высокого качества медицинских услуг, оказываемых в медицинских и санаторно-курортных организациях страны, а также мощности медицинских структур. Именно поэтому особую актуальность приобретают вопросы, связанные с мерами, гарантирующими медицинским туристам качество медицинского обслуживания на уровне мировых стандартов, доступностью медицинской помощи на российском рынке медицинских услуг для наших соотечественников и привлекательной для медицинских туристов, информированности пациентов из других государств о возможностях российских медицинских и оздоровительных организаций.

Основные тенденции развития экспорта медицинских услуг рассматривают в своих работах К. Э. Вдовин [2], А. С. Байменова и соавт. [3], И. Грошев и А. Краснослободцев [4].

Материалы и методы

В основе данной исследовательской работы лежат публикации отечественных и зарубежных экспертов, специализирующихся на вопросах формирования и развития экспорта медицинских услуг. Методом исследования выступает контент-анализ публикаций в специализированных периодических научных изданиях, отражающих динамику развития сферы медицинского туризма как основной формы экспорта медицинских услуг.

Результаты исследования

Глобализационные процессы, происходящие на товарном рынке и на рынке оказания услуг, в том числе на рынке медицинских услуг и рынке медицинского оборудования, наряду с ростом пациентопотока и числа работников сферы здравоохранения, способствовали формированию и развитию модели производства и потребления медицинских услуг нового типа, получившей название медицинского туризма.

Медицинский туризм представляет собой направление туризма, с помощью которого становится возможным получение медицинской помощи любым человеком вне страны его проживания.

Разного рода причины толкают людей, нуждающихся в медицинской помощи, ехать за медицинскими услугами, позволяющими получить лечение или поддержать свое здоровье, в другие страны, расположенные как по соседству, так и на достаточном удалении:

- конкретные виды диагностики и лечение выявленных заболеваний (медицинский туризм);
- оздоровительные процедуры, способствующие улучшению общего самочувствия организма (оздоровительный туризм).

Распространение подобного рода медицинских услуг и стимулирование процесса их получения в виде облегченного режима выдачи визы, помощи при заполнении и получении необходимых документов, размещение подробной информации на интернет-ресурсах способствовали росту количества пациентов, которые имеют возможность выехать за границу с целью получения медицинских услуг высокого качества.

В настоящее время еще не выработано и не согласовано определение понятия «медицинский туризм», но уже сформулированы общие принципы, регулирующие учет торговли услугами в рамках медицинского туризма, они нашли отражение в материалах Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР) и Всемирной торговой организации [5].

Люди пользуются медицинскими услугами в сфере здравоохранения других государств по разным причинам, среди которых следует выделить ряд устойчивых объяснений:

- более низкая цена оказания медицинских услуг с сохранением необходимого качества их оказания;
- меньшее время ожидания в очереди на медицинскую услугу с необходимым качеством за равную или более высокую стоимость;
- наиболее высокий уровень качества оказания медицинских услуг.

Сегодня наблюдается тенденция, при которой основная масса пациентов приезжает из более развитых государств в менее развитые из-за возможности получить необходимую медицинскую помощь по цене меньшей, чем в местности их проживания, привлекающей пациентов. Интерес к медицинским услугам за рубежом обусловлен и ростом числа авиакомпаний, которые предлагают значительный дисконт к цене авиабилетов. Вместе с тем не уступает по пациентопотоку медицинскому туризму и более традиционный в условиях современности поток пациентов-туристов из менее развитых государств в более развитые страны, желающих получить более качественные медицинские услуги.

Существенно влияет на масштабы торговли медицинскими услугами заключение двусторонних соглашений между государствами — членами ОЭСР. Так, двусторонние соглашения подписаны между Мексикой и США, между Кореей и США. Страны, входящие в ОЭСР, и менее развитые государства, в частности Малайзия, Индия и Таиланд, стремятся давать рост активному развитию своих сильных сторон в части предоставления медицинской помощи гражданам из иностранных государств. Ряд стран, являющихся членами ОЭСР, создают механизмы, при которых возможно осуществить финансирование или софинансирование в процессе получения пациентами медицинских услуг за счет выделения средств из национальной системы здравоохранения.

Ниже приведена стоимость некоторых видов медицинской помощи в медицинских организациях

Таблица 1

Расчет экономической эффективности, которая может быть получена системой здравоохранения Великобритании при согласии пациентов на получение услуг в Индии (в фунтах стерлингов) [6]

Вид помощи	Страна		Транспортные расходы	Экономия на 1 человека	Очередь, количество человек	Экономия
	Великобритания	Индия				
Шунтирование коронарной артерии	8631	3413	500	4718	97	457 646
Замена тазобедренного сустава	8811	3413	500	4898	28 800	141 062 400
Замена коленного сустава	6377	5145	500	732	53 911	39 462 852



Рис. 1. Преимущества развития медицинского туризма

Великобритании и Индии, куда Великобритания направляет часть своих пациентов для экономии на расходах и сокращения очереди на ожидание получения медицинской помощи в своей стране (табл. 1).

Оказание медицинских услуг в рамках медицинского туризма в Индию гражданам Великобритании позволяет экономить значительные средства, в то же время давая возможность Индии развивать свой рынок медицинских услуг.

Развитие международного туризма позволяет стране экономить на расходах системы здравоохранения с помощью стимулирования граждан в получении более дешевых медицинских услуг за рубежом, как это организовано в Великобритании, и выступать в роли источника дополнительного дохода в системе здравоохранения, повышая налоговые поступления, способствуя занятости и экономическому росту в целом, привлекая в страну поток медицинских туристов.

Туристы, приезжающие в страну для получения медицинских услуг, приносят ей следующие преимущества (рис. 1).

Таким образом, благодаря увеличению выручки организаций системы здравоохранения и сопутствующих бизнес-структур происходит рост налоговых платежей в бюджет страны, специалисты имеют возможность получать больше практических навыков и достойную оплату своего труда, способствуя повышению имиджа отечественной системы здравоохранения. Так, в США, Германии и Израиле медицинские работники, сфокусировавшись среди прочих медицинских услуг на лечении онкологических больных, постоянно улучшают качество лечения ввиду наличия огромного потока платежеспособных пациентов такого профиля (рис. 2).

В качестве примера приведем данные Совета по международному продвижению медицины Коста-Рики, свидетельствующие, что в 2012 г. Коста-Рика

смогла привлечь около 50 тыс. иностранных пациентов, приехавших в основном из США и Канады, каждый из которых заплатил в среднем 7 тыс. долларов за оказанные медицинские услуги. Половина посетивших страну пациентов обращались за получением стоматологической помощи. Вторая половина пациентов воспользовались медицинскими услугами по ортопедии, хирургии снижения массы тела, гинекологии и пластической хирургии. В 2012 г. медицинский туризм принес Коста-Рике порядка 338 млн долларов [7].

Министерством здравоохранения Таиланда отмечено, что в 2012 г. в страну въехали 2,5 млн международных пациентов из США, Японии, Великобритании, Австралии и других стран, принешие доход от медицинских услуг в размере 4 млрд долларов (рис. 2).

Данные опроса показывают, что почти 50 тыс. пациентов в США выбирают медицинский туризм по следующим причинам:

- использование передовых технологий (40% респондентов);
- желание получить медицинскую помощь более высокого качества (32%);
- отсутствие очереди на необходимое медицинское обслуживание (15%);
- возможность получения медицинского обслуживания с более низкой стоимостью (9%) [8].

Экспертами Российской ассоциации медицинского туризма (РАМТ) отмечена растущая привлекательность России среди поставщиков медицинских услуг зарубежным пациентам. Данные этой ассоциации показывают, что российский рынок медицинских услуг активно привлекает иностранных пациентов, желающих вылечиться от бесплодия. Также, по мнению РАМТ, стоматологические услуги выступают востребованным направлением медицинского туризма ввиду достаточно высокого качества медицинской помощи и используемых материалов по сравнительно низкой цене, делая привлекательным российский рынок медицинских услуг [9].

Данные РАМТ свидетельствуют, что в 2014 г. около 7 тыс. пациентов посетили Россию с целью получения медицинских услуг. В 2015 г. их количество выросло до 8,5 тыс., а в 2016 г. уже более 10 тыс. ино-

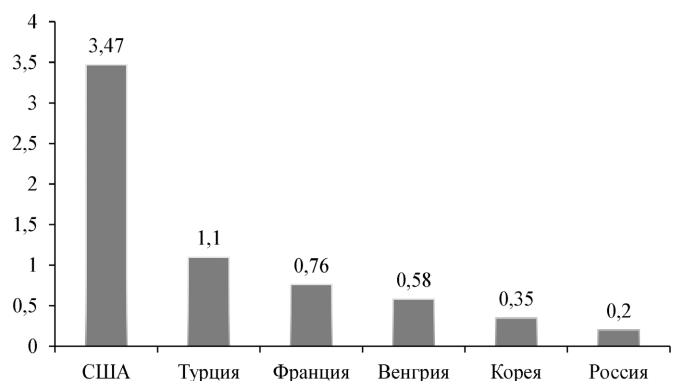


Рис. 2. Рейтинг стран — лидеров по величине экспорта поездок с медицинскими целями (млрд долларов) [10].

Здоровье и общество

странных пациентов приехали в Россию, чтобы получить лечение.

Основными причинами увеличения количества иностранных пациентов в России являются:

- выгодный курс рубля, способствующий оказанию недорогого по меркам развитых государств медицинского обслуживания;
- отсутствие законодательных и медицинских ограничений, существующих в отдельных странах (в частности, запрещающих проводить операции по экстракорпоральному оплодотворению после достижения женщиной возраста 35—40 лет);
- меры, стимулирующие развитие международного туризма (упрощение визового режима для въезжающих в Россию граждан Индии, Южной Кореи, Китая).

По результатам социологического опроса, участниками которого стали 10 тыс. жителей Москвы, 5 тыс. жителей Санкт-Петербурга и 10 тыс. респондентов из других регионов, выяснилось, что 0,7% российских граждан, которым требовалось оказание сложных медицинских услуг, выезжали на лечение за пределы Российской Федерации. Данные официальной статистики также свидетельствуют, что из Москвы около 500 тыс. человек ежегодно уезжают лечиться за границу.

Необходимо отметить, что в России имеется вполне реальный потенциал, способный произвести масштабное увеличение объемов экспорта медицинских услуг, которые обладают конкурентоспособностью по качеству и цене. Он обусловлен:

- наличием традиционно сильных российских клинических школ, признанных мировым медицинским сообществом, фундаментальных и прикладных научных исследований, среди которых следует особо отметить биоинформатику, редактирование генома, инновационные открытия в сфере офтальмологии, в космической медицине, в ортопедии;
- лидерованием в сфере IT-технологий: разработка российскими инженерами прикладного программного обеспечения мирового уровня, практический опыт применения технологий Big Data, которые составляют базу для сервисов персонализированной медицины;
- разнообразием природно-климатических условий, часовых поясов и географическим положением России;
- созданием мощной инфраструктуры федеральных медицинских университетов и клинических центров;
- сравнительно низкими ценами на качественное медицинское обслуживание по сравнению со странами дальнего зарубежья.

Вышеперечисленные конкурентные преимущества Российской Федерации позволяют прогнозировать в перспективе выход на глобальный рынок в отрасли индустрии здоровья российских стоматологических клиник, клинических центров и организаций, оказывающих медико-информационные услуги.

Стратегически важными направлениями развития экспорта медицинских услуг следует считать медицинскую помощь в сфере нейронаук (neuroscience) в тесной взаимосвязи с образовательными услугами и культурой обслуживания, представляющими собой объемную группу комплексных услуг, востребованную в скором будущем. Компоненты медицинской помощи этого направления заключаются:

- в диагностическом обследовании, прогнозировании и картировании рисков, производимых с помощью молекулярно-генетических тестов (оценка генома);
- в формировании и реализации персонализированной модели биомедицинского обслуживания, включающего в состав мероприятий прогноз, профилактику, диагностику, лечение и реабилитацию;
- в последующем дистанционном и очном медико-информационном сопровождении жизненного цикла индивида с набором рекомендаций по реорганизации развития с биологической и социальной (профессиональной) стороны на основе мониторинга персональных данных (в перспективе — мониторинга функциональной активности и развития нейронных сетей).

Ведущими поставщиками комплексных медицинских услуг в перспективе призваны стать центры организаций, возглавляемые ведущими клиническими и научными центрами:

- высокотехнологичные хирургические вмешательства — введение методов аддитивных технологий, позволяющих проводить индивидуализированные хирургические операции (реконструктивно-восстановительные процедуры, основанные на виртуальной медицине), развитие дистанционной (трансграничной) робот-ассистированной хирургии;
- трансграничные диагностические услуги — дистанционная интерпретация результатов лучевых методов исследований, патогистологических препаратов;
- прорывная онкология — развитие иммунотерапии (апробация экспериментальных препаратов в условиях медицинского кластера);
- высокотехнологичная реабилитация — применение аддитивных технологий для индивидуализированного протезирования, экзоскелеты, дистанционные (трансграничные) программы восстановительного лечения, использование климатических зон и природных ресурсов для реализации полного спектра оздоровительных и реабилитационных инструментов, лечебного и профилактического питания, санаторно-курортного лечения, занятия различными видами спорта, физического и духовного развития.

Для повышения востребованности российских услуг на глобальном рынке медицинского и оздоровительного туризма необходима реализация мер институционального характера. Анализ мирового опыта в сфере экспорта медицинских услуг свидетель-

ствует, что направление медицинского туризма сегодня развивается в условиях конкурентной среды, поэтому требуется целенаправленный комплексный долгосрочный подход.

В составе успешных программ развития медицинского туризма на мировом рынке медицинских услуг присутствуют следующие необходимые элементы.

Высокий уровень качества медицинской помощи, признанный в международных медицинских сообществах. Для устойчивого положения в международных профессиональных медицинских кругах по различным направлениям медицинской деятельности необходимо обеспечить высокое качество медицинской помощи, владение современной технологией успешного лечения, наличие современного оборудования, полноту цикла оказания медицинской помощи и ряд других ключевых факторов.

Доступность и оперативность получения информации о необходимых медицинских услугах. С этой целью следует обеспечить потенциальных пациентов доступной и понятной информацией, транслируя ее по всем популярным каналам коммуникаций на языке пациента.

Простота и доступность логистических решений, которую можно организовать одним звонком, разработка и введение упрощенного порядка получения медицинских виз, развитие инфраструктуры транспорта и средств размещения.

Продвижение страны, регионов и медицинских организаций среди работников медицины и пациентов. В этом направлении необходимо проведение рекламных кампаний, привлечение инвестиций для обеспечения участия специалистов в конференциях, выставках.

Ценовая конкурентоспособность наряду с уникальностью оказываемых медицинских услуг.

Меры по обеспечению безопасности пациентов. С этой целью необходимы отбор клиник и помощь в сертификации со стороны государства.

Последовательная реализация имеющихся резервов в сфере международного туризма, наличие достаточных объемов для экспорта медицинских услуг и связанных с ними информационных и образовательных услуг способны уже к 2024 г. значительно превысить 3 млрд долларов, а к 2035 г. — прогнозировать тенденцию к росту до 15 млрд долларов в ежегодном выражении.

Эффект от развития направления экспорта медицинских услуг может, по оценкам специалистов, принести вклад в экономический рост в размере 0,2% за период до 2024 г. и 0,7% до 2035 г. Величина других эффектов связана с увеличением предложения медицинского обслуживания мирового уровня для граждан России, что позволяет в ряде случаев отказываться от лечения за рубежом.

В настоящее время у Российской Федерации имеется большой потенциал в части увеличения объемов экспорта медицинских услуг. Следует подчеркнуть, что уровень качества оказания медицинских услуг в российских медицинских организациях мо-

жет успешно конкурировать с уровнем ведущих европейских, американских и азиатских медицинских центров. Существует также ряд конкурентных преимуществ лечения на территории Российской Федерации: привлекательная стоимость оказания медицинской помощи, высокий уровень оснащенности федеральных медицинских организаций и применение самых современных методов лечения.

В национальный проект экспорта медицинских услуг свои региональные паспорта проектов развития и экспорта подал уже 71 регион страны.

На сегодняшний день в России создана одна из лучших законодательных баз с точки зрения концессий и государственно-частного партнерства.

Рынок медицинского туризма и дальше будет диктовать условия, и агрегаторы, которые организуются в рамках международного опыта, формируют пациентопоток. Агрегаторы уже сегментируются по направлениям, например по диагностике, хирургии и другим специальностям.

Следует выделить признаки развития и формирования медицинского туризма в стране:

- введение единых стандартов ценообразования для въездных туристов;
- продажа страховыми компаниями медицинских страховок;
- ежегодный рост въездного туристического потока;
- инициатива со стороны Правительства РФ, например введение в действие закона о телемедицине — дистанционном оказании медпомощи;
- открытие в других странах представительств российской медицины — удобный вариант для иностранцев, которые получили лечение в России, а постлечебную терапию и наблюдение желают получать от той же клиники уже в своей стране;
- российские клиники получают международные сертификаты — те, которые оценили выгоды медицинского туризма.

По нашему мнению, успешному развитию медицинского туризма в России должно сопутствовать повышение качества медицинского обслуживания пациентов независимо от их гражданства.

Заключение

Анализ современного состояния экспорта медицинских услуг показал, что реализации поставленной цели помогут конкурентные преимущества России: развитая высокотехнологичная медицинская помощь, врачи высшей категории с международным опытом, квалифицированный медицинский персонал, доступная стоимость медицинских услуг и сопутствующих расходов (размещение, питание, транспорт), возможность осуществлять реабилитацию, большое количество пограничных государств.

Однако имеются и барьеры, к которым можно отнести низкий уровень информированности иностранных граждан о направлениях получения медицинских услуг на территории России. В настоящее время имеются трудности, связанные со статистиче-

Здоровье и общество

скими данными в сфере учета объемов экспорта медицинской помощи из-за отсутствия методологии сбора таких данных, не утверждена и упрощенная процедура получения виз для иностранных пациентов.

Кроме того, существуют коммуникационные барьеры между потенциальными медицинскими туристами и специалистами сферы здравоохранения — нет штатных переводчиков и просто переведенных информационных страничек на веб-сайтах российских медицинских организаций. К трудностям в сфере медицинского туризма эксперты относят также отсутствие страхования профессиональной ответственности медицинских организаций, системы взаимодействия с иностранными страховыми компаниями. Среди минусов стоит упомянуть и низкий уровень развития околomedicalного сервиса.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Материалы форума «Здоровое общество. На пути к цели: 80+». Доступно по ссылке: <https://roscongress.org/sessions/health-2019-kak-povyisit-eksport-i-kachestvo-meditsinskikh-uslug-v-rossii/materials/> (дата обращения 12.02.2020).
2. Вдовин К. Э. Перспективы развития медицинского туризма в Российской Федерации: анализ конкурентной среды методом ДЕА. *Вестник университета*. 2019;(6):57—67. doi: 10.26425/1816-4277-2019-6-57-67
3. Байменова А. С., Жакенова С. Р., Кошерова Б. Н. Рынок медицинских услуг на международном уровне (медицинский туризм): обзор литературы. *Сибирский научный медицинский журнал*. 2019;39(5):5—11.
4. Грошев И., Краснослободцев А. Мировой рынок медицинского туризма. *Мировая экономика и международные отношения*. 2017;61(10):87—95.
5. OECD/WHO/Eurostat (2011), A System of Health Accounts: 2011 Edition, OECD Publishing, Paris. doi: 10.1787/9789264116016-en
6. Lunt N., Smith R., Exworthy M., Green S., Horsfall D., Mannion R. Medical tourism: treatments, markets and health system implications: A scoping review. OECD, Directorate for Employment, Labour and Social Affairs, 2012. Доступно по ссылке: <https://www.oecd.org/els/health-systems/48723982.pdf> (дата обращения 12.02.2020).
7. PROMED. Доступно по ссылке: <https://promedmail.org/> (дата обращения 12.02.2020).
8. McKinsey Quarterly, 2008. Доступно по ссылке: <https://www.mckinsey.com/quarterly/overview> (дата обращения 12.02.2020).
9. Российская ассоциация медицинского туризма. Доступно по ссылке: <http://rmta.ru/presscenter/novosti> (дата обращения 12.02.2020).
10. Российский постиндустриальный экспорт: вызовы и перспективы. Доклад к XVIII Апрельской международной научной конференции по проблемам развития экономики и общества, Москва, 11—14 апреля 2017 г., Национальный исследователь-

ский университет «Высшая школа экономики». М.: Изд. дом ВШЭ; 2017.

11. Ананченкова П. И. Деятельность бизнес-субъектов на рынке услуг медицинского туризма. *Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко*. 2019;(1):26—32.
12. Абубакиров А. С., Ананченкова П. И., Амонова Д. С., Зудин А. Б., Снегирева Ю. Ю. Медицинская помощь в системе обязательного медицинского страхования. Москва — Берлин: Директ-Медиа; 2019.

Поступила 12.12.2019
Принята в печать 23.01.2020

REFERENCES

1. Materials of the forum “Healthy society. On the way to the goal: 80+ [Materialy foruma «Zdorovoe obshchestvo. Na puti k celi: 80+»]. Available at: <https://roscongress.org/sessions/health-2019-kak-povyisit-eksport-i-kachestvo-meditsinskikh-uslug-v-rossii/materials/> (accessed 12.02.2020) (in Russian).
2. Vdovin K. E. Perspectives of development of medical tourism in the Russian Federation: analysis of competitive environment by method of data environment analysis. *Vestnik Universiteta*. 2019;(6):57—67. doi: 10.26425/1816-4277-2019-6-57-67 (in Russian).
3. Bajmenova A. S., Zhakenova S. R., Kosherova B. N. Rynok medicinskih uslug na mezhdunarodnom urovne (medicinskij turizm): obzor literatury. *Sibirskij nauchnyj medicinskij zhurnal*. 2019;39(5):5—11 (in Russian).
4. Groshev I., Krasnoslobodcev A. World medical tourism market. *Mirovaya ekonomika i mezhdunarodnye otnosheniya*. 2017;61(10):87—95 (in Russian).
5. OECD/WHO/Eurostat (2011), A System of Health Accounts: 2011 Edition, OECD Publishing, Paris. doi: 10.1787/9789264116016-en
6. Lunt N., Smith R., Exworthy M., Green S., Horsfall D., Mannion R. Medical tourism: treatments, markets and health system implications: A scoping review. OECD, Directorate for Employment, Labour and Social Affairs, 2012. Available at: <https://www.oecd.org/els/health-systems/48723982.pdf> (accessed 12.02.2020).
7. PROMED. Available at: <https://promedmail.org/> (accessed 12.02.2020).
8. McKinsey Quarterly, 2008. Available at: <https://www.mckinsey.com/quarterly/overview> (accessed 12.02.2020).
9. Russian Medical Tourism Association. Available at: <http://rmta.ru/presscenter/novosti> (accessed 12.02.2020) (in Russian).
10. Russian post-industrial export: challenges and prospects. Report to the XVIII April International Scientific Conference on the Problems of Economic and Social Development, Moscow, April 11—14, 2017, National Research University Higher School of Economics [Rossiskii postindustrial'nyi eksport: vyzovy i perspektivy. Doklad k XVIII Aprel'skoi mezhdunarodnoi nauchnoi konferentsii po problemam razvitiya ekonomiki i obshchestva, Moskva, 11—14 aprelya 2017 g., Nacional'nyi issledovatel'skii universitet «Vysshaya shkola ekonomiki»]. Moscow: Publishing House of HSE; 2017 (in Russian).
11. Ananchenkova P. I. Activities of business entities in the market of medical tourism services. *Byulleten' Nacional'nogo nauchno-issledovatel'skogo instituta obshchestvennogo zdorov'ya imeni N. A. Semashko*. 2019;(1):26—32 (in Russian).
12. Abubakirov A. S., Ananchenkova P. I., Amonova D. S., Zudin A. B., Snegireva Yu. Yu. Medical assistance in the compulsory health insurance system [Medicinskaya pomoshch' v sisteme obyazatel'nogo medicinskogo strahovaniya]. Moscow — Berlin: Direkt-Media; 2019 (in Russian).

© Коллектив авторов, 2020
УДК 614.2**Палевская С. А.¹, Васильева Т. П.¹, Муслимов М. И.¹, Измалков Н. С.^{1,2}, Смбатян С. М.¹****УПРАВЛЕНИЕ КАЧЕСТВОМ И БЕЗОПАСНОСТЬЮ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ КАК МИРОВОЙ ТРЕНД
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)**¹ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н. А. Семашко» Минобрнауки России, 105064, г. Москва;²ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России, 443099, г. Самара

С момента выхода в свет докладов Института медицины "To Err is to Human" и "Crossing the Quality Chasm" значительное внимание в медицинских организациях во всем мире уделяется повышению качества медицинской помощи и безопасности пациентов. Повышение качества может укрепить системы оказания медицинской помощи, повысить эффективность сектора здравоохранения и ускорить достижение целей, связанных со здоровьем, поэтому в настоящее время оно занимает значительное место в программах политики в области здравоохранения стран с различным уровнем дохода.

К л ю ч е в ы е с л о в а : управление качеством; безопасность пациента; страны с высоким, средним, низким уровнем дохода; политика в области здравоохранения.

Для цитирования: Палевская С. А., Васильева Т. П., Муслимов М. И., Измалков Н. С., Смбатян С. М. Управление качеством и безопасностью медицинской деятельности как мировой тренд здравоохранения (обзор литературы). Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2020;28(2):190—201. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2020-28-2-190-201>

Для корреспонденции: Палевская Светлана Александровна, e-mail: svetpal1972@gmail.com

Palevskaya S. A.¹, Vasilieva T. P.¹, Muslimov M. I.¹, Izmalkov N. S.^{1,2}, Smbatyan S. M.¹**THE MANAGEMENT OF QUALITY AND SAFETY OF MEDICAL ACTIVITIES AS WORLD TREND IN
HEALTH CARE: THE REVIEW**¹N. A. Semashko National Research Institute of Public Health, 105064, Moscow, Russia;²The Federal State Budget Educational Institution of Higher Education "The Samara State Medical University" of Minzdrav of Russia, 443099, Samara, Russia

Since the publication of the reports of the Institute of medicine "To Err is to Human" and "Crossing the Quality Chasm" considerable attention in medical organizations all over the world is paid to improving quality medical care and safety of patients. The improvement of quality can consolidate health care delivery systems, improve efficiency of health sector and accelerate achievement of health-related goals. Therefore, quality improvement nowadays occupies meaningful position in health care policy programs in countries with different income levels.

К е y o r d s : quality management; patient safety; high-, middle- and low-income countries; health policy.

For citation: Palevskaya S. A., Vasilieva T. P., Muslimov M. I., Izmalkov N. S., Smbatyan S. M. The management of quality and safety of medical activities as world trend in health care: the review. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2020;28(2):190—201 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2020-28-2-190-201>

For correspondence: Palevskaya S. A., doctor of medical sciences, the principal researcher of the N. A. Semashko National Research Institute of Public Health. e-mail: svetpal1972@gmail.com

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support

Received 11.09.2019
Accepted 28.11.2019

Сегодня мы являемся свидетелями значительных перемен, происходящих в глобальном здоровье. В течение XX в. мир достиг значительно большего увеличения продолжительности жизни, чем за всю предыдущую историю человечества. Однако этот успех сопровождался сдвигом в сторону роста числа хронических заболеваний в старших возрастных группах [1, 2].

В ноябре 1999 г. L. T. Kohn и соавт. в отчете «To Err is Human», представленном Институтом медицины США, писали, что здравоохранение в Соединенных Штатах не так безопасно, как должно быть и может быть. По оценкам двух крупных исследований, по меньшей мере 44 тыс., а возможно, и все 98 тыс. человек умирают в больницах каждый год в результате медицинских ошибок, которые могли быть предотвращены. Авторы подчеркивают, что неблагоприятные события могут быть связаны с невыполнением

запланированного действия, которое должно быть завершено в соответствии с назначением или с использованием неправильного плана для достижения цели. Среди проблем, которые обычно возникают в ходе оказания медицинской помощи, на первое место авторы публикации поставили неблагоприятные события, связанные с назначением лекарственных препаратов, неправильными трансфузиями, хирургическими повреждениями и неправильным выбором места операции, падениями, пролежнями и ошибочной идентификацией пациентов. Было подчеркнуто, что наиболее высокая частота ошибок с серьезными последствиями чаще всего возникает в отделениях интенсивной терапии, операционных и подразделениях, работающих в условиях чрезвычайных ситуаций. В этом отчете Институт медицины США излагает всеобъемлющую стратегию, с помощью которой правительство, поставщики медицин-

Здоровье и общество

ских услуг, промышленность и потребители могут сократить число предотвратимых неблагоприятных событий как минимум на 50% в течение следующих 5 лет.

Одним из ключевых положений, которое было обозначено в этом отчете, стало утверждение о том, что большинство неблагоприятных событий не являются результатом индивидуального безрассудства или действий конкретного лица. Чаще всего они вызваны системными ошибками, неправильными процессами и условиями, которые неизбежно приводят людей к ошибкам.

Продолжая эту тему, Институт медицины США в публикации «Crossing the quality chasm» [3] подчеркивает, что необходимо учитывать реальность, в которой мы живем. Потребности населения в медицинском обслуживании изменились. Американцы стали жить дольше благодаря достижениям медицинской науки и техники, и в связи с этим старением населения происходит рост заболеваемости и смертности, растет число хронических заболеваний. Болезни сердца, диабет и астма в настоящее время являются основными причинами инвалидности и смертности. Но сегодняшняя система здравоохранения по-прежнему направлена на борьбу с острыми заболеваниями, которые требуют эпизодического ухода. Поэтому преодоление пропасти качества в широком плане должно быть сфокусировано на том, как система здравоохранения может быть переосмыслена для стимулирования инноваций и улучшения оказания медицинской помощи. Для достижения этой цели Институт медицины США предлагает всеобъемлющую стратегию и план действий на ближайшее десятилетие, которая включает такие принципы:

- безопасность: избегание причинения вреда пациентам при оказании помощи;
- эффективность: предоставление услуг, основанных на научных знаниях;
- ориентированность на пациента: обеспечение ухода, который учитывает индивидуальные предпочтения, потребности и ценности пациента;
- своевременность: сокращение времени ожидания и задержек для тех, кто получает помощь, и для тех, кто ее оказывает;
- эффективность: избегание чрезмерного накопления ненужного оборудования, расходных материалов, идей и энергии;
- справедливость: обеспечение ухода, который не отличается по качеству из-за таких характеристик, как пол, этническая принадлежность, географическое положение и социально-экономическое положение.

Все представленные в стратегии принципы направлены на снижение рисков и обеспечение безопасности при оказании медицинской помощи для государств с высоким, средним и низким уровнем дохода.

В широком смысле вопрос о том, как улучшить работу системы здравоохранения, приводит к мно-

гочисленным возможностям. Стратегии могут быть направлены на различные уровни и компоненты системы здравоохранения: регулирование и финансирование системы, организация и предоставление услуг. В последние годы большинство стран с высоким уровнем дохода провели различные реформы по всем этим аспектам системы [4].

Реформы часто носили радикальный характер, осуществлялись в отсутствие надежных доказательств того, что они могут привести к достижению заявленных целей, и не привели к ожидаемому улучшению работы системы. Необходимость своевременно принимать решения привела к тому, что исследовательская программа не всегда способна дать готовые ответы на насущные потребности в изменениях [5]. Регулирующие органы все чаще обращаются к опыту других стран для получения прагматического руководства в отношении принимаемых ими решений [5].

В настоящее время имеются значительные доказательства того, что улучшение системы здравоохранения возможно, если усилия будут сосредоточены на конкретных областях.

Во-первых, утверждается, что регулирующие органы должны усиливать роль первичной медико-санитарной помощи в системе здравоохранения [6, 7]. Предоставление первой точки контакта в рамках системы здравоохранения позволяет расширить спектр медицинских услуг, которые пациент, вероятно, должен будет координировать с практикующим врачом на уровне первичной медико-санитарной помощи. По мнению ряда авторов, барьеры на пути доступа должны быть сведены к минимуму, и медицинские организации, оказывающие первичную медико-санитарную помощь, должны иметь возможность планировать работу для населения, например путем официальной регистрации, с тем чтобы можно было осуществлять стратегии профилактической помощи [6, 8, 9].

Во-вторых, растет число свидетельств того, что некоторые целенаправленные усилия по повышению качества могут принести дивиденды с точки зрения повышения безопасности пациентов и экономии средств за счет сокращения числа неблагоприятных событий, сокращения числа повторных госпитализаций и более эффективных и действенных процессов оказания медицинской помощи [2, 10]. Инициативы варьируют от систем публичной отчетности и заполнения карт отчетов о результатах работы, которые измеряют эффективность работы медицинских организаций по различным показателям, до реинжиниринга процессов с применением различных методов для стандартизации клинических рабочих процессов и содействия улучшению потоков пациентов [11, 12].

В-третьих, исследования указывают на потенциальную выгоду от инвестиций в информационные технологии: компьютеризированные системы регистрации врачебных назначений, общие электронные медицинские записи и системы для электронного назначения лекарств и оказания консультационных

Характеристика системы медицинской помощи стран с высоким уровнем дохода

Континент	Страна	Характеристика
Австралия и Новая Зеландия	Австралия	Здравоохранение с гарантированным доступом по схеме Medicare финансируется за счет подоходного налога. Финансирование, политика и предоставление услуг распределяются между федеральным правительством и штатами и территориями. Смешанное предоставление услуг в государственном и частном секторах. Первичная медицинская помощь и специалисты за пределами государственных больниц являются частными врачами
	Новая Зеландия	Здравоохранение с доминирующей государственной системой, финансируемой налогами; местные советы здравоохранения планируют и покупают услуги в своих регионах; смешанные поставки с доминирующими государственными больницами; первичная медицинская помощь, предоставляемая частным образом с правительственными субсидиями. Около 30% имеют дополнительную частную страховку
Европа	Великобритания	Все граждане, имеющие право на получение ухода «от колыбели до могилы» в рамках государственной финансируемой системы, которая в значительной степени обеспечивается государством. Ограничения по охвату («нормирование») определяются государственным учреждением на основе клинической и экономической эффективности. Около 6% населения имеют частную страховку
	Германия	Все жители обязаны приобрести медицинскую страховку, и около 90% из них покрываются государственной, а остальные — частной страховкой. Здравоохранение в основном финансируется за счет социального страхования. Пациенты имеют свободный выбор и прямой доступ как к врачам общей практики (ВОП), так и к специалистам
	Нидерланды	Все резиденты обязаны приобретать частную медицинскую страховку; страховщики должны принимать всех резидентов и предоставлять стандартный пакет льгот, включая первичную медицинскую помощь, предоставляемую одной общей практикой; правительство регулирует цены и устанавливает лимиты расходов на здравоохранение
Северная Америка	Канада	Провинциальные и территориальные органы власти имеют полномочия в области здравоохранения (имеется в виду 13 плюс одна федеральная система); федеральное правительство передает налоговые фонды провинциям; больницы и медицинские услуги покрываются государственным финансированием, но услуги могут предоставляться публично или частным образом; региональное управление доминирует в большинстве провинциальных систем, хотя есть меры перехода к более централизованному управлению
	США	Смешанное государственное и частное финансирование — государственные программы включают Medicare (для пожилых и инвалидов), Medicaid (для лиц с низким уровнем дохода); государственную программу медицинского страхования детей или SCHIP (для детей с низким уровнем дохода); частное страхование основано на работодателе, но многие малые предприятия либо не могут позволить себе этого, либо предпочитают не предлагать медицинскую страховку своим работникам, в результате чего 16,7% населения не застрахованы. Закон о доступной медицинской помощи 2010 г. направлен на увеличение страхового покрытия. Большая часть услуг предоставляется частным образом

услуг. Данные о пользе неоднозначны, но эти инструменты были связаны с более безопасными системами оказания медицинской помощи, улучшенными услугами для пациентов и стандартизацией практики.

В 2014 г. выполнено исследование, где рассматривалось, как семь стран с высоким уровнем дохода реагировали на фактические данные, которые подчеркивали, что первичная медицинская помощь, повышение качества и информационные технологии, вероятно, улучшат эффективность системы здравоохранения: две страны из Австралии (Австралия и Новая Зеландия), три страны из Европейского Союза (Англия, Германия и Нидерланды) и две страны из Северной Америки (Канада и США), которые часто фигурируют в сравнительных исследованиях (табл. 1—3) [13].

В табл. 1 представлены данные по семи странам, которые имеют рыночную экономику. США — государство с более высокими общими расходами на здравоохранение.

Эти семь стран имеют различные подходы к финансированию здравоохранения. Австралия, Канада, Новая Зеландия и Англия имеют системы здравоохранения, преимущественно финансируемые за счет налогов, однако австралийская схема Medicare, хотя и финансируется налогами, функционирует как форма социального страхования. Страхование лежит в основе финансирования медицинской помощи, которая осуществляется в нескольких системах, при этом методы стран различаются. Германия имеет особенности социального страхования, предлагаемого несколькими организациями с общей оплатой в соответствии с графиком платежей. В Нидерландах

есть обязательное страхование, предлагаемое конкурирующими частными организациями/агентствами, поэтому то, что раньше обозначалось как общественная доля общих расходов на здравоохранение, больше таковым не считается. В США есть сочетание государственного и частного страхования работодателем, которое охватывает различные группы населения, при этом 16,7% населения не застрахованы, со всеми вытекающими последствиями.

Что касается политического устройства, то Англия, Нидерланды и Новая Зеландия имеют унитарные, централизованные политические системы. Остальные четыре страны имеют федеральные системы с различным уровнем централизованного контроля и дифференцированным потенциалом для вмешательства в деятельность на государственном уровне.

В табл. 2 основное внимание уделяется трем основным областям, вызывающим озабоченность: постоянно первичной медико-санитарной помощи, использованию информационных технологий и вопросам качества. Пять из семи стран имеют систему надзора за первичной медико-санитарной помощью, в которой действует врач первичной медико-санитарной помощи как первое звено контакта с пациентами, он же обеспечивает направление в специализированные службы. Но только в Новой Зеландии, Нидерландах и Англии принята национальная политика и утверждены стимулы для врачей первичной медико-санитарной помощи, которые направлены на поддержание официальной регистрации пациентов, обращающихся за первичной медико-санитарной помощью, тем самым обеспечивая возможность формирования популяционных подходов к уходу за

Сравнительная характеристика первичной медико-санитарной помощи, информационных технологий и вопросов качества в странах с высоким уровнем дохода

Первичная медико-санитарная помощь	Австралия	Новая Зеландия	Великобритания	Германия	Нидерланды	Канада	США
Рейтинг фонда Содружества «качество медицинской помощи» [14].	4	1	3	5	2	7	8
Рейтинг фонда Содружества «безопасная помощь»	6	4	2	3	1	5	7
Повторная госпитализация или посещение скорой медицинской помощью во время восстановления после госпитализации, процент пациентов с хроническими заболеваниями [15]	11	11	10	9	17	17	18
Доля в частной практике, %	11	16	12	50	56	24	27
Универсальный доступ	Да	Да	Да	Да	Да	Да	0
Государственная субсидия	Да	Да	Да	Да	Государство платит страховые взносы детям до 18 лет	Да	Примерно 29% имеют некоторое государственное субсидирование
Доля охваченных пациентов, %	100	100	100	100	Почти 100	100	
Соплатежи пациентов, % общей стоимости посещения	Да, обычно от 0 и 25% доплаты. Безопасная сеть для VIP-пользователей. Субсидии на лекарственные препараты	Да, до 50% в зависимости от субсидирования пациентов, выше для VIP-пользователей и целевых групп; субсидии на лекарственные препараты	Фиксированная доплата к рецептам на лекарства, но 88% населения освобождены. Плата может взиматься за некоторые больничные услуги, но она считается несущественной	Да, 10 евро за каждые 3 мес в течение первого года; 10 евро за каждый следующий визит, если сведения о пациенте не переданы первым доктором; 10% за рецепты на медикаменты с минимальной доплатой в 5 евро или полная стоимость, если препарат стоит 5 евро или меньше; максимум 10 евро; дети младше 12 лет освобождены от платежей	Да, нет доплаты за визиты к ВОП; за лекарства и другие расходы максимум 165 евро ежегодно	Доплата не допускается за оказанные услуги, однако они часто реализуются другими способами (например, ежегодные сборы за обслуживание, институциональные сборы)	Нет, примерно 29% имеют некоторые государственные субсидии. Изменчив; незастрахованные пациенты платят до 100% за услуги и лекарства. Средний уровень расходов из собственного кармана на душу населения в год составляет 912\$. Расходы из собственных средств составляют 12% от всех расходов на здравоохранение
Процент использования электронной медицинской карты: в учреждениях первичной медико-санитарной помощи	92	97	97	82	98	56	69
в больницах	<10	<10	8	<5	<5	<10	Нет
Процент врачей первичного звена с «многофункциональными» электронными медицинскими картами	60	59	68	7	33	10	27
Неблагоприятные события, % госпитализаций	16,6	12,9	11,7	Нет информации	Нет информации	7,5	3,7—10,0

больными. Доля первичной медико-санитарной помощи, оказываемой ВОП, значительно различается. Модель финансирования в большинстве стран включает доплату за первичную медико-санитарную помощь в месте обслуживания, от размера этой доплаты зависит вознаграждение врача.

Каждая из семи стран сталкивается с проблемами качества медицинской помощи и безопасности па-

циентов. Исследования показывают, что пациенты подвергаются значительному риску возникновения неблагоприятных событий, происходящих в процессе оказания медицинской помощи, полученной в стационаре. Между тем данные, полученные от пациентов, и опросы врачей, используемые фондом Содружества для составления рейтингов показателей эффективности, демонстрируют различные ре-

зультаты в разных системах здравоохранения и внутри них. Новая Зеландия, например, занимает высокое место с точки зрения общего качества медицинской помощи, но значительно более низкое по показателям безопасности. Значительная доля больных хроническими заболеваниями сообщает о необходимости повторной госпитализации.

Применение и использование информационных технологий широко варьирует в зависимости от системы, а также при сравнении первичной медико-санитарной помощи и больничных учреждений, причем все страны имеют стабильно низкие показатели использования электронной медицинской карты (ЭМК) в больницах. Австралия, Новая Зеландия, Англия и Нидерланды характеризуются широким использованием ЭМК при первичной медицинской помощи, оказываемой врачами, в отличие от Канады, США и Германии. Австралия, Новая Зеландия и Англия отличаются более сложными ЭМК, имеющими несколько функций.

Стратегии, принятые в семи ведущих странах с высоким уровнем дохода, по вопросам развития первичной медико-санитарной помощи и управления качеством приведены в табл. 3.

Во всех семи странах имеются национальные институты или агентства, которые стремятся содействовать повышению качества и осуществлять деятельность по совершенствованию качества, представляющие доклады о национальных показателях качества. Однако различия в степени приверженности правительств улучшению качества медицинской помощи налицо. Например, Новая Зеландия добилась улучшения качества медицинской помощи благодаря инициативам, осуществлявшимся с 2003 г., но в основном это были стратегии. Практические усилия были недостаточно скоординированными. Поэтому в 2010 г. был создан национальный орган для стимулирования и активного руководства деятельностью среди поставщиков медицинских услуг. У Австралии и Канады была схожая история. Британская Национальная служба здравоохранения в течение десятилетия сформировала ряд агентств, ориентированных на повышение качества и безопасности пациентов; прежде всего, это комиссия по качеству медицинской помощи и национальное агентство по безопасности пациентов.

Мероприятия варьировали от осмотра больниц до обновления услуг, в то время как на уровне первичной медико-санитарной помощи оплата за работу была привязана к повышению качества. Финансовые стимулы для повышения эффективности также были частью усилий США, где, например, реформы 2010 г. были отмечены повышенным национальным акцентом на качество и созданием новых платежных механизмов, направленных на повышение качества и улучшение деятельности медицинских организаций. Подход в Германии и Нидерландах был более пассивным и сосредоточенным на сборе данных и обратной связи.

Не меньшее внимание вопросам управления качеством и безопасностью медицинской деятельно-

сти уделяется в странах Евросоюза. Различные системы здравоохранения приняли различные стратегии для содействия повышению качества [16, 17]. Обзор стратегий повышения качества в 25 государствах-членах Европейского союза (ЕС) показал, что в той или иной степени все эти страны внедрили системы аккредитации, показатели эффективности, клинические рекомендации, системы безопасности пациентов, всеобщий менеджмент качества (TQMs) и системы получения мнений пациентов. Эти стратегии способствовали повышению качества и безопасности медицинской помощи и были наиболее эффективными при их комбинированном применении [18]. Тем не менее государства-члены различаются по степени использования национальных стратегий повышения качества для повышения эффективности подходов к повышению качества [19, 20].

Учитывая значительный прогресс в инициативах по улучшению качества и обеспечению безопасности пациентов, некоторые страны ЕС приступили к изучению потенциала региональной гармонизации систем повышения качества и показателей качества [18, 21]. Гармонизация означает «установление, признание и применение общих стандартов и мер регулирования» в разных странах для сведения к минимуму несоответствий, недопущения дублирования усилий и облегчения межстрановых сопоставлений [10].

ЕС построен на концепции свободного перемещения товаров, услуг, людей и капитала. Законы, принятые для осуществления и защиты этих прав, влияют на сектор здравоохранения. Например, для облегчения профессиональной мобильности квалификации, полученные в одной стране, автоматически признаются в других. Граждане могут свободно путешествовать по Европе, будучи уверенными, что у них будет доступ к медицинской помощи, если возникнет чрезвычайная ситуация. Лицензирование новых лекарств и медицинских изделий гармонизированы.

Однако в Европе подход к качеству в разных странах различается часто по историческим причинам. Кроме того, играют роль два фактора. Во-первых, количество медицинских работников, переезжающих внутри ЕС, быстро растет. Эти специалисты нуждаются в информации о структурах и процессах, способствующих повышению качества, с которыми они будут сталкиваться, и профессиональные команды должны понимать, что новые участники из-за рубежа могут иметь различный опыт и ожидания. Во-вторых, для граждан одной страны все еще непривычно получать медицинскую помощь в другой европейской стране (на ее долю приходится не более 1% общего объема расходов здравоохранения). Некоторые медицинские работники и учреждения теперь работают более чем в одном европейском регионе, и либерализация медицинского страхования в некоторых странах, вероятно, ускорит эту тенденцию.

Политика здравоохранения в ЕС имеет в своем центре фундаментальное противоречие. Последова-

Сравнительная характеристика стратегий в области первичной медико-санитарной помощи и управления качеством в странах с высоким уровнем дохода

Страна	Первичная медико-санитарная помощь	Качество
Австралия	Отделы общей практики созданы в начале 1990-х годов для содействия развитию общих врачебных практик. Внедрены стимулы для продвижения передовой практики, новые кадровые модели, планы здравоохранения и мультидисциплинарное планирование медицинской помощи. В последнее время реформы здравоохранения привели к созданию национальной сети первичной медико-санитарной помощи организации (местные отделения Medicare) для интеграции услуг и улучшения доступа. Разработана новая национальная стратегия первичной медико-санитарной помощи и стратегия Национального профилактического здравоохранения	Вместо Национального совета по качеству, учрежденного в 2000 г., в 2006 г. была создана комиссия, призванная активизировать усилия по повышению безопасности и качества. В 2008 г. на конференции министров здравоохранения Австралии была достигнута договоренность о повышении эффективности работы по показателям, охватывающим всю систему здравоохранения, и по показателям ухода за престарелыми. Комиссия по безопасности и качеству в здравоохранении устанавливает национальные цели в области безопасности и качества. Недавние реформы здравоохранения вводят публичную отчетность местных органов власти, государственных и частных больниц через национальный орган по оценке эффективности здравоохранения. Реализация мероприятий по повышению качества в основном осуществлялась на государственном и местном уровнях
Новая Зеландия	С начала 1990-х годов частные общие врачебные практики (ОВП) были объединены в региональные ассоциации, пропагандирующие использование информационно-компьютерных технологий, клинических рекомендаций и клинических руководств. Некоторые сообщества маори и другие группы уже давно работают с местными жителями для капитализации финансирования и снижения расходов на пациентов. Значительное государственное финансирование, введенное в первичную медико-санитарную помощь с 2002 г., способствовало созданию первичной медико-санитарной помощи, в которую входят 98% новозеландцев. Эти группы получают дополнительные государственные средства на лечение хронических заболеваний, улучшение доступа к медицинской помощи и укрепление здоровья. В 2009 г. правительство приступило к созданию комплексных центров здоровья семьи, предлагая семейную медицину, круглосуточный уход и дневную хирургию	Действия правительства начались только в 2003 г. и носили разрозненный характер. Деятельность по улучшению положения в основном оставлена на усмотрение отдельных больниц и округов, при этом национальная координация практически отсутствует. Качественные данные являются частью ряда национальных показателей эффективности, ежеквартально представляемых для государственных больниц. Данные частных больниц не сообщаются. Отчет о неблагоприятных событиях в государственных больницах издается с 2008 г. Национальным комитетом по повышению качества, который также руководит серией пилотных проектов по улучшению работы государственных больниц. Новая комиссия по качеству и безопасности здоровья была создана в 2010 г. с целью управления национальной программой качества
Великобритания	Медицинская помощь организуется на трех уровнях управления: национальном, промежуточном (стратегическое управление здравоохранения) и местном (фонды первичной медико-санитарной помощи, ОВП и больничные учреждения). Недавнее изменение политики для введения центров GP-led, владеющих 80 млрд из 100 млрд долларов бюджета здравоохранения. Эта политика предназначена для децентрализации медицинской помощи и поощрения более клинически обоснованного подхода принятия решений. «Любой желающий поставщик» будет допущен к участию в первичной медицинской помощи	В системе первичной медико-санитарной помощи собирается и регистрируется информация по более чем 110 показателям. Информация о конкретных областях доступна в системе вторичной медицинской помощи, хотя это происходит в основном через обзор клинических случаев. Для поддержки применения клинических рекомендаций вводятся «индикаторы качества», полученные из клинических рекомендаций. Существует система целей эффективности для больниц, к которым относятся финансовые цели. Качество также поощряется и контролируется через деятельность Комиссии по качеству и Национального агентства по безопасности пациентов
Германия	Частные врачи являются обязательными членами ассоциаций, которые имеют статус государственных корпораций. Их задача состоит в том, чтобы гарантировать предоставление медицинских услуг и контролировать соответствие и экономическую эффективность медицинских амбулаторных услуг. С 2003 г. осуществление приема врачами амбулаторно-поликлинического сектора было установлено законодательно по отношению к другим группам врачей как 60 к 40. ВОП не являются звеном контроля в Германии, хотя их координирующие компетенции укрепились в последние годы. С 2004 г. больничные фонды были обязаны предлагать возможность записаться в «модель помощи семейного врача» с премией за обучение	Институт качества и эффективности в здравоохранении, созданный в 2004 г., соответствует международным стандартам доказательной медицины. С 2007 г. он также анализирует экономическую эффективность инновационных препаратов с патентной защитой и использует соответствующие результаты для рекомендации максимальных цен. Федеральное правительство также устанавливает различные стандарты качества и требует сбора данных по конкретным показателям, которые поступают обратно в больницы, а они, в свою очередь, вносят эти показатели в обязательные отчеты
Нидерланды	Частные ОВП организованы в небольшие местные группы и в региональные сообщества для обеспечения круглосуточной помощи. Эти сообщества также координируют уход при диабете, хронической обструктивной болезни легких, сердечной недостаточности и сердечно-сосудистых рисках, который оплачивается за счет дополнительных средств по договорам с медицинскими страховщиками. Цены на регулярные визиты устанавливаются правительством. Стимулируется конкуренция за дополнительные услуги	С 1989 г. голландский колледж врачей общей практики разрабатывает комплексный пакет клинических рекомендаций, охватывающий в настоящее время почти 80% заболеваний, наблюдаемых в общей практике. Инициативы по улучшению качества и мониторинг качества являются частью практики аккредитации. На национальном уровне различные мероприятия включают разработку стандартов качественных данных для помощи пациентам в выборе поставщиков медицинских услуг. В 2013 г. был создан Национальный институт качества, который способствует повышению качества и сокращению различий в качестве предоставляемых медицинских услуг
Канада	В последнее десятилетие был разработан ряд национальных инициатив в области политики в первичной медико-санитарной помощи с региональной юрисдикционной ответственностью за здравоохранение, реформы первичной медико-санитарной помощи не координируются на национальном уровне. Основные направления политики включают создание инфраструктуры и потенциала для поддержки электронных медицинских карт, разработки междисциплинарных команд и рассмотрения моделей оплаты. Однако подходы и прогресс по каждому из этих направлений весьма различаются в разных регионах	В 2002 г. создан Национальный совет по качеству здравоохранения, который взял на себя функции публичной отчетности. Канадский совет здравоохранения был учрежден в 2004 г. В нескольких провинциях также были созданы советы по качеству здравоохранения для координации работы. Федеральное правительство выделило финансовые средства для создания Канадского института безопасности пациентов в 2003 г. В 2004 г. опубликованы материалы исследования неблагоприятных событий, результаты которого предполагают возможность предотвращения неблагоприятных событий в канадских больницах
США	Большинство врачей первичной медико-санитарной помощи находятся в партнерских или групповых практиках, число отдельных практик со временем уменьшается. В США исторически сложился дисбаланс с нехваткой врачей первичной медико-санитарной помощи, на ее долю приходится всего 40% действующих врачей. По мере расширения охвата в соответствии с ACA 2010 г. эта проблема усилилась во многих уголках страны. Студенты-медики продолжают стремиться к специализированной карьере, национальные медицинские школы не в состоянии выпускать врачей первичного звена достаточно быстро, чтобы удовлетворить растущий спрос	После знаковых докладов Института медицины в 2000 г. различные государственные и частные группы выступали за повышение качества и инициативы по обеспечению безопасности пациентов. Программа Medicare больше не оплачивает ошибки при операции (локализации), ненужные повторные госпитализации и некоторые виды нежелательных реакций на лекарственные препараты. Новый закон о реформе здравоохранения предусматривает расширение выплат по программе Medicare, основанных на результатах деятельности, в другие учреждения, помимо больниц, включая домашнее здравоохранение и амбулаторную хирургию. Закон о реформе также учредил некоммерческий Научно-исследовательский институт по изучению результатов, ориентированных на пациента, для оценки клинической помощи и разработки национальной стратегии повышения качества

тельные европейские договоры четко заявляют, что здравоохранение — обязанность государств-членов, но оказание медицинской помощи вовлекает людей, товары и услуги, которые являются субъектом европейского права. Инициативы по качеству медицинской помощи могут делиться на две категории. Некоторые из них распространяются сверху вниз, часто в виде законодательства или нормативных актов от правительств и официальных органов. Есть и другие, которые идут снизу вверх, по инициативе медицинских работников и других провайдеров.

Согласование лекарственных средств и изделий медицинского назначения. Одобрение лекарств является одной из немногих областей в области здравоохранения, где практика гармонизирована в рамках ЕС. Производители могут представлять новые продукты на утверждение централизованно Европейскому агентству по оценке лекарственных средств и товаров. В качестве альтернативы они могут запросить одобрение со стороны Национального агентства по оценке, которое затем распространяет подробную информацию соответствующим учреждениям во всех других странах ЕС; если возражений не получено, продукт одобрен к продаже на всей территории ЕС (принцип взаимного признания).

Обучение медицинских специалистов. Способность медицинского работника, обученного в одной стране, к работе в другой стране основана на взаимном признании. Последовательное законодательство ЕС установило минимум требований к стандартам учебных программ. Люди, закончившие такие программы, считаются удовлетворяющими требованиям Европейских стандартов. Система подверглась критике, поскольку критерии признания относятся почти исключительно к продолжительности обучения, без рассмотрения содержания, и они не принимают во внимание растущее использование компетентностных подходов в профессиональном обучении.

Квалификация специалиста бывает двух типов: та, которая относится к специальностям (таким как хирургия), признаваемым повсеместно, и та, которая касается специальностей, признанных только в нескольких странах (например, дерматовенерология). Квалификация во второй группе может использоваться только в стране, которая признает специальность. Законодательство ЕС не касается ревалидации, которая действует в некоторых странах, таких как Нидерланды.

Регистрация, лицензирование и аккредитация объектов здравоохранения. Несколько стран внедрились собственные системы для обеспечения соответствия медицинских учреждений определенным стандартам, выходящим за рамки стандартов, применимых ко всем гражданским объектам. По всей Европе не существует единого подхода к управлению качеством, при этом в ряде стран используются различные международные инициативы [12, 22—24]. В Дании, Чехии, Италии и Испании отдельные больницы или группы больниц добровольно обратились за аккредитацией в объединенную международную

комиссию (JCI), а другие использовали модели канадских стандартов качества. Варианты организационного аудита, впервые проведенного в Великобритании Королевским фондом, были приняты в Швеции и Финляндии.

Во Франции, Германии, Дании, Польше и Великобритании некоторые больницы обратились за сертификацией к Международной организации по стандартизации (ISO). Стандарт ISO 9000 охватывает такие области, как ведение учета и инициирование действий в ответ на возникающие проблемы, но он является общим, а не специфическим для клинической практики. Больницы в Финляндии, Люксембурге, Нидерландах и Венгрии, а также в некоторых регионах Испании и Италии приняли рамки самооценки, разработанные Европейским фондом управления качеством (EFQM), в некоторых случаях связанные с национальными системами премирования. Как и в случае ISO 9000, его содержание не является специфическим для сектора здравоохранения. Большинство стран имеют национальные аккредитационные органы для лабораторий, хотя процедуры сильно различаются [25].

Примеры международных инициатив в области качества:

Европейский фонд управления качеством (EFQM) обеспечивает основу для самооценки, которая используется организациями, претендующими на Европейскую премию качества и соответствующую национальную премию. Модель EFQM основана в 1988 г. президентами 14 крупнейших европейских компаний с одобрения Европейской комиссии. Эта премия следует принципу «структура—процесс—результат» Донабедиана и делает акцент на организационном развитии через самооценку. Два элемента, «позиционирование и совершенствование» и «самооценка», особенно актуальны для организаций здравоохранения.

Оценка Европейской Практики (European Practice Assessment) — европейская система оценки практики — предлагает средство оценки того, насколько хорошо общие практики организованы и управляются. Она основана на пяти доменах: инфраструктура, кадровом обеспечении, информации, финансах, качестве и безопасности — и призвана облегчить международное сопоставление. Используется в девяти европейских странах.

ISO — является Всемирной федерацией национальных органов по стандартизации, охватывающей промышленный, экономический, научный и технологический секторы и разрабатывает стандарты, по которым организации или органы могут быть сертифицированы аккредитованными аудитором. Серия ISO 9000, используемая для оценки медицинских учреждений, включает пять стандартов по управлению качеством и обеспечению качества.

JCI — объединенная международная комиссия, является международным подразделением американской аккредитационной организации, созданной как совместная комиссия по аккредитации больниц в 1951 г. Американским колледжем врачей и хирур-

Инициативы стран по обеспечению безопасности пациентов

Страна	Содержание инициативы
Дания	Конфиденциальная, не карательная, но обязательная система для сообщения о неблагоприятных медицинских событиях была основана в 2004 г. Больницы обязаны сообщать о неблагоприятных событиях в национальную базу данных, управляемую Национальным советом здравоохранения. Схема ориентирована на обучение на опыте, в целях предотвращения повторения нежелательных событий. Система имеет осведомителей. Закреплено положение о том, что медицинские работники, сообщающие о неблагоприятном событии, не могут быть подвергнуты расследованию или дисциплинарному взысканию их работодателем
Великобритания	Национальное агентство по безопасности пациентов было создано в 2001 г. Оно состоит из отдела по безопасности пациента, осуществляющего функционирование национальной системы отчетности и обучения, которая анализирует информацию о неблагоприятных событиях и принимает соответствующие меры, например путем выдачи предупреждений. Национальная клиническая служба оценки предоставляет конфиденциальные консультации и поддержку в тех случаях, когда у врачей есть повод для беспокойства относительно вероятного неблагоприятного события. Это агентство также проводит серию конфиденциальных расследований самоубийств и убийств людей с психическими заболеваниями

гов, Американской ассоциацией больниц, Американской медицинской ассоциацией и Канадской медицинской ассоциацией. Она аккредитует медицинские организации США, финансируемые федеральным правительством, и теперь предлагает адаптированную программу для аккредитации медицинских организаций за рубежом. При аккредитации рассматриваются структуры и процессы, связанные с доступом к лечению и непрерывностью лечения, оценкой процессов, образования, управления информацией и людскими ресурсами, лидерством в области качества, инфекционным контролем, совместным интегрированным управлением и управлением объектами.

Безопасность пациента. Как Люксембург, так и Соединенное Королевство использовали свои возможности при ротации председательства ЕС для обеспечения безопасности пациентов как приоритета. Всемирная организация здравоохранения создала Всемирный альянс за безопасность пациентов, и важность безопасности пациента была одобрена Советом Европы. Недавнее европейское исследование по безопасности пациентов показало, что в 2005 г. только Дания, Германия, Испания, Нидерланды и Соединенное Королевство создали конкретные институциональные структуры для обеспечения безопасности пациентов. Системы, внедренные Данией и Великобританией, были оценены как самые продвинутые (табл. 4). Тринадцать других стран внедрили отдельные элементы (национальные или региональные отчеты о неблагоприятных событиях, требования к работе риск-менеджеров, защита осведомителей), но природа и сфера применения этих элементов сильно варьировала.

Исследование MARQuIS (2008) [26] позволило идентифицировать стратегии управления качеством (табл. 5), применяемые в европейских медицинских организациях.

Клинические рекомендации как инструмент управления качеством. Почти во всех странах существуют различные процессы разработки или адаптации клинических рекомендаций. Они варьируют от инициатив в рамках отдельных учреждений до национальных программ, в которых задействованы группы аналитиков, проводящих систематические обзоры. В 2001 г. Совет Европы разработал ряд рекомендаций по подготовке клинических рекомендаций [26]. Некоторые европейские специализированные ассоциации, например Европейская ассоциация урологии, имеют хорошо отлаженные системы разработки клинических рекомендаций. Кроме того, Европейский исследовательский проект «Согласие» и международная сеть организаций, разрабатывающих клинические рекомендации, внесли существенный вклад в формирование консенсуса на европейском уровне относительно методов разработки клинических рекомендаций и оценки их качества [27, 28].

Индикаторы качества. Только несколько стран приняли показатели качества, и они значительно различаются. Примечательными примерами являются системы, действующие в Дании, Германии, Испании и Великобритании (табл. 6). Системы показателей качества подвергались критике за то, что фокусируются на легко измеряемых показателях, а не на том, что важно, и их использование поощряет манипулирование данными либо изменения поведения для достижения целей, ставя под угрозу собственно оказание медицинской помощи.

Таблица 5

Стратегии повышения качества, применяемые в европейских больницах (в абс. ед.)

Спецификация стратегии качества	Ирландия	Бельгия	Франция	Испания	Польша	Чехия
Использование ISO при реализации система качества	19 (31,6)	23 (21,7)	28,6 (63)	101 (70,3)	76 (50)	37 (59,5)
Использование EFQM при реализации система качества	20 (20)	23 (60,9)	3,4 (59)	101 (57,4)	69 (4,3)	30 (20)
Комиссия или лицо, ответственное за:						
контроль внутрибольничных инфекций	25 (100)	24 (100)	100 (78)	107 (100)	80 (100)	38 (89,5)
переливание крови	25 (100)	24 (100)	100 (78)	104 (87,5)	76 (92,1)	38 (78,9)
предупреждение пролежней	21 (66,7)	24 (95,8)	64 (79,7)	104 (94,2)	76 (78,9)	39 (84,6)
политику использования антибиотиков	23 (87)	24 (95,8)	65 (96,9)	106 (98,1)	76 (96,1)	39 (66,7)

Индикаторы качества

Страна	Система показателей
Дания	Национальный проект измеряет качество медицинской помощи, оказываемой больницами пациентам с шестью распространенными заболеваниями (рак легкого, шизофрения, сердечная недостаточность, перелом бедра, инсульт и острая хирургия желудочно-кишечного кровотечения). Из медицинской документации извлекается информация о тяжести заболевания, лечении и исходе заболевания
Германия	В 2001 г. была создана национальная система сравнительного анализа с четкими критериями, касающимися более чем 30 диагнозов и процедур. Эти данные охватывают около 20% случаев лечения в Германии и публикуются в ежегодных отчетах о качестве
Великобритания	Эффективность работы ВОП оценивается с помощью системы оценки качества и результатов. Это включает около 140 мер, разработанных на основе фактических данных и профессионального консенсуса. Большинство из них сосредоточено на клинических аспектах, хотя организационные и пациентские элементы также присутствуют. Эти меры объединяются для получения «сбалансированной системы показателей»

Страны, относящиеся к Восточно-Средиземноморскому региону (EMR), также выразили высокую приверженность повышению качества медицинской помощи. В 2009 г. они одобрили резолюцию о повышении эффективности работы больниц в EMR [29]. Хотя отмечен определенный прогресс в осуществлении инициативы по обеспечению безопасности пациентов в больницах во всем регионе, достигнутый на сегодняшний день прогресс не является оптимальным. Исследование неблагоприятных событий в 27 больницах восьми стран, из которых шесть были расположены в EMR (Иордания, Тунис, Египет, Судан, Марокко и Йемен), выявило среднюю частоту неблагоприятных событий в 8%, причем диапазон варьировал по странам от 2,5 до 18% [30].

Аналогичным образом, систематический обзор качества медицинской помощи в первичной медико-санитарной помощи в EMR показал, что процессный подход к управлению качеством является областью, вызывающей серьезную озабоченность [31]. Некоторые из факторов, способствующих неоптимальному качеству и безопасности в EMR, включают отсутствие четкого видения и стратегического направления для руководства и поддержки осуществления мероприятий в области качества и безопасности, растущую роль частного сектора, слабое сотрудничество между государственным и частным секторами и отсутствие институционализации качества и безопасности [29]. Последующие региональные совещания подчеркнули необходимость проведения базовых оценок безопасности пациентов в больницах, обсуждения вопроса о качестве и безопасности на политическом уровне и пересмотра статуса аккредитации медицинских услуг в странах EMR [32, 33].

Для стран с низким и средним уровнем дохода проблема качества в здравоохранении стоит наиболее остро. В 2012 г. в Зальцбурге состоялся Глобальный семинар, в котором приняли участие лидеры здравоохранения из 33 стран мира для рассмотрения опыта и определения приоритетных задач в обеспечении качества и безопасности здравоохранения в странах с низким и средним уровнем дохода [34]. Семинар разработал консенсусное заявление, в котором содержится призыв к правительствам, которые должны принять и поощрять повышение качества как краеугольного камня для улучшения здоровья всех граждан.

В ходе семинара [32] были определены пять взаимосвязанных приоритетных задач в области повы-

шения качества и безопасности медицинской помощи.

Во-первых, это «недостаточное число компетентных работников здравоохранения». Медицинские работники не имеют необходимых навыков из-за недостаточной начальной подготовки, неудовлетворенных потребностей в профессиональной подготовке. Эти и другие факторы приводят к снижению морального духа персонала, что, в свою очередь, усложняет задачу повышения качества и безопасности.

Вторая задача — признание и учет различных представлений о качестве среди поставщиков услуг, директивных органов и общественности — требует открытого диалога и ведет к третьей задаче — вовлечению гражданского общества. В результате этого мы сталкиваемся с четвертой проблемой — системами, не предназначенными для удовлетворения потребностей пациентов, когда многие программы здравоохранения создаются как вертикальные, слабо интегрированные мероприятия в системе здравоохранения. Это приводит к пятой проблеме — плохому планированию сектора здравоохранения, которая включает в себя отсутствие всеобъемлющих оперативных планов, плохую интеграцию вертикальных программ в системы здравоохранения.

Говоря об уроках, которые странам с низким уровнем дохода следует извлечь из этого семинара, исследователи подчеркивают, что первый урок — терминологическая и методологическая путаница, которая является одной из основных проблем среди руководителей и специалистов здравоохранения в странах с низким и средним уровнем дохода [32]. Наука, лежащая в основе совершенствования здравоохранения, перегружена множеством терминов и жаргонизмов, описывающих, по существу, сходные методы и концепции. Эта путаница усугубляется еще и тем, что различные организации применяют к схожим методологиям собственные названия. Результатом является то, что медицинские работники, пытающиеся улучшить уход, сталкиваются с трудностями в понимании, оценке и выборе соответствующих методологий. Преодоление этой путаницы будет иметь большое значение для будущего обмена опытом и обучения в области повышения качества медицинской помощи. Второй урок — документирование процесса улучшения имеет большое значение и включает в себя знания, необходимые для оценки того, как процессы работают. Третий урок — лидер-

Здоровье и общество

ство — универсальный вопрос, который занимает важное место среди проблем, связанных с управлением качеством. Хотя потребность в превосходном руководстве на всех уровнях является универсальной для всех систем здравоохранения, в ряде стран с низким и средним уровнем дохода выявляются уникальные проблемы, связанные с лидерством. Четвертый урок — ориентированность на пациента. Системы здравоохранения, ориентированные на пациентов, существуют для пациентов, поэтому пациенты и сообщества должны быть вовлечены в процесс оказания медицинской помощи с начальных этапов.

Наличие международного опыта в создании системы управления качеством и безопасностью медицинской деятельности, опыт работы медицинских организаций РФ по внедрению внутреннего контроля качества привел к четкому пониманию необходимости разработки собственных национальных требований к контролю качества и безопасности медицинской деятельности с последующим постепенным переходом медицинских организаций страны на работу по этим требованиям.

Первым шагом на этом пути стала разработка «Предложений (практических рекомендаций) Росздравнадзора по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации» (далее — МО). Следует подчеркнуть, что по своей структуре эти документы объединили отечественный опыт по созданию системы внутреннего контроля качества с лучшей международной практикой в области безопасности медицинской деятельности.

В 2015—2016 гг. вышли «Предложения (практические рекомендации) Росздравнадзора по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации (стационар)», в 2016—2017 гг. — «Предложения (практические рекомендации) Росздравнадзора по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации (поликлиника)», в 2018 г. — «Предложения (практические рекомендации) Росздравнадзора по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской лаборатории». Сегодня эти практические рекомендации внедрены более чем в 150 медицинских организациях страны.

6 декабря 2016 г. Федеральным агентством по техническому регулированию и метрологии была зарегистрирована Система добровольной сертификации «Качество и безопасность медицинской деятельности» (далее — Система). Она предназначена для организации и проведения добровольной сертификации медицинских организаций любой формы собственности и ведомственной принадлежности, обеспечивающей независимую и квалифицированную оценку их соответствия установленным требованиям. Система не может подменять собой обязательную оценку соответствия. Основными целями деятельности Системы являются: удостоверение соот-

ветствия деятельности МО требованиям, установленным в Системе, содействие потребителям в компетентном выборе работ, услуг, повышение конкурентоспособности работ, услуг на российском и международном рынках.

Создавая систему управления качеством и безопасностью медицинской деятельности, необходимо помнить, что в нашей стране реализуется несколько видов контроля в сфере здравоохранения: контроль в сфере обращения лекарственных средств, контроль за обращением медицинских изделий, федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, контроль качества и безопасности медицинской деятельности.

Федеральный закон от 21.11.2012 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» регулирует вопросы государственного, ведомственного и внутреннего контроля качества. Вместе с тем на протяжении многих лет в МО нашей страны работает трехуровневая система внутреннего контроля качества: врачебная комиссия, заместитель главного врача по КЭР или по качеству, заведующий структурным подразделением.

До 25.12.2018 г. то, как работать этой системе, какие функции в рамках каждого уровня должны выполняться, решал главный врач. Это порождало множество документов, положений, требований к системе внутреннего контроля и создавало трудности для проверяющих организаций. Внесение изменений в 323-ФЗ, в частности в ст. 90, касающуюся внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, создало мощную законодательную основу для перехода к новым реалиям нашей жизни. В новой редакции статьи сказано, что «органами, организациями государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения осуществляется внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности в соответствии с требованиями к его организации и проведению, утвержденными уполномоченным федеральным органом исполнительной власти» (в ред. Федерального закона от 25.12.2018 № 489-ФЗ).

Требования к организации и проведению внутреннего контроля отныне являются полномочиями Министерства здравоохранения РФ, которые регулируются соответствующими подзаконными актами. 07.06.2019 г. был принят приказ Министерства здравоохранения РФ № 381н «Об утверждении требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности». Пожалуй, ключевыми моментами этого приказа, является то, что он устанавливает единые требования:

- к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности;
- к созданию системы управления с учетом особенностей МО;
- к оценке качества и безопасности путем проведения плановых/внеплановых проверок;

Впервые одним из мероприятий по внутреннему контролю является учет нежелательных событий при осуществлении медицинской деятельности.

Таким образом, в нашей стране складывается трехуровневая система управления качеством и безопасностью медицинской деятельности.

Первый (базовый) уровень регулируется требованиями приказа Министерства здравоохранения РФ 07.06.2019 № 381н «Об утверждении требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности», который устанавливает минимальные требования к системе внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности. Второй уровень — это система добровольной сертификации МО. И, наконец, третьим уровнем станет разработка национального стандарта.

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

ЛИТЕРАТУРА

- Atun R. What are the advantages and disadvantages of restructuring the health system to focus more on primary health care services? Copenhagen; 2004. Available at: <http://www.euro.who.int/>
- Ovretveit J. Does Improving Quality Save Money? A Review of the Evidence of Which Improvements to Quality Reduce Costs to Health Service Providers. London: The Health Foundation; 2009
- Institute of Medicine. Crossing the quality chasm. Washington, DC: National Academy Press; 2001.
- Gauld R. The New Health Policy. Maidenhead: Open University Press; 2009
- Lin V., Gibson B. Evidence-Based Health Policy: Problems and Possibilities. Melbourne: Oxford University Press; 2003.
- Starfield B., Shi L., Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *The Milbank Quarterly*. 2005;83:457—502.
- World Health Organization. The World Health Report 2008: Primary Health Care — Now More Than Ever. Geneva: World Health Organization; 2008.
- Haggerty J., Levesque J.-F., Hogg W., Wong S. The strength of primary care systems. *Brit. Med. J.* 2013;346:f3777.
- Rosano A., Loha C., Falvo R., Ricciardi W., Guasticchi G., de Belvis A. The relationship between avoidable hospitalization and accessibility to primary care: a systematic review. *Eur. J. Pub. Health*. 2013;23:356—60.
- Bawazir S. Perspective from regional harmonisation initiative (RHI). Public ICH Regional Meeting; 2008.
- Bohmer R. M. J. Designing Care: Aligning the Nature and Management of Health Care. Boston: Harvard Business Press, MA; 2009.
- Nabitz U., Klazinga N., Walburg J. The EFQM excellence model: European and Dutch experiences with the EFQM approach in health care. European Foundation for Quality Management. *Int. J. Qual. Health Care*. 2000;12:191—201.
- Gauld R. Healthcare system performance improvement: a comparison of key policies in seven high-income countries. *J. Health Organ. Manag.* 2014;28(1):2—20.
- Davis K., Schoen C., Stremikis K. Mirror, Mirror on the Wall: How the Performance of the US Health Care System Compares Internationally. New York: Commonwealth Fund; 2010.
- Schoen C., Osborn R., How S. K. H., Doty M., Peugh J. In chronic condition: experiences of patients with complex health care needs, in eight countries. *Health Affairs*. 2008;28:1—16.
- Lombarts M. J. Application of quality improvement strategies in 389 European hospitals: results of the MARQuIS project. *Qual. Saf. Health Care*. 2009;18(Suppl 1):i28—i37.
- Scott I. What are the most effective strategies for improving quality and safety of health care? *Intern. Med. J.* 2009;39(6):389—400.
- Groene O. Learning from MARQuIS: future direction of quality and safety in hospital care in the European Union. *Qual. Saf. Health Care*. 2009;18 (Suppl 1):i69—i74.
- Legido-Quigley H. How can quality of health care be safeguarded across the European Union? *BMJ*. 2008;336(7650):920—3.
- Spencer E., Walshe K. National quality improvement policies and strategies in European healthcare systems. *Qual. Saf. Health Care*. 2009;18(Suppl 1):i22—i27.
- Burnett S. Prospects for comparing European hospitals in terms of quality and safety: lessons from a comparative study in five countries. *Int. J. Qual. Health Care*. 2013;25(1):1—7.
- Donahue K., van Ostenberg P. Joint Commission International accreditation: relationship to four models of evaluation. *Int. J. Qual. Health Care*. 2000;12:243—6.
- Engels Y., Campbell S., Dautzenberg M., van den Hombergh P. Developing a framework of, and quality indicators for, general practice management in Europe. *Fam Pract*. 2005;22:215—22.
- ExPeRT RG. The international organization for standardization. Budapest: ExPeRT Operational Seminar, 1998:11.
- Huisman W., Horvath A. R., Burnett D., Blaton V., Czikkely R., Jansen R. T. Accreditation of medical laboratories in the European Union. *Clin. Chem. Lab. Med.* 2007;45:268—75.
- Spencer E., Walshe K. National quality improvement policies and strategies in European healthcare systems. *Qual. Safety. Health Care*. 2009;18(Suppl 1):i22—7.
- Burgers S., Grol R., Klazinga N. S., Marjukka M., Zaat J. Towards evidence-based clinical practice: an international survey of 18 clinical guideline programs. *Int. J. Qual. Health Care*. 2003;15:31—45.
- Cluzeau F., Littlejohns P., Grimshaw J. Development and application of 15 a generic methodology to assess the quality of clinical guidelines. *Int. J. Qual. Health Care*. 1999;11:23—8.
- World Health Organization. Improving the quality of care and patient safety in the eastern Mediterranean region. *East Mediterr Health J.* 2015;21(2):147—50.
- Wilson R. M. Patient safety in developing countries: retrospective estimation of scale and nature of harm to patients in hospital. *BMJ*. 2012;344:e832.
- Saleh S. Quality of care in primary health care settings in the eastern Mediterranean region: a systematic review of the literature. *Int. J. Qual. Health Care*. 2015;27(2):79—88.
- Massoud M. R. Charting the way forward to better quality health care: how do we get there and what are the next steps? Recommendations from the Salzburg global seminar on making health care better in low- and middle-income economies. *Int. J. Qual. Health Care*. 2012;24(6):558—63.
- World Health Organization. Summary report on the regional meeting on patient safety and health care quality in eastern Mediterranean region: from assessment to improvement. Geneva; 2015.
- Mate KS, Rooney AL, Supachutikul A, Gyani G. Accreditation as a path to achieving universal quality health coverage. *Globaliz Health*. 2014;10:68. Available at: <http://www.globalizationandhealth.com/content/10/1/68>

Поступила 11.09.2019
Принята в печать 28.11.2019

REFERENCES

- Atun R. What are the advantages and disadvantages of restructuring the health system to focus more on primary health care services? Copenhagen; 2004. Available at: <http://www.euro.who.int/>
- Ovretveit J. Does Improving Quality Save Money? A Review of the Evidence of Which Improvements to Quality Reduce Costs to Health Service Providers. London: The Health Foundation; 2009
- Institute of Medicine. Crossing the quality chasm. Washington, DC: National Academy Press; 2001.
- Gauld R. The New Health Policy. Maidenhead: Open University Press; 2009
- Lin V., Gibson B. Evidence-Based Health Policy: Problems and Possibilities. Melbourne: Oxford University Press; 2003.
- Starfield B., Shi L., Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *The Milbank Quarterly*. 2005;83:457—502.
- World Health Organization. The World Health Report 2008: Primary Health Care — Now More Than Ever. Geneva: World Health Organization; 2008.
- Haggerty J., Levesque J.-F., Hogg W., Wong S. The strength of primary care systems. *Brit. Med. J.* 2013;346:f3777.
- Rosano A., Loha C., Falvo R., van der Zee J., Ricciardi W., Guasticchi G., de Belvis A. The relationship between avoidable hospitalization and accessibility to primary care: a systematic review. *Eur. J. Pub. Health*. 2013;23:356—60.
- Bawazir S. Perspective from regional harmonisation initiative (RHI). Public ICH Regional Meeting; 2008.
- Bohmer R. M. J. Designing Care: Aligning the Nature and Management of Health Care. Boston: Harvard Business Press, MA; 2009.

Здоровье и общество

12. Nabitz U., Klazinga N., Walburg J. The EFQM excellence model: European and Dutch experiences with the EFQM approach in health care. European Foundation for Quality Management. *Int. J. Qual. Health Care.* 2000;12:191—201.
13. Gauld R. Healthcare system performance improvement: a comparison of key policies in seven high-income countries. *J. Health Organ. Manag.* 2014;28(1):2—20.
14. Davis K., Schoen C., Stremikis K. *Mirror, Mirror on the Wall: How the Performance of the US Health Care System Compares Internationally.* New York: Commonwealth Fund; 2010.
15. Schoen C., Osborn R., How S. K. H., Doty M., Peugh J. In chronic condition: experiences of patients with complex health care needs, in eight countries. *Health Affairs.* 2008;28:1—16.
16. Lombarts M. J. Application of quality improvement strategies in 389 European hospitals: results of the MARQuIS project. *Qual. Saf. Health Care.* 2009;18(Suppl 1):i28—i37.
17. Scott I. What are the most effective strategies for improving quality and safety of health care? *Intern. Med. J.* 2009;39(6):389—400.
18. Groene O. Learning from MARQuIS: future direction of quality and safety in hospital care in the European Union. *Qual. Saf. Health Care.* 2009;18 (Suppl 1):i69—i74.
19. Legido-Quigley H. How can quality of health care be safeguarded across the European Union? *BMJ.* 2008;336(7650):920—3.
20. Spencer E., Walshe K. National quality improvement policies and strategies in European healthcare systems. *Qual. Saf. Health Care.* 2009;18(Suppl 1):i22—i27.
21. Burnett S. Prospects for comparing European hospitals in terms of quality and safety: lessons from a comparative study in five countries. *Int. J. Qual. Health Care.* 2013;25(1):1—7.
22. Donahue K., van Ostenberg P. Joint Commission International accreditation: relationship to four models of evaluation. *Int. J. Qual. Health Care.* 2000;12:243—6.
23. Engels Y., Campbell S., Dautzenberg M., van den Hombergh P. Developing a framework of, and quality indicators for, general practice management in Europe. *Fam Pract.* 2005;22:215—22.
24. ExPeRT RG. The international organization for standardization. Budapest: ExPeRT Operational Seminar, 1998:11.
25. Huisman W., Horvath A. R., Burnett D., Blaton V., Czikkely R., Jansen R. T. Accreditation of medical laboratories in the European Union. *Clin. Chem. Lab. Med.* 2007;45:268—75.
26. Spencer E., Walshe K. National quality improvement policies and strategies in European healthcare systems. *Qual. Safety. Health Care.* 2009;18(Suppl 1):i22—7.
27. Burgers S., Grol R., Klazinga N. S., Marjukka M., Zaat J. Towards evidence-based clinical practice: an international survey of 18 clinical guideline programs. *Int. J. Qual. Health Care.* 2003;15:31—45.
28. Cluzeau F., Littlejohns P., Grimshaw J. Development and application of 15 a generic methodology to assess the quality of clinical guidelines. *Int. J. Qual. Health Care.* 1999;11:23—8.
29. World Health Organization. Improving the quality of care and patient safety in the eastern Mediterranean region. *East Mediterr Health J.* 2015;21(2):147—50.
30. Wilson R. M. Patient safety in developing countries: retrospective estimation of scale and nature of harm to patients in hospital. *BMJ.* 2012;344:e832.
31. Saleh S. Quality of care in primary health care settings in the eastern Mediterranean region: a systematic review of the literature. *Int. J. Qual. Health Care.* 2015;27(2):79—88.
32. Massoud M. R. Charting the way forward to better quality health care: how do we get there and what are the next steps? Recommendations from the Salzburg global seminar on making health care better in low- and middle-income economies. *Int. J. Qual. Health Care.* 2012;24 (6):558—63.
33. World Health Organization. Summary report on the regional meeting on patient safety and health care quality in eastern Mediterranean region: from assessment to improvement. Geneva; 2015.
34. Mate KS, Rooney AL, Supachutikul A, Gyani G. Accreditation as a path to achieving universal quality health coverage. *Globaliz Health.* 2014;10:68. Available at: <http://www.globalizationandhealth.com/content/10/1/68>

© Введенский А. И., 2020
УДК 614.2**Введенский А. И.****КОРПОРАТИВНЫЕ ПРОГРАММЫ ПРОФИЛАКТИКИ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ**

ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н. А. Семашко» Минобрнауки России, 105064, г. Москва

Профилактика профессиональных и производственно обусловленных заболеваний выражается в комплексе системных мер медицинского (санитарно-эпидемиологического, санитарно-гигиенического, лечебно-профилактического и т. д.) и немедицинского (государственного, общественного, экономического, правового, технического, организационно-технического, экологического и др.) характера, направленных на снижение риска развития отклонений в состоянии здоровья и заболеваний работников, предотвращение или замедление их прогрессирования, уменьшение неблагоприятных последствий.

Отмечено, что корпоративные программы и стратегии профилактики профессиональных и производственно обусловленных заболеваний реализуются на уровне предприятий, на индивидуальном, групповом, муниципальном и государственном уровнях.

Важным направлением статьи является утверждение, что, несмотря на существование общих принципов, используемых в целях предупреждения неблагоприятного воздействия любых производственных факторов на организм работников (соблюдение предельно допустимых концентраций и уровней, коллективные средства защиты, защита временем, защита расстоянием, средства индивидуальной защиты, профилактические медицинские осмотры, производственный контроль и др.), при разработке мер профилактики воздействия отдельных факторов обязательно должны учитываться специфические требования к их организации.

В ряду приоритетных мер профилактики средства индивидуальной защиты занимают далеко не последнее место, но по стандартам должны применяться только в тех случаях, когда ограничение неблагоприятного действия фактора другими методами невозможно.

Система профилактики профессиональных заболеваний в корпоративных программах реализуется через комплекс мер, включающих действенную практику знаний, умений, навыков в профилактике, коррекции, лечебно-реабилитационных и оздоровительных упражнениях для снижения уровня профессиональной заболеваемости.

Ключевые слова: профессиональные заболевания; профилактика; охрана труда; управление здоровьем; корпоративные программы профилактики профзаболеваний; здоровье и управление благосостоянием работающих; здоровый образ жизни персонала.

Для цитирования: Введенский А. И. Корпоративные программы профилактики профессиональных заболеваний. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2020;28(2):202—206. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2020-28-2-202-206>

Для корреспонденции: Введенский Артем Игоревич, аспирант ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н. А. Семашко» Минобрнауки России, e-mail: ai_vvedenskiy@mail.ru

Vvedensky A. I.**THE CORPORATIVE PROGRAMS OF PREVENTION OF OCCUPATIONAL DISEASES**

N. A. Semashko National Research Institute of Public Health, 105064, Moscow, Russia

The prevention of occupational and production-conditioned diseases is expressed in complex of systemic measures of medical (sanitary epidemiological, sanitary hygienic, medical preventive, etc.) and non-medical (state, public, economic, legal, technical, organizational technical, environmental, etc.) nature, targeted to decrease risk of developing diseases and deviations in health of employees, to prevent or slow down their progression and to decrease development of unfavorable consequences.

The corporate programs and strategies of prevention of occupational and production-conditioned diseases are implemented at enterprise, individual, group, municipal and state levels.

The assertion is considered related to accounting in development of prevention of certain risk factors affecting the specific organizational requirements in addition to general principles of prevention of unfavorable effects on organism of workers of such production factors as maintenance of MPC levels, collective means of protection, time protection, distance protection, personal protection, preventive medical check-ups, manufacturing inspection, etc.

It is important to pay attention to personal protective equipment for employees of enterprises. Among the priority preventive measures, personal protective equipment is, according to actual standards, to be applied only in cases of impossibility of limiting unfavorable effect of particular risk factor using other methods.

The system of prevention of occupational diseases in corporate programs is implemented through complex measures including effectual practice of knowledge and skills in prevention, correction, treatment and rehabilitation health exercises to reduce level of occupational morbidity.

Keywords: occupational diseases; prevention; occupational health; health management; corporate programs; health management; well-being; healthy life-style.

For citation: Vvedensky A. I. The corporate programs of prevention of occupational diseases. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2020;28(2):202—206 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2020-28-2-202-206>

For correspondence: Vvedensky A. I., the post-graduate student of the N. A. Semashko National Research Institute of Public Health. e-mail: ai_vvedenskiy@mail.ru

Conflict of interests. The author declares absence of conflict of interests.

Acknowledgment. The study had no sponsor support

Введение

Профилактические мероприятия помогают поддерживать состояние здоровья каждого, кто хочет прожить долгую жизнь, не зная множества различных заболеваний. Однако выбранная профессия порой может принести вредные факторы и риски, способные повлиять на состояние здоровья человека.

По результатам статистики производственного травматизма, на предприятиях России, в основном промышленных, в 2019 г. до 60% несчастных случаев происходит по причине производственных травм, среди которых переломы (21%), заболевания органов слуха и зрения (20%), другие профзаболевания (17%). Причины несчастных случаев на работе — несоблюдение правил техники безопасности, человеческий фактор, метеорологические условия и др.

Важным направлением снижения заболеваемости и несчастных случаев на рабочем месте является разработка и внедрение корпоративных программ профилактики профессиональных заболеваний (ППЗ). Обзор корпоративных программ российских предприятий и исследование основных направлений ППЗ являются целью написания данной статьи.

Среди важнейших направлений корпоративных программ по профилактике профессиональных заболеваний можно выделить четыре основных блока:

- выявление факторов риска;
- программы, меняющие поведение работников;
- образовательные и просвещающие программы;
- программы, меняющие рабочую среду.

Затраты на ППЗ могут быть низкими или даже отсутствовать (запрет на курение в закрытых помещениях, изменение ассортимента блюд, предлагаемых в рабочих столовых, изменение режима работы). Программы с высокими постоянными и низкими переменными издержками включают изменение рабочей среды, реконструкция зданий, переоборудование рабочих мест. Программы с низкими постоянными и высокими переменными издержками — это образовательные программы, покупка абонементов для сотрудников в спортзалы, бассейны, корты, добровольное медицинское страхование (ДМС) и др.

Высокостоймостные программы — с высокими постоянными и переменными издержками — доступны только крупным предприятиям. Они предусматривают создание собственных центров (образовательных, спортивных, оздоровительных, санаторных), что требует значительных затрат.

Возникновение профессиональных заболеваний связано с тем, что многие работники не соблюдают правильный режим труда и отдыха, рекомендации, которые дают им врачи-специалисты, пренебрежительно относятся к собственному здоровью, не учитывают вредные факторы и профессиональные риски своей профессии.

На сегодняшний день проблема профилактики профессиональных заболеваний работников является весьма актуальной во всем мире [1]. Статистические исследования подтверждают масштаб данной проблемы в Российской Федерации. Ежегодно реги-

стрируется около 8 тыс. вновь выявленных случаев профессиональных заболеваний [2]. Поэтому вопросы диагностики, регистрации и профилактики профессиональной патологии являются важным аспектом социального благополучия общества.

Большое количество нормативных документов страны и мирового сообщества регламентируют направления профилактики профессиональных заболеваний и охраны труда.

Среди основных нормативных правовых источников по ППЗ наиважнейшими являются регламентирующие документы Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) [3].

ВОЗ выделяет первичную, вторичную и третичную формы профилактики заболеваний. При этом под термином «первичная» понимается профилактика факторов риска среди работников, «вторичная» — профилактика развития заболеваний при наличии факторов риска, «третичная» — профилактика прогрессирования заболеваний и осложнений, развития инвалидности и преждевременной смерти [2, 3].

В документах Международной организации труда, к которым часто обращаются при составлении корпоративных программ ППЗ, отмечено, что важными направлениями современного общества являются: продвижение национальных, в том числе отраслевых и корпоративных, программ достойного труда, развитие социального диалога, социальная защита, охрана труда и др. [1].

В работах В. Г. Артамоновой, Н. А. Мухина, Н. Ф. Измерова отмечается, что в направлении корпоративного управления профилактикой профессиональных заболеваний важной является модернизация существующей системы профессиональной подготовки к профессии и работе в определенных, вредных или опасных, условиях труда. И одним из способов модернизации охраны труда является составление и внедрение корпоративных программ профилактики профессиональных заболеваний [4, 5].

Материалы и методы

Методами изучения корпоративных программ ППЗ в данной работе стали следующие: нормативно-целевой, системно-аналитический, предметный, статистический, полевых исследований (опрос).

Материалами для проведения данного исследования явились корпоративные программы ряда российских компаний (в количестве 12) и их корпоративные программы ППЗ, разработанные и реализованные в 2016—2019 гг.

Важными целями исследованных корпоративных программ являются механизмы и технологии предупреждения и профилактики профессиональных заболеваний в ходе трудовой деятельности человека, коррекции и лечебно-профилактической реабилитации. Разработка программ направлена на снижение рисков возникновения профессиональных заболеваний.

Результаты исследования

Приведем основные результаты исследования корпоративных программ российских предприятий за 2016—2019 гг.

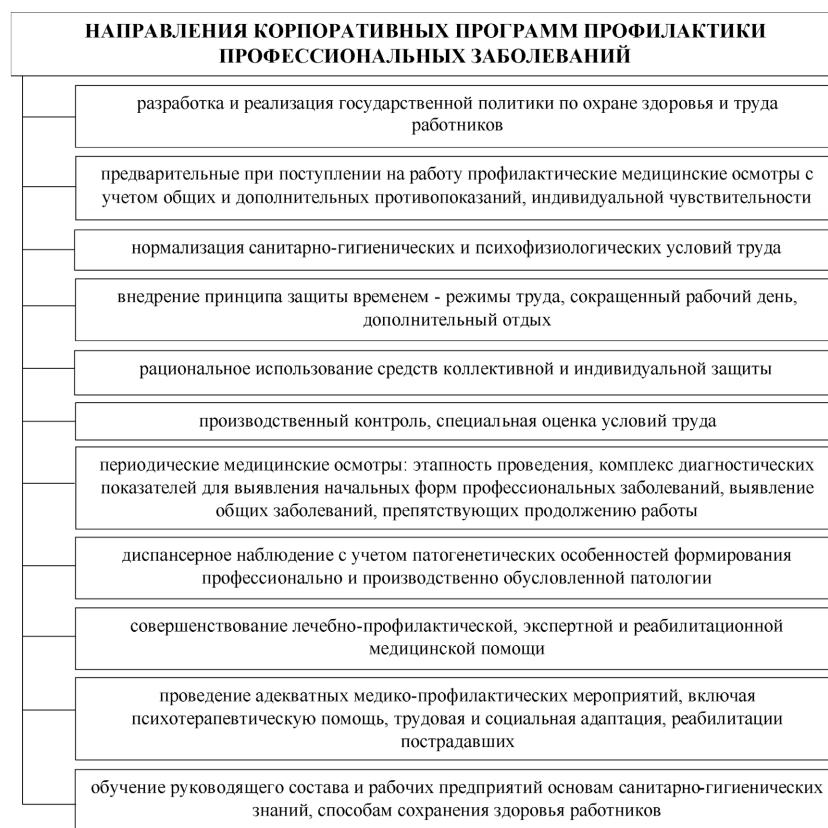
При исследовании применялись методы выборочного анкетирования и инструментарий кабинетных исследований (статистический анализ, нормативно-целевой, системно-предметный).

В табл. 1 представлен удельный вес в структуре направлений изученных нами корпоративных программ по профилактике профессиональных заболеваний в исследованных компаниях.

Из представленных данных видно, что наибольший удельный вес в корпоративных программах ППЗ занимают ознакомительные мероприятия, инструктаж, регламент, профилактические мероприятия, лечебная реабилитация после полученных профессиональных заболеваний.

Необходимым условием успешной реализации корпоративных программ ППЗ является создание систем критериев успешности программы при ее внедрении и последующем анализе.

Основные направления корпоративных программ на основе анализа ряда научных трудов и программ корпоративного регламента предприятий, взятых нами для анализа и исследования, представлены на рисунке.



Основные направления корпоративных программ ППЗ российских предприятий в 2016—2019 гг.

Таблица 1

Структура направлений корпоративных программ некоторых российских предприятий по профилактике профессиональных заболеваний с 2016 по 2019 г.

Направление	Доля, %
Профилактические мероприятия	18
Ознакомительные мероприятия, инструктаж, регламент	25
Необходимость вакцинации	13
Важность постоянного обследования	10
Информационные мероприятия	12
Пропаганда упражнений и мероприятий профилактики будущих профессиональных заболеваний человека в его жизнедеятельности	12
Формирование программ коррекции каких-либо физических недостатков, полученных в ходе профессиональной деятельности	3
Разработка направлений профессиональной подготовки и профессиональной ориентации в аспекте знаний по охране условий труда	7
Лечебная реабилитация после полученных профессиональных заболеваний	17
Оздоровительно-восстановительные занятия	12
Разработка занятий по программе спортивной направленности, индивидуальной программе, плану, мотивационным интересам	8
Направления разработки и внедрения тестирования, самоконтроля, самоанализа, самооценки, условий труда, эргономики рабочего места, нагрузок	4
Направления по внедрению страховок, самостраховок, санаторного и курортного лечения	5
Организация и проведение подвижных и спортивных игр, праздников и других оздоровительных и спортивных мероприятий	8

На основании исследования факторов, которые прописаны и на которых акцентировано внимание при составлении корпоративных программ ППЗ, составлена табл. 2.

Из представленных данных видно, что за исследуемый период снижается влияние физических факторов на рост профессиональной заболеваемости и отражение этого направления в корпоративных программах.

Также снижается влияние на возникновение профессиональных заболеваний воздействия промышленных аэрозолей и химических факторов. Однако они по-прежнему отражаются в корпоративных программах предприятий, например химической промышленности. Мы исследовали корпоративную программу ОК «РУСАЛ», в которой разработаны ме-

Таблица 2

Факторы возникновения профессиональных заболеваний, обуславливающие разработку определенных направлений в корпоративных программах по профилактике профессиональных заболеваний, % [4—6]

Факторы	2014 г.	2015 г.	2016 г.	2017 г.	2018 г.	2019 г.
Физические	46,79	45,34	43,45	44,87	42,87	41,54
Промышленные аэрозоли (пыли)	17,56	17,33	17,11	17,00	16,44	16,40
Химические	6,26	6,99	6,30	7,66	6,23	6,87
Тяжесть и напряженность	25,18	23,87	24,22	21,98	23,11	22,10
Биологические	2,26	2,76	2,90	3,70	3,22	2,95
Аллергены	1,51	1,77	2,17	2,03	2,80	1,98
Онкогенные	0,44	0,44	0,37	0,33	0,34	0,40

Здоровье и общество

роприятия по профилактике работы с промышленными аэрозолями.

В структуре этого предприятия есть медицинская служба, в обязанности которой входят мероприятия по профилактике работы с опасными химическими веществами и промышленными пылями. В 2019 г. запланировано 38 мероприятий по 4 направлениям, связанным с обучением, инструктажем и непосредственно работой в данном аспекте. Руководство медицинской службой, а также всей профилактикой профессиональных заболеваний на этом предприятии ведут дирекция по персоналу, служба охраны труда и руководители всех уровней.

При внедрении корпоративной программы, например на ОК «РУСАЛ», трудовые потери по профзаболеваемости на одного работника (человеко-дни) снизились с 8,9 в 2012 г. до 7,6 в 2016 г. и 5,4 в 2019 г., что говорит об эффективности мероприятий, запланированных в программе.

Еще пример — корпоративная программа ПАО «Акрон», химического предприятия, производящего удобрения. В этой программе огромное внимание уделяется профилактике здоровья сотрудников. Программа «Здоровье» позволила значительно (до 23% в 2018 г.) сократить затраты предприятия на потери рабочего времени, связанного с потерей трудоспособности персонала, полученной на рабочем месте.

Наиболее высокий уровень профессиональной заболеваемости наблюдается в организациях сферы добычи полезных ископаемых (19,3 человека на 10 тыс. работающих, в том числе при добыче каменного угля, бурого угля и торфа — 79,7, добыче угля подземным способом — 130) и обрабатывающих производств (3 человека на 10 тыс. работающих).

Интересен пример корпоративной программы корпорации ООО «Везерфорд» — совместной российско-швейцарской компании, занимающейся бурением скважин и добычей газа и нефти.

После внедрения в 2017 г. корпоративной программы охраны здоровья на предприятии при ежегодных медицинских осмотрах охват реабилитационными мероприятиями увеличился вдвое, и из 71 сотрудника после их прохождения 48 сразу были допущены к работе. Снизилась заболеваемость респираторными заболеваниями и гриппом на 38%, болезнями органов дыхания в 4 раза. Временная нетрудоспособность по другим болезням снизилась на 37%.

На многих предприятиях вопросы профилактики несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний находятся в ведении администрации предприятия, профсоюзной организации и фельдшерских здравпунктов.

Так, на предприятии ООО «Газпром трансгаз Югорск» была разработана корпоративная программа профилактики профессиональных заболеваний «Пропаганда и популяризация здорового образа жизни», важным направлением которой стало развитие профилактической промышленной медицины и мероприятий, связанных с динамическим монито-

рингом состояния здоровья членов трудового коллектива. В программе разработан подробный механизм реализации профилактических мероприятий.

На предприятии открыт 61 санитарный пункт и действуют 17 инженерно-врачебных бригад. Кроме того, важным результатом эффективности внедрения этой программы стало снижение заболеваемости сотрудников компании на 15—20% (в зависимости от подразделения) за 2016—2019 гг. Благодаря созданию корпоративной программы этой компании удалось снизить количество случаев временной утраты трудоспособности в 2,3—2,5 раза ниже показателей региона.

ООО «Газпром добыча Оренбург» после внедрения программы «Здоровый образ жизни работников» построило новые и реконструировало действующие спортивные объекты на 1,4 млрд руб., потратило на санаторно-курортное лечение работников 537 млн руб., что увеличило показатели здоровья сотрудников предприятия.

Представленные выше данные позволяют говорить о значительной эффективности внедрения корпоративных программ ППЗ, что указывает на необходимость и важность повышения эффективности профилактических мероприятий.

Медицинские службы предприятий анализируют причины производственных травм, профессиональных заболеваний в зависимости от различных факторов и должны разрабатывать конкретные мероприятия по устранению выявленных причин и осуществлять контроль за соблюдением правил техники безопасности, обучать работников приемам оказания первой помощи, проводить беседы по профилактике профессиональных заболеваний и мотивировать к ведению здорового образа жизни.

Анализируя причины производственного травматизма и профессиональных заболеваний, а также статистику по этим вопросам, предприятиям важно проводить мероприятия по предупреждению профессиональных заболеваний и производственного травматизма.

Выводы

Исследование позволяет сделать вывод, что комплекс мероприятий по ППЗ на производстве, который лежит в основе разработки и внедрения соответствующих корпоративных программ, включает:

1. Разработку и проведение совместно с администрациями предприятий при согласовании с органами санэпиднадзора, профилактических и оздоровительных мероприятий.

2. Различные направления участия в разработке мер по сокращению профессиональных заболеваний, совершенствование профилактических методов, диагностических инструментов, направлений лечения и условий и реабилитационных методов в снижении риска профессиональных заболеваний.

3. Организацию и мероприятия проведения системы, состоящей из обязательных предварительных медицинских осмотров при поступлении на ра-

боту, которая связана с производственными факторами неблагоприятного характера.

4. Подготовку и проведение периодических медицинских осмотров.

5. Обязательное проведение вакцинационных мероприятий.

6. Направление персонала предприятий на консультации и лечение в медицинских организациях.

7. Контроль соблюдения санитарно-гигиенических условий деятельности и снижение рисков увеличения санитарно-гигиенического неблагополучия на производстве.

8. Выявление связей отдельных заболеваний с профессиями и детализацию списка профессиональных заболеваний.

9. Проведение занятий по гигиене труда и формированию здорового образа жизни, лекций о вреде курения и злоупотребления алкоголем с целью сокращения числа вредных привычек и стереотипов поведения, причиняющих ущерб здоровью.

10. Мотивирование персонала к личной ответственности за свое здоровье с целью достижения полной реализации их «потенциала здоровья».

11. Внесение предложений администрациям предприятий по улучшению охраны труда и медицинской помощи работающим.

12. Разработку методики профилактики профессиональных заболеваний.

Следует отметить, что основными целями предприятий в создании корпоративных программ ППЗ являются формирование ответственного отношения к своему здоровью, здоровый образ жизни, а также разработка программ для снижения уровня профессиональных заболеваний и уровня влияния факторов, им способствующих.

Важно при составлении и внедрении программ ППЗ формировать у персонала потребности к улучшению своего здоровья, здоровому образу жизни, обучать практическим применениям знаний в профилактике профессиональных заболеваний, мотивировать персонал к реализации самоутверждающих, самоуправляющих механизмов личности, самопознанию, создавать условия формирования по-

требностей к самосовершенствованию личности, физическому здоровью, улучшению физических качеств в реализации профессиональных обязанностей.

Исследование не имело спонсорской поддержки.
Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Международная организация труда. Доступно по ссылке: unrussia.ru/agencies/mezhdunarodnaya-organizatsiya-truda-mot
2. Министерство здравоохранения Российской Федерации. Доступно по ссылке: <https://www.rosminzdrav.ru/>
3. Всемирная организация здравоохранения. Доступно по ссылке: <http://www.who.int/ru>
4. Профессиональный риск для здоровья работников: Руководство. Под ред. акад. РАМН Н. Ф. Измерова. М.: Тривант; 2015.
5. Артамонова В. Г., Мухин Н. А. Профессиональные болезни: Учебник. М.: Медицина; 2016.
6. Гареев Л. Г. Охрана труда. М.: ЮНИТИ; 2014.
7. Введенский А. И., Зудин А. Б. Использование дистанционных технологий в просветительской работе по профилактике профессиональных заболеваний работников образовательной сферы. *Вестник Авиценны*. 2019;21(8):584—589.
8. Абубакиров А. С., Ананченкова П. И., Амонова Д. С., Зудин А. Б., Снегирева Ю. Ю. Медицинская помощь в системе обязательного медицинского страхования. Москва—Берлин: Директ-Медиа; 2019.

Поступила 04.10.2019
Принята в печать 28.11.2019

REFERENCES

1. The International Labour Organization [*Mezhdunarodnaya organizatsiya truda*]. Available at: unrussia.ru/agencies/mezhdunarodnaya-organizatsiya-truda-mot (in Russian).
2. Ministry of Health of the Russian Federation [*Ministerstvo zdorovoohraneniya Rossijskoj Federacii*]. Available at: <https://www.rosminzdrav.ru/> (in Russian).
3. World Health Organization. Available at: <http://www.who.int/ru>
4. Occupational health risk for workers [*Professional'nyj risk dlya zdorov'ya rabotnikov*]. Izmerov N. F., editor. Moscow: Trovant; 2015 (in Russian).
5. Artamonova V. G., Muhin N. A. Occupational diseases [*Professional'nye bolezni: Uchebnyk*]. Moscow: Medicina; 2016 (in Russian).
6. Gareev L. G. Occupational Safety and Health [*Ohrana truda*]. Moscow: YUNITI; 2014 (in Russian).
7. Vvedenskiy A. I., Zudin A. B. The use of remote technologies in educational work to prevent occupational diseases in field of education. *Vestnik Avitsenny-Avicenna Bulletin*. 2019;21(8):584—589.
8. Abubakirov A. S., Ananchenkova P. I., Amonova D. S., Zudin A. B., Snegireva Yu. Yu. Medical assistance in the system of compulsory health insurance [*Medicinskaya pomoshch' v sisteme obyazatel'nogo medicinskogo strahovaniya*]. Moscow—Berlin: Direkt-Media; 2019.

Мадьянова В. В., Какорина Е. П., Клокова Т. А.

ОСОБЕННОСТИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ЛИЦ СТАРШЕ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ В 2012—2018 гг.

Институт лидерства и управления здравоохранением ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет имени И. М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), 109004, г. Москва

Показатели здоровья населения имеют тенденцию к ухудшению с возрастом. Для лиц старше трудоспособного возраста характерны высокий уровень заболеваемости и преобладание хронических болезней, полиморбидность, атипичность течения, длительный период реабилитации, частые осложнения, обострения. Цель исследования — анализ динамики, структуры и особенностей заболеваемости лиц старше трудоспособного возраста в Российской Федерации. В результате исследования выявлены отличительные особенности в динамике и структуре заболеваемости пожилого населения за 2012—2018 гг., связанные с высоким уровнем распространенности болезней системы кровообращения, болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани, а также колебаниями показателей заболеваемости в классах «Новообразования», «Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ», «Психические расстройства и расстройства поведения», «Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм», «Болезни глаза и его придаточного аппарата», «Болезни уха и сосцевидного отростка», а также «Симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках». Проведен анализ показателей первичной и общей заболеваемости в разрезе субъектов Российской Федерации.

К л ю ч е в ы е с л о в а : заболеваемость лиц старше трудоспособного возраста; состояние здоровья пожилого населения; первичная заболеваемость лиц старше трудоспособного возраста; общая заболеваемость лиц старше трудоспособного возраста; мультиморбидность; динамика и структура заболеваемости пожилого населения; старение населения.

Для цитирования: Мадьянова В. В., Какорина Е. П., Клокова Т. А. Особенности заболеваемости лиц старше трудоспособного возраста в Российской Федерации в 2012—2018 гг. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2020;28(2):207—215. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2020-28-2-207-215>

Для корреспонденции: Мадьянова Виктория Вячеславовна, профессор Института лидерства и управления здравоохранением ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет имени И. М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), e-mail: vvm@hsha.ru

Madyanova V. V., Kakorina E. P., Klokova T. A.

THE CHARACTERISTICS OF MORBIDITY OF POPULATION OLDER THAN ABLE-BODIED AGE IN THE RUSSIAN FEDERATION IN 2012—2018

The Institute of Leadership and Health Care Management of the Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education “The I. M. Sechenov First Moscow State Medical University” of Minzdrav of Russia (Sechenov University), 119991, Moscow, Russia

The indices of population health exhibit tendency to deteriorate with age. The high level of morbidity, prevalence of chronic diseases, polymorbidity, atypical course of disease, continuous rehabilitation period, frequent complications and exacerbations are specific for individuals over able-bodied age.

The purpose of study is to analyze dynamic, structure and characteristics of morbidity of population over able-bodied age in the Russian Federation. The study established specific features in dynamics and structure of morbidity of elderly population during 2012—2018. They are associated with high prevalence of cardiovascular diseases, diseases of musculoskeletal system and connective tissue. Furthermore, there is variety in morbidity rates of neoplasms, endocrine, nutritional and metabolic diseases, mental and behavioral disorders, diseases of the blood and blood-forming organs and certain disorders involving the immune mechanism, diseases of the eye and adnexa, diseases of ear and mastoid process and also symptoms, signs and abnormal clinical and laboratory findings, not classified in other rubrics.

The analysis of indices of primary and common morbidity of pneumonia in elderly population of different regions of the Russian Federation was carried out.

K e y w o r d s : morbidity; population of over able-bodied age; health status; disease; prevalence; incidence; polymorbidity; dynamics and structure; aging population.

For citation: Madyanova V. V., Kakorina E. P., Klokova T. A., Morbidity characteristics of population over working age in the Russian Federation in 2012—2018. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2020;28(2):207—215 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2020-28-2-207-215>

For correspondence: Madyanova V. V., professor of the Institute of Leadership and Health Care Management of the Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education “The I. M. Sechenov First Moscow State Medical University”, e-mail: vvm@hsha.ru

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support

Received 10.10.2019

Accepted 23.01.2020

Анализ состояния здоровья пожилого населения в Российской Федерации является крайне актуальной задачей в связи с продолжающимся ростом его

численности в структуре населения. Так, к 2020 г. в Российской Федерации доля населения 65 лет и старше достигнет 15,5%, а в ряде европейских стран (Ита-

лии, Германии, Швеции, Финляндии, Бельгии) превышает 20%, достигая значений 23,1; 20,7; 20,6; 20,3 и 20,1% соответственно.

Около 80% лиц пожилого и старческого возраста страдают множественной хронической патологией. В среднем у одного пациента старше 60 лет обнаруживается 4—5 различных хронических заболеваний: заболевания сердечно-сосудистой системы, опорно-двигательного аппарата, болезнь Альцгеймера, сахарный диабет 2-го типа, онкологические заболевания, а также возраст-ассоциированные состояния (снижение функциональных возможностей, повышение риска падений, когнитивные нарушения, депрессия, нарушение питания, недержание мочи, ухудшение состояния полости рта, нарушения слуха/зрения), остеопороз [1—5].

К настоящему времени отсутствуют какие-либо достоверные данные о заболеваемости и смертности населения старших возрастных групп, полученные в результате крупных эпидемиологических исследований. В основном для анализа состояния здоровья лиц старше трудоспособного возраста используют данные диспансеризации и форм государственного статистического наблюдения [6—9].

Цель исследования — проанализировать динамику, структуру и особенности заболеваемости лиц старше трудоспособного возраста в Российской Федерации.

Материалы и методы

Объектом исследования являются показатели первичной и общей заболеваемости лиц старше трудоспособного возраста в Российской Федерации по основным классам болезней Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) за период 2012—2018 гг.

В процессе выполнения исследований использовались методы библиографического и информационного поиска источников в базах данных, публику-

емых на сайтах Росстата и Минздрава России, а также семантического поиска источников в сети Интернет.

Результаты исследования

В группе лиц старше трудоспособного возраста выявлены отличительные особенности в динамике и структуре заболеваемости за 7 лет (2012—2018), связанные с высоким уровнем распространенности болезней системы кровообращения, болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани, мультиморбидностью, колебаниями показателей заболеваемости в классах «Новообразования», «Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ», «Психические расстройства и расстройства поведения», «Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм», «Болезни глаза и его придаточного аппарата», «Болезни уха и сосцевидного отростка», а также «Симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках». Проведен анализ показателей первичной и общей заболеваемости пневмониями в классе «Болезни органов дыхания» в разрезе субъектов Российской Федерации.

Анализ динамики заболеваемости населения старше трудоспособного возраста в Российской Федерации в 2012—2018 гг., по данным официальной статистики, свидетельствует о снижении показателей первичной заболеваемости на 2,2% (с 535,1 до 523,3 случая на 1 тыс. населения) и общей на 2,9% (с 2085,7 до 2026 на 1 тыс. населения). Снижение показателей заболеваемости происходит в основном за счет сокращения в 3,8 раза первичной заболеваемости и в 5,5 раза — общей заболеваемости в классе «Симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследе-

Таблица 1

Динамика заболеваемости населения старше трудоспособного возраста в Российской Федерации в 2012—2018 гг. (на 1 тыс. населения)

Класс МКБ	2012 г.		2018 г.		Прирост, %	
	первичная	общая	первичная	общая	первичная	общая
Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	16,3	27,7	13,9	25,9	-14,7	-6,5
Новообразования	19,7	87,1	20,1	102,7	2,0	17,9
Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм	1,6	7,8	1,8	9,0	12,5	15,4
Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	12,6	129,0	15,3	158,0	21,4	22,5
Психические расстройства и расстройства поведения	4,3	35,7	3,6	31,7	-16,3	-11,2
Болезни нервной системы	8,1	45,3	7,2	42,3	-11,1	-6,6
Болезни глаза и его придаточного аппарата	43,0	209,2	34,7	170,9	-19,3	-18,3
Болезни уха и сосцевидного отростка	29,7	58,4	25,6	49,2	-13,8	-15,8
Болезни системы кровообращения	52,8	637,1	62,1	617,3	17,6	-3,1
Болезни органов дыхания	129,4	204,4	142,2	208,3	9,9	1,9
Болезни органов пищеварения	25,1	147,6	24,4	142,5	-2,8	-3,5
Болезни кожи и подкожной клетчатки	38,6	52,9	37,7	48,7	-2,3	-7,9
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	36,1	225,3	32,9	211,7	-8,9	-6,0
Болезни мочеполовой системы	38,5	135,3	35,4	135,6	-8,1	0,3
Симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках	2,6	4,2	0,7	0,8	-73,1	-80,9
Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	75,1	75,3	69,8	69,8	-7,1	-7,3
Всего...	535,1	2085,7	523,3	2026,0	-2,2	-2,9

Здоровье и общество

дованиях, не классифицированные в других рубриках» (табл. 1).

Для проведения детального анализа динамики заболеваемости за 7 лет были взяты именно те классы болезней, в которых наблюдаются наиболее существенные колебания ($\geq 15\%$): «Новообразования» (рост общей заболеваемости на 17%), «Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ» (увеличение общей заболеваемости на 22%), «Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм» (увеличение общей заболеваемости на 15,5%), «Болезни глаза и его придаточного аппарата» (снижение общей заболеваемости на 18%), «Болезни уха и сосцевидного отростка» (снижение общей заболеваемости на 16%), «Симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках» (снижение общей заболеваемости на 82%), а также «Болезни системы кровообращения», в которых при незначительных изменениях в общей заболеваемости (снижение на 3,2%) первичная заболеваемость выросла на 17%, «Психические расстройства и расстройства поведения», в которых первичная заболеваемость снизилась на 16,3%.

Структуру общей заболеваемости в классе новообразований в основном формируют злокачественные новообразования, составившие 67,3% в 2012 г. и 70,6% в 2018 г. Рост первичной и общей (накопленной) заболеваемости новообразованиями на 17,9% у лиц старше трудоспособного возраста к 2018 г. связан, вероятно, с лучшей выявляемостью онкологических заболеваний и своевременной постановкой на диспансерный учет. Учитывая тенденцию к старению населения, совершенствование методов диагностики и лечения, прогнозируется, что заболеваемость в классе новообразований будет и в дальнейшем иметь тенденцию к росту.

В табл. 2, по данным баз данных Глобальной обсерватории рака [10] и Американской федерации исследования проблем старения [11], приведены расчетные показатели первичной заболеваемости онкологическими болезнями лиц в возрасте 60 лет и старше в ряде стран мира в 2018 г., в соответствии с которыми наибольшие показатели первичной заболеваемости раком предстательной железы соответствуют этой возрастной группы наблюдаются в Норвегии, Франции, Великобритании, раком груди — в Финляндии, Канаде, США, раком легкого — в США, Соединенном Королевстве, Канаде, раком почки — во Франции, Соединенном Королевстве, Норвегии, раком поджелудочной железы — в Германии, Франции, Финляндии, Великобритании, злокачественной меланомой кожи — в Норвегии, Финляндии, Соединенном Королевстве. Обращает на себя внимание тот факт, что в Российской Федерации расчетные стандартизованные показатели злокачественными новообразованиями вышеупомянутых локализаций на порядок ниже по сравнению с зарубежными странами, что связано с неудовлетворительной выявляе-

мостью онкопатологии прежде всего в первичном звене здравоохранения, о чем свидетельствуют и данные 5-летней выживаемости, степень запущенности онкопатологии и летальность, несмотря на положительный тренд всех этих показателей.

Согласно данным Международной федерации диабета, опубликованным в 9-м издании Атласа диабета, в 2019 г. расчетный показатель числа больных в возрастной группе 65—99 лет, живущих с диабетом, в мире составил 135,6 млн человек, или 1,8% численности мирового населения. Если этот тренд продолжится, то к 2045 г. число больных диабетом в мире в возрастной группе старше 65 лет почти удвоится и достигнет 276,2 млн человек, что составит 3% населения [12].

К первой тройке стран по заболеваемости диабетом в возрасте 65 лет и старше в 2019 г. относились Китай, США и Индия. Российская Федерация также входила в группу первых десяти стран и занимала шестое место, однако к 2045 г. прогнозные значения данного показателя будут снижаться, что позволит выйти из группы стран-лидеров с наибольшей численностью лиц старше трудоспособного возраста, страдающих диабетом. К 2045 г. первые три ранговых места по распространенности сахарного диабета среди пожилого населения неизменно будут принадлежать Китаю, Индии и США.

Основываясь на официальных данных заболеваемости по классу «Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ» населения старше трудоспособного возраста в Российской Федерации в 2012—2018 гг., следует отметить преобладание в структуре как общей, так и первичной заболеваемости инсулиннезависимым диабетом (53,5 и 35% соответственно). Первичная заболеваемость инсулиннезависимым диабетом имеет тенденцию к снижению, в то время как общая заболеваемость к 2018 г. выросла на 21%. Первичная и общая заболеваемость инсулинозависимым сахарным диабетом у лиц старше трудоспособного возраста снизилась на 50 и 25,7% соответственно и достигла к 2018 г. 0,1 и 2,6 на 1 тыс. населения соответствующего возраста.

Таблица 2

Расчетные стандартизованные показатели первичной заболеваемости раком лиц в возрасте 60 лет и старше (на 1 тыс. населения) обоих полов в ряде стран мира в 2018 г.

Страна	Злокачественные новообразования					
	предстательной железы	молочной железы	легкого	почек	поджелудочной железы	меланомы кожи
Франция	7,1	3,5	2,1	0,6	0,6	0,4
Канада	4,1	3,6	2,2	0,5	0,4	0,5
Финляндия	5,4	3,7	1,4	0,4	0,6	0,7
Германия	4,8	3,2	2,2	0,5	0,6	0,7
Израиль	4,0	3,1	1,4	0,4	0,5	0,4
Италия	4,7	3,4	1,7	0,5	0,5	—
Норвегия	7,8	3,4	2,2	0,6	0,5	1,3
Соединенное Королевство	6,1	3,5	2,4	0,6	0,6	0,6
США	5,1	3,6	2,4	0,5	0,5	0,6
Российская Федерация	3,2	2,1	1,5	0,5	0,5	—

Таблица 3

Динамика заболеваемости некоторыми болезнями эндокринной системы, расстройствами питания и нарушениями обмена веществ населения старше трудоспособного возраста в Российской Федерации в 2012—2018 гг. (на 1 тыс. населения)

Нозологическая форма	2012 г.		2018 г.		Прирост, %	
	первичная	общая	первичная	общая	первичная	общая
Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	12,6	129,0	15,3	158,0	21,4	22,5
В том числе:						
болезни щитовидной железы	3,5	29,9	3,6	37,5	2,9	25,4
сахарный диабет:	5,8	75,2	5,6	88	-3,5	17,0
инсулинозависимый	0,2	3,5	0,1	2,6	-50,0	-25,7
инсулиннезависимый	5,4	70	5,4	84,6	0,0	20,9
ожирение	1,5	12,6	2,9	18,7	93,3	48,4

В данном классе обращает на себя внимание существенный рост заболеваемости ожирением среди пожилых людей: первичная заболеваемость выросла почти в 2 раза (с 1,5 случая на 1 тыс. населения в 2012 г. до 2,9 случая в 2018 г.), общая — на 48,4% (с 12,6 случая на 1 тыс. населения в 2012 г. до 18,7 в 2018 г.; табл. 3). Вероятно, при обращении пациентов пожилого возраста к врачам-терапевтам и врачам-эндокринологам, при проведении диспансеризации или профилактического осмотра врачи стали чаще обращать внимание на наличие ожирения как фактора риска неинфекционных заболеваний и производить расчет индекса массы тела с фиксацией результатов в учетной документации.

В классе «Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм» преобладают все виды анемий, доля которых в 2018 г. составляла 87,8% в структуре данного класса. Заболеваемость с впервые в жизни установленным диагнозом и накопленная заболеваемость анемиями к 2018 г. увеличилась на 7,1 и 16,2% соответственно (табл. 4). Известно, что ключевыми факторами возникновения анемий являются несбалансированное питание, связанное с дефицитом микроэлементов и витаминов, а также наличие в анамнезе хронических заболеваний, таких как злокачественные новообразования, сахарный диабет, болезни органов пищеварения и т. д. Вероятно, при ведении пациентов старше трудоспособного возраста с мульти-

Таблица 4

Динамика заболеваемости некоторыми болезнями крови, кроветворных органов и отдельными нарушениями, вовлекающими иммунный механизм населения старше трудоспособного возраста, в Российской Федерации в 2012—2018 гг. (на 1 тыс. населения)

Нозологическая форма	2012 г.		2018 г.		Прирост, %	
	первичная	общая	первичная	общая	первичная	общая
Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм	1,6	7,8	1,8	9,0	12,5	15,5
Анемии, апластические анемии	1,4	6,8	1,5	7,9	7,1	16,2

Таблица 5

Динамика заболеваемости некоторыми болезнями глаза и его придаточного аппарата населения старше трудоспособного возраста в Российской Федерации в 2012—2018 гг. (на 1 тыс. населения)

Нозологическая форма	2012 г.		2018 г.		Прирост, %	
	первичная	общая	первичная	общая	первичная	общая
Болезни глаза и его придаточного аппарата	43,0	209,2	34,7	170,9	-19,3	-18,3
В том числе:						
катаракта	8,8	67,2	7,1	54,9	-19,3	-18,3
глаукома	2,8	28,8	2,4	28,9	-14,3	0,3
слепота и пониженное зрение	0,2	2,1	0,2	1,7	0	-19,0

морбидностью, врачи стали чаще диагностировать анемию как сопутствующее заболевание, требующее своевременной диагностики и соответствующего лечения.

Структура первичной и общей заболеваемости болезнями глаза и его придаточного аппарата в 2012—2018 гг. не изменилась: преобладала катаракта (32% от общей заболеваемости), на втором месте — глаукома (14% в 2012 г. и 17% в 2018 г.). Вместе с тем к 2018 г. наблюдается тенденция к снижению уровня заболеваемости основными болезнями, входящими в данный класс: первичная и общая заболеваемость катарактой снизились на 19,3 и 18,3% соответственно, глаукомой — на 14,7%. При почти неизменном показателе общей заболеваемости общая заболеваемость слепотой и пониженным зрением снизилась на 19%. Таким образом, представляет определенный интерес выявление причин снижения общей (на 18,3%) и первичной (на 19,3%) заболеваемости болезнями глаза и его придаточного аппарата у лиц старше трудоспособного возраста, что, по-видимому, свидетельствует об оттоке пациентов данной возрастной группы для получения офтальмологической медицинской помощи из государственной системы здравоохранения в частную (табл. 5).

Структура заболеваемости болезнями уха и сосцевидного отростка за 7 лет не изменилась и на 29% представлена кондуктивной и нейросенсорной потерей слуха. В данном классе обращает на себя внимание аналогичная классу болезней глаза и его придаточного аппарата тенденция к снижению показателей первичной и общей заболеваемости к 2018 г. на 13,8 и 15,8% соответственно.

Сердечно-сосудистые заболевания продолжают оставаться одной из самых актуальных проблем состояния здоровья лиц трудоспособного и старше трудоспособного возраста. Динамика показателей заболеваемости основными болезнями системы кровообращения лиц старше трудоспособного возраста, а также структура данного класса представлены в табл. 6.

Внутри данного класса к 2018 г. наблюдался рост первичной заболеваемости основными болезнями системы кровообращения на 17,6%. Так, число больных с впервые в жизни установленным диагнозом

Здоровье и общество

гипертензивной болезни сердца увеличилось в 2 раза, с болезнями, характеризующимися повышенным кровяным давлением, — на 86%, ишемической болезнью сердца — на 43,2%. Данный тренд характеризует эффективность деятельности системы здравоохранения в части профилактического консультирования, своевременности оказания, доступности и качества первичной медико-санитарной, неотложной, скорой, специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи пациентам с болезнями системы кровообращения.

Вместе с тем показатели общей (накопленной) заболеваемости основными болезнями, формирующими класс болезней системы кровообращения, являющейся лидирующей причиной смерти населения старше трудоспособного возраста, остаются высокими. Общая заболеваемость болезнями, характеризующимися повышенным кровяным давлением, к 2018 г. достигла 259,3 на 1 тыс. человек соответствующего возраста, что на 16,1% выше, чем в 2012 г., гипертензивной болезнью сердца — увеличилась на 23,1% до 222,4 на 1 тыс. человек, в то время как общая заболеваемость ишемической болезнью сердца сократилась на 11,4%. Число случаев повторного инфаркта миокарда сократилось на 17,6% при незначительном (менее 1%) увеличении числа случаев острых инфарктов. В то же время динамика уровня инсультов у пожилых имеет тенденцию к росту: на 14,3% к 2018 г. увеличилось число внутримозговых и других внутричерепных кровоизлияний.

В классе «Психические расстройства и расстройства поведения» к 2018 г. произошло снижение первичной и общей заболеваемости лиц старше трудоспособного возраста на 16,3 и 11,2%, что стало возможным в основном за счет сокращения потребления психоактивных веществ на 20%. Вместе с тем очевидно, что с возрастом заболеваемость психическими расстройствами и расстройствами поведения должна нарастать, а не снижаться, так как в данном классе болезней МКБ-10 находятся такие диагнозы,

Таблица 6

Динамика заболеваемости некоторыми болезнями системы кровообращения населения старше трудоспособного возраста в Российской Федерации в 2012—2018 гг. (на 1 тыс. населения)

Нозологическая форма	2012 г.		2018 г.		Прирост, %	
	первичная	общая	первичная	общая	первичная	общая
Болезни системы кровообращения	52,8	637,1	62,1	617,3	17,6	-3,1
В том числе:						
болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением	9,3	223,4	17,3	259,3	86,0	16,1
гипертензивная болезнь сердца (гипертоническая болезнь с преимущественным поражением сердца)	6,7	180,7	14,4	222,4	114,9	23,1
ишемическая болезнь сердца	12,5	161,2	17,9	142,9	43,2	-11,4
острый инфаркт миокарда	2,7	2,7	2,8	2,8	3,7	3,7
повторный инфаркт миокарда	0,6	0,6	0,5	0,5	-16,7	-16,7
внутримозговое и другое внутричерепное кровоизлияние	0,7	0,7	0,8	0,8	14,3	14,3

как энцефалопатия, слабоумие, сосудистая деменция, характерные преимущественно для лиц пожилого и старческого возраста.

В целом проведенный анализ структуры первичной заболеваемости лиц старше трудоспособного возраста в 2012 и 2018 гг. не выявил изменений в первых трех лидирующих классах: «Болезни органов дыхания», «Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин», а также «Болезни системы кровообращения». На их долю приходится почти половина всех случаев в первичной заболеваемости: 48,3% в 2012 г. и 52% в 2018 г. (рис. 1). Однако четвертые и пятые ранговые места в структуре первичной заболеваемости в 2012 и 2018 гг. различны: в 2012 г. четвертое место занимали болезни глаза и его придаточного аппарата (8,1%), пятое место делили болезни кожи и подкожной

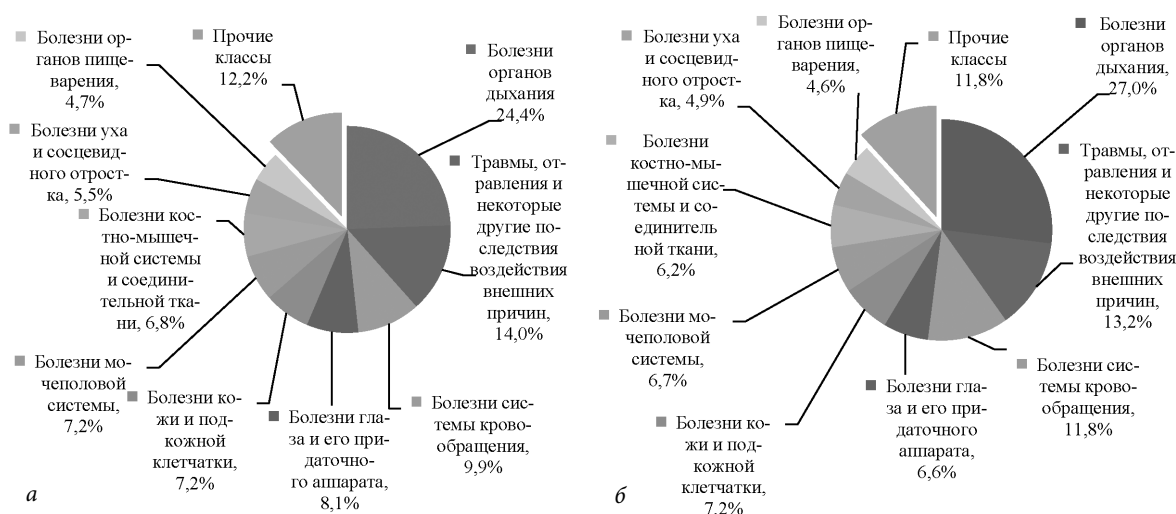


Рис. 1. Структура первичной заболеваемости населения старше трудоспособного возраста.

а — 2012 г., б — 2018 г.

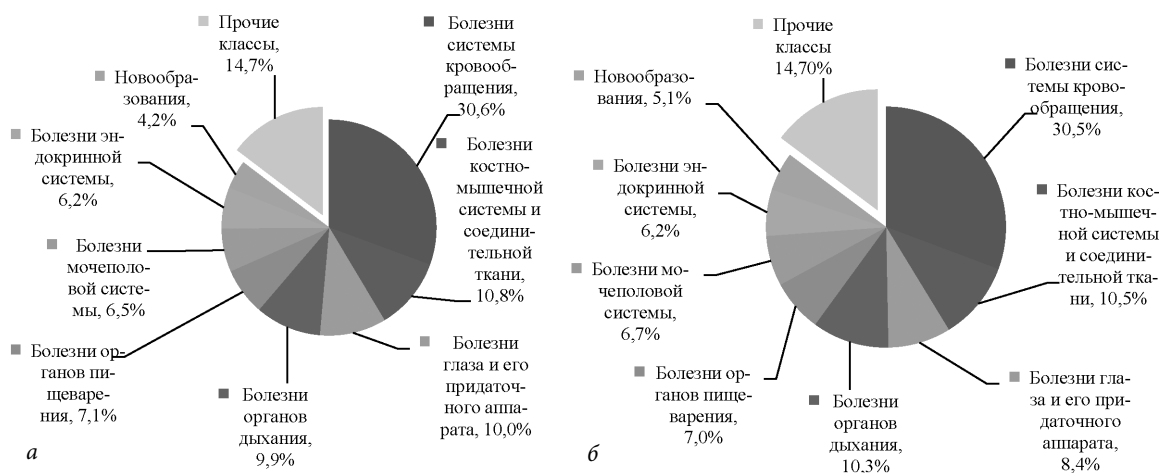


Рис. 2. Структура общей заболеваемости населения старше трудоспособного возраста.

а — в 2012 г., б — в 2018 г.

клетчатки и болезни мочеполовой системы (7,2% соответственно). В 2018 г. на четвертом месте оказались болезни кожи и подкожной клетчатки (7,2%), на пятом — болезни мочеполовой системы (6,7%). Обращает на себя внимание высокий удельный вес заболеваемости болезнями глаза и его придаточного аппарата в 2012 г. (8,1%) и снижение данного показателя заболеваемости к 2018 г. до 6,6%.

Структура общей заболеваемости населения старше трудоспособного возраста в 2012—2018 гг. изменилась следующим образом: первые два места заняли болезни системы кровообращения и болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани соответственно, в 2012 г. на третье место вышли болезни глаза и его придаточного аппарата, в 2018 г. — болезни органов дыхания (рис. 2).

Структура первичной и общей заболеваемости населения старше трудоспособного возраста в 2018 г. представлена разными классами и свидетельствует о высокой доле болезней системы кровообращения и болезней органов дыхания.

При анализе заболеваемости болезнями органов дыхания у лиц старше трудоспособного возраста особое внимание необходимо уделять мониторингу уровня и динамики заболеваемости пневмониями [3]. В Российской Федерации заболеваемость пневмониями лиц старше трудоспособного возраста в 2012—2018 гг. выросла на 8,3% (с 4,8 до 5,2 случая на 1 тыс. населения). В табл. 7 приведены показатели первичной и общей заболеваемости пневмониями, при этом значения данных показателей совпадают, поскольку пневмония — это острое состояние, вызванное инфекционным агентом, переходящее из заболевания с впервые в жизни установленным диагнозом в накопленную заболеваемость.

Для более детального анализа динамики и уровня данного показателя в разрезе субъектов Российской Федерации взяты регионы с высокими показателями заболеваемости пневмониями (свыше 6 на 1 тыс. населения старше трудоспособного возраста) в 2012 и 2018 гг. В табл. 7 наглядно представлены значительные колебания уровня и динамики показателя в це-

лом по стране, неравномерность снижения и прироста его значений, варьирующих от $-58,6\%$ до $+233,3\%$, причем внутри одного федерального округа. Ряд субъектов Российской Федерации с высокими значениями показателя заболеваемости пневмониями лиц старше трудоспособного возраста, превышающими общероссийский показатель в 2012 г., добились его существенного снижения за 6 лет: к лидерам относятся регионы Северо-Кавказского федерального округа: Республика Ингушетия и Чеченская Республика (снижение заболеваемости на 58,6 и 42,9% соответственно). Однако в Республике Ингушетия в 2018 г. показатель заболеваемости пневмониями пожилого населения все еще продолжал оставаться на высоком уровне, составляя 9,1 на 1 тыс. населения, что почти в 2 раза выше общероссийского (5,1 на 1 тыс. населения). Высокие темпы снижения данного показателя (на 30% и более) достигнуты в Амурской области (37,1%), республиках Алтай (33,1%), Татарстан (31,8%), приближаются по темпам снижения Республика Калмыкия (28,1%) и Иркутская область (23,5%).

Вместе с тем крайне тревожная ситуация с темпами прироста показателя заболеваемости пневмониями у лиц старше трудоспособного возраста наблюдаются в Кабардино-Балкарской Республике: за 6 лет данный показатель увеличился в 3,5 раза (с 1,8 на 1 тыс. населения в 2012 г. до 6 в 2018 г.), а также в субъектах Российской Федерации, входящих в Дальневосточный федеральный округ: в Еврейской автономной области — в 3 раза (с 2,8 в 2012 г. до 8 на 1 тыс. населения в 2018 г.), в Чукотском автономном округе — в 2 раза (с 4,2 на 1 тыс. населения в 2012 г. до 8,6 в 2018 г.). Данные субъекты Российской Федерации находятся в сложных климато-географических условиях, вследствие чего возможны сбои с поставками вакцин от гриппа и пневмонии для труднодоступных населенных пунктов, приведшие к резкому ухудшению заболеваемости болезнями органов дыхания.

В то же время Амурская область — регион этого же федерального округа — имеет показатель заболе-

Здоровье и общество

ваемости пневмониями среди лиц старше трудоспособного возраста 5,6 на 1 тыс. населения. Более того, регион демонстрирует положительную динамику снижения данного показателя за 7 лет на 37%. Таким образом, показатель заболеваемости пневмониями лиц старше трудоспособного возраста в определенной степени характеризует эффективность организации медицинской помощи в первичном звене здравоохранения, охват вакцинацией жителей региона и уровень санитарной грамотности населения.

Обращает на себя внимание аналогичная ситуация с высокими темпами прироста показателя заболеваемости пневмониями лиц старше трудоспособного возраста в субъектах Российской Федерации, расположенных в центре европейской части страны и входящих в Центральный федеральный округ, в котором отсутствуют проблемы с транспортной доступностью и охватом населения медицинской помощью.

В ряде субъектов Российской Федерации, входящих в Центральный федеральный округ, граничащих с г. Москвой (в диапазоне от 180 до 320 км), — Владимирской, Ивановской, Тверской, Ярославской областях — показатель заболеваемости пневмониями пожилого населения в 3—4 раза выше, чем в Москве (2,3 на 1 тыс. населения).

Так, в Брянской области уровень показателя заболеваемости пневмониями пожилого населения за 7 лет вырос на 64%, достигнув к 2018 г. значения 10,5 на 1 тыс. населения, в Тверской области — на 47%, составив 8,5 на 1 тыс. населения, что значительно превышает общероссийский показатель.

В соответствии с рекомендациями Всемирной организации здравоохранения, самой действенной мерой борьбы с пневмониями с доказанной эффективностью является вакцинация пневмококковыми конъюгированными вакцинами в первую очередь детского и пожилого населения.

По данным главного внештатного специалиста-пульмонолога Минздрава России С. Авдеева и главного пульмонолога Уральского федерального округа Г. Игнатовой, охват вакцинацией против пневмококковой инфекции пожилого населения в России остается на низком уровне: в 2017 г. он составил 1,6%, что недостаточно для решения вопросов снижения смертности и заболеваемости. Европейские страны за последние годы продемонстрировали более высокие показатели: Германия — 31,4%, Ирландия — 41%, Великобритания — 63%. При этом в случае вакцинации всех лиц старше 65 лет 13-валентной конъюгированной пневмококковой вакциной в ближайшие 5 лет будет возможным предотвратить более 2 тыс. летальных исходов, почти 4 тыс. случаев инвазивных пневмококковых инфекций и почти 50 тыс. случаев внебольничной пневмонии [13]

Таким образом, необходима широкомасштабная организация прививочных кампаний против пневмоний, обеспечивающих максимальный охват лиц старше трудоспособного возраста. Данное мероприятие включено в план реализации межведомственного федерального проекта «Старшее поколение»,

Таблица 7

Динамика заболеваемости пневмониями лиц старше трудоспособного возраста в Российской Федерации в 2012—2018 гг. (на 1 тыс. населения)

Территория	2012 г.		2018 г.		Прирост, %	
	первичная	общая	первичная	общая	первичная	общая
Болезни органов дыхания, всего	129,4	204,4	142,2	208,3	9,9	1,9
Пневмонии						
Российская Федерация	4,8		5,2		8,3	
Центральный федеральный округ:						
Брянская область	6,4		10,5		64,1	
Владимирская область	7,0		6,3		-10,0	
Ивановская область	5,2		6,3		21,2	
Тверская область	5,8		8,5		46,6	
Ярославская область	6,1		6,2		1,6	
Тамбовская область	6,5		5,8		-10,8	
г. Москва	2,2		2,3		6,7	
Северо-Западный федеральный округ:						
Республика Карелия	6,0		7,2		20,0	
Архангельская область без Ненецкого автономного округа	7,4		7,5		1,4	
Ненецкий автономный округ	3,5		6,9		97,1	
Новгородская область	7,1		6,6		-7,0	
Республика Калмыкия	6,4		4,6		-28,1	
Северо-Кавказский федеральный округ:						
Республика Ингушетия	22,0		9,1		-58,6	
Карачаево-Черкесская Республика	4,3		7,9		83,7	
Кабардино-Балкарская Республика	1,8		6,0		233,3	
Чеченская Республика	7,7		4,4		-42,9	
Приволжский федеральный округ:						
Республика Башкортостан	4,3		6,6		53,5	
Республика Марий Эл	6,2		6,7		8,1	
Чувашская Республика	5,7		6,3		10,5	
Кировская область	7,1		10,6		49,3	
Ульяновская область	5,4		6,4		18,5	
Пермский край	6,6		5,7		-13,6	
Республика Татарстан	6,6		4,5		-31,8	
Оренбургская область	6,1		5,2		-14,8	
Уральский федеральный округ:						
Ханты-Мансийский автономный округ — Югра	6,2		5,2		-16,1	
Ямало-Ненецкий автономный округ	7,6		6,9		-9,2	
Свердловская область	5,1		6,3		23,5	
Сибирский федеральный округ:						
Республика Алтай	9,6		6,4		-33,3	
Республика Тыва	4,3		11,9		55,8	
Алтайский край	7,6		9,8		28,9	
Иркутская область	8,5		6,5		-23,5	
Кемеровская область	5,6		6,5		16,1	
Дальневосточный федеральный округ:						
Приморский край	7,4		8,2		10,8	
Еврейская автономная область	2,8		8,0		185,7	
Чукотский автономный округ	4,2		8,6		104,8	
Амурская область	8,9		5,6		-37,1	

утвержденный президиумом Совета при Президенте Российской Федерации по стратегическому развитию и национальным проектам (протокол от 24.12.2018 № 16), в котором определено внесение изменений в календарь профилактических прививок по эпидемиологическим показаниям, утвержденный приказом Минздрава России от 21.03.2014 № 125н, а также в форму федерального статистического наблюдения № 6 «Сведения о контингентах детей и взрослых, привитых против инфекционных заболе-

Таблица 8
Структура заболеваемости в Российской Федерации, по данным
обращаемости в лечебно-профилактические учреждения
в 2018 г., %

Класс болезней	Все население	Дети до 17 лет	Лица трудоспособного возраста	Лица старше трудоспособного возраста
Болезни органов дыхания	25,1	5,3	17,6	10,3
Болезни системы кровообращения	15,2	1,1	13	30,5
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	8,2	4,2	9,1	10,5
Болезни органов пищеварения	7,0	5,9	7,9	7,0
Болезни мочеполовой системы	7,2	2,7	10,7	6,7
Болезни глаза и его придаточного аппарата	6,3	6,2	4,8	8,4
Травмы, отравления и другие последствия внешних причин	5,4	5,3	7,1	3,4

ваний», утвержденную приказом Росстата от 16.09.2016 № 518. Кроме того, при приеме пациентов пожилого возраста врачам первичного звена целесообразно предлагать вакцинироваться не только от гриппа, но и от пневмонии на безвозмездной основе, разъясняя преимущества и безопасность современных пневмококковых конъюгированных вакцин. В субъектах Российской Федерации с высокими показателями заболеваемости и смертности от пневмонии у пожилого населения целесообразно разрабатывать и проводить межведомственные коммуникативные программы, направленные на популяризацию пневмококковых вакцин для лиц старше трудоспособного возраста с привлечением средств массовой информации, служб социального обеспечения, религиозных организаций.

Анализ структуры заболеваемости в Российской Федерации по данным обращаемости в лечебно-профилактические учреждения в 2018 г. в зависимости от возраста показывает особенности в разрезе классов болезней. Так, среди детей до 17 лет первые три места занимают болезни органов дыхания (53%), болезни глаза и его придаточного аппарата (6,2%), а также болезни органов пищеварения (5,9%). У лиц трудоспособного возраста на первом месте находятся болезни органов дыхания с удельным весом 17,6%, на втором — болезни системы кровообращения (13%), на третьем — болезни мочеполовой системы (10,7%), в то время как лица старше трудоспособного возраста чаще всего обращаются в медицинские организации по поводу болезней системы кровообращения (30,5%), болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани (10,5%) и болезней органов дыхания (10,3%), что значительно меньше, чем среди детского населения (табл. 8).

Заключение

Выявленные проблемы в состоянии здоровья населения старше трудоспособного возраста свидетельствуют о наличии ряда проблем в системе здравоохранения Российской Федерации в части своевременной диагностики заболеваний у пожилого населения, комплексного лечения пациентов с мульти-

морбидностью и уровня грамотности врачей при верификации диагноза и фиксации в учетно-отчетной документации.

Увеличение числа лиц старших возрастных групп в структуре населения объективно приводит к увеличению объемов медицинских и медико-социальных услуг и требует проведения дальнейших исследований, направленных на анализ заболеваемости и смертности пожилого населения, для последующего планирования ресурсов системы здравоохранения и составления прогноза оценки оказания медицинской помощи лицам старше трудоспособного возраста на среднесрочную перспективу.

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

ЛИТЕРАТУРА

- Максимова Т. М., Лушкина Н. П. Состояние здоровья и проблемы медицинского обеспечения пожилого населения. М.: Персе; 2012.
- Поликарпов А. В., Огрызко Е. В. Динамика заболеваемости населения старше трудоспособного возраста в Российской Федерации за 2010—2013 годы. *Менеджер здравоохранения*. 2015;(2):37—46.
- Синопальников А. И. Внебольничная пневмония у пожилых. *Пульмонология и аллергология*. 2011;(1):14—20.
- Соколовская Т. А. Демографические проблемы и состояние здоровья населения пожилого возраста. *Геронтология*. 2013;(1):60—71.
- Шляфер С. И. Заболеваемость населения старше трудоспособного возраста в Российской Федерации. *Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики*. 2014;(1):16—27.
- Заболеваемость населения старше трудоспособного возраста (с 55 лет у женщин, с 60 лет у мужчин) по России в 2013 г. с диагнозом, установленным впервые в жизни. Статистические материалы. М.: Минздрав России, ФГБУ «ЦНИИОИЗ Минздрава России»; 2014.
- Общая заболеваемость населения старше трудоспособного возраста (с 55 лет у женщин, с 60 лет у мужчин) по России в 2013 г. Статистические материалы. М.: Минздрав России, ФГБУ «ЦНИИОИЗ Минздрава России»; 2014.
- Заболеваемость населения старше трудоспособного возраста (с 55 лет у женщин, с 60 лет у мужчин) по России в 2018 г. с диагнозом, установленным впервые в жизни. Статистические материалы. М.: Минздрав России, ФГБУ «ЦНИИОИЗ Минздрава России»; 2019.
- Общая заболеваемость населения старше трудоспособного возраста (с 55 лет у женщин, с 60 лет у мужчин) по России в 2018 г. Статистические материалы. М.: Минздрав России, ФГБУ «ЦНИИОИЗ Минздрава России»; 2019.
- Global Cancer Observatory databases (2019). International Agency for Research on Cancer. Доступно по ссылке: <https://gco.iarc.fr>
- Cancer in the oldest old. Cancer facts & figures (2019). American Federation for Aging Research. Доступно по ссылке: <https://afar.org>
- Diabetes atlas. 9th ed. (2019). International Diabetes Federation. Доступно по ссылке: <https://www.idf.org>
- Материалы XXVIII Национального конгресса по болезням органов дыхания (16—18 октября 2018 г.). М.; 2018.

Поступила 10.10.2019
Принята в печать 23.01.2020

REFERENCES

- Maksimova T. M., Lushkina N. P. Health status and problems of medical support for elderly population [Sostoyaniye zdorov'ya i problemy meditsinskogo obespecheniya pozhilogo naseleniya]. Moscow: Perse; 2012 (in Russian).
- Polikarpov A. V., Ogryzko E. V. Dynamics of morbidity population over working age in the Russian Federation for 2010—2013. *Meneger zdravookhraneniya*. 2015;(2):37—46 (in Russian).
- Sinopal'nikov A. I. Community-acquired pneumonia of elderly population. *Pulmonologiya i allergologiya*. 2011;(1):14—20 (in Russian).

Здоровье и общество

4. Sokolovskaya T. A. Demographic problems and the state of health of the elderly population. *Gerontologiya*. 2013;(1):60—71 (in Russian).
5. Shlyafar S. I. Morbidity of the population over working age in the Russian Federation. *Sovremennye problemy zdavoookhraneniya i meditsinskoj statistiki*. 2014;(1):16—27 (in Russian).
6. The incidence of the population over working age (from 55 years old for women, from 60 years old for men) in Russia in 2013 with newly diagnosed cases of a disease. Statistical materials [*Zabolevaemost' naseleniya starshe trudosposobnogo vozrasta (s 55 let u zhenshchin, s 60 let u muzhchin) po Rossii v 2013 g. S diagnozom, ustanovlennym v pervye v zhizni. Statisticheskie materialy*]. Moscow: Ministry of Health of Russia, FSBI Central Scientific Research Institute of Health of the Russian Federation; 2014 (in Russian).
7. The prevalence of the population over working age (from 55 years old for women, from 60 years old for men) in Russia in 2013. Statistical materials [*Obshchaya zabolevaemost' naseleniya starshe trudosposobnogo vozrasta (s 55 let u zhenshchin, s 60 let u muzhchin) po Rossii v 2013 g. Statisticheskie materialy*]. Moscow: Ministry of Health of Russia, FSBI Central Scientific Research Institute of Health of Russia; 2014 (in Russian).
8. The incidence of the population over working age (from 55 years old for women, from 60 years old for men) in Russia in 2018 with newly diagnosed cases of a disease. Statistical materials [*Zabolevaemost' naseleniya starshe trudosposobnogo vozrasta (s 55 let u zhenshchin, s 60 let u muzhchin) po Rossii v 2018 g. S diagnozom, ustanovlennym v pervye v zhizni. Statisticheskie materialy*]. Moscow: Ministry of Health of Russia, FSBI Central Scientific Research Institute of Health of the Russian Federation; 2019 (in Russian).
9. The prevalence of the population over working age (from 55 years old for women, from 60 years old for men) in Russia in 2018. Statistical materials [*Obshchaya zabolevaemost' naseleniya starshe trudosposobnogo vozrasta (s 55 let u zhenshchin, s 60 let u muzhchin) po Rossii v 2018 g. Statisticheskie materialy*]. Moscow: Ministry of Health of Russia, FSBI Central Scientific Research Institute of Health of Russia; 2019 (in Russian).
10. Global Cancer Observatory databases (2019). International Agency for Research on Cancer. Available at: <https://gco.iarc.fr>
11. Cancer in the oldest old. Cancer facts & figures (2019). American Federation for Aging Research. Available at: <https://afar.org>
12. Diabetes atlas. 9th ed. (2019). International Diabetes Federation Available at: <https://www.idf.org>
13. Materials of the XXVIII National Congress on Respiratory Diseases (October 16—18, 2018) [*Materialy XXVIII Natsional'nogo kongressa po boleznyam organov dykhaniya (16—18 oktyabrya 2018 g.)*]. Moscow; 2018 (in Russian).

© Коллектив авторов, 2020
УДК 614.2**Найговзина Н. Б., Филатов В. Б., Патрушев М. А.****СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ
В РАМКАХ ПРИОРИТЕТНОГО НАЦИОНАЛЬНОГО ПРОЕКТА «ЗДОРОВЬЕ»**

ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А. И. Евдокимова» Минздрава России, 127473, г. Москва

Представлен анализ развития онкологической медицинской помощи в целях повышения выживаемости онкологических больных и снижения смертности населения от злокачественных новообразований в рамках реализации мероприятий Приоритетного национального проекта «Здоровье» и Государственной программы «Развитие здравоохранения». Приведен анализ общих и стандартизованных по возрасту показателей заболеваемости и смертности населения, а также обеспеченности онкологической помощи высокотехнологичным медицинским оборудованием. Представлены международные сопоставления. Сравнительный анализ эффективности методов проектного и процессного управления выявил, что проектный метод является эффективным инструментом повышения доступности и качества медицинской помощи на определенном отрезке времени, позволяющим сформировать точки роста для дальнейшего развития.

Ключевые слова: онкологическая медицинская помощь; заболеваемость; смертность; Приоритетный национальный проект «Здоровье».

Для цитирования: Найговзина Н. Б., Филатов В. Б., Патрушев М. А. Совершенствование медицинской помощи больным с онкологическими заболеваниями в рамках Приоритетного национального проекта «Здоровье». Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2020;28(2):216—221. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2020-28-2-216-221>

Для корреспонденции: Патрушев Михаил Андреевич, аспирант кафедры общественного здоровья и здравоохранения ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А. И. Евдокимова», e-mail: map@koziz.ru

Naygovsina N. B., Filatov V. B., Patrushev M. A.**THE IMPROVEMENT OF MEDICAL CARE OF PATIENTS WITH ONCOLOGIC DISEASES
WITHIN THE FRAMEWORK OF THE PRIORITY NATIONAL
PROJECT “HEALTH”**

The State Budget Educational Institution of Higher Professional Education “The A. E. Evdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry” of Minzdrav of Russia, 127473, Moscow, Russia

The article presents analysis of development of oncologic medical care with purpose to improve survival of oncologic patients and to decrease population mortality of malignant neoplasms within the framework of implementation of measures of the Priority National Project “Health” and the State Program “Health Care Development”. The analysis is presented concerning crude and age-standardized incidence and mortality rates and provision of oncologic medical services with hi-tech medical equipment. The comparative analysis of project and process management methods demonstrated that project management is an efficient instrument for increasing accessibility and quality of medical care at a given period of time and to form points of increase for future development.

Key words: oncologic medical care; morbidity; mortality; the Priority National Project “Health”.

For citation: Naygovsina N. B., Filatov V. B., Patrushev M. A. The improvement of medical care of patients with oncologic diseases within the framework of the Priority National Project “Health”. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2020;28(2):216—221 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2020-28-2-216-221>

For correspondence: Patrushev M. A., the post-graduate student of the Chair of Public Health and Health Care of the State Budget Educational Institution of Higher Professional Education “The A. E. Evdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry”. e-mail: map@koziz.ru

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support

Received 08.11.2019

Accepted 23.01.2020

Цель исследования — провести сравнительный анализ проектного и процессного управления в рамках Приоритетного национального проекта (ПНП) «Здоровье» и Государственной программы «Развитие здравоохранения» на модели онкологической помощи.

Материалы и методы

В исследовании использованы данные официальной статистической информации, нормативных правовых актов, форм статистического наблюдения. Методы исследования — аналитический, статистический.

Результаты исследования

К 2008 г. сложилась неблагоприятная ситуация по показателям заболеваемости и смертности населения от онкологических заболеваний, поступало много жалоб граждан на недоступность высокотехнологичных методов диагностики и лечения онкологических заболеваний, низкую территориальную и экономическую доступность онкологической помощи. В частности, на рост заболеваемости населения злокачественными новообразованиями (ЗНО) обратили внимание М. И. Давыдов и Е. М. Аксель [1], В. И. Чиссов, В. В. Старинский, Г. В. Петрова [2], от-

Здоровье и общество

мечая при этом, что статистические и эпидемиологические данные о заболеваемости различных групп населения ЗНО и смертности от них являются основой для разработки региональных и общегосударственных противораковых программ.

За 2000—2008 гг. заболеваемость населения новообразованиями выросла на 24,9% (с 3083,0¹ до 3851,3 случая на 100 тыс. населения), в том числе первичная заболеваемость — на 19,3% (с 848,7 до 1012,2 случая на 100 тыс. населения), переместившись с 15-го места на 12-е в структуре ведущих причин общей заболеваемости населения.

С 2000 по 2005 г. общий коэффициент смертности от новообразований снизился (на 2%, с 204,7 до 200,6 случая на 100 тыс. населения). В 2006 г. начался его рост, и к 2008 г. показатель составил 203,8 случая на 100 тыс. населения. Динамика общего коэффициента смертности от ЗНО совпадает с динамикой общего коэффициента смертности от новообразований, при этом доля ЗНО в структуре смертности населения от новообразований последовательно снижается с 99,2% в 2003—2004 гг. до 98,5% в 2018 г. В 2017 г. в Германии эта доля составила 96,5%.

В 2008 г. была поставлена задача в рамках ПНП «Здоровье», зарекомендовавшего себя в предыдущие 3 года в качестве эффективного инструмента проектного управления, принять неотложные меры по совершенствованию медицинской помощи при онкологических заболеваниях, в том числе с 2009 по 2012 гг. обеспечить:

- увеличение доли больных ЗНО, у которых диагноз установлен на I—II стадиях заболевания, до 75%;
- снижение общего коэффициента смертности населения от ЗНО до 190 на 100 тыс. населения.

В рамках ПНП планировалось оснащение лечебно-диагностическим оборудованием 6 федеральных онкологических учреждений и 44 онкологических учреждений субъектов Российской Федерации. Планируемый объем финансирования составил 28,4 млрд руб., в том числе в 2009 г. — 6,3 млрд руб., в 2010 г. — 7,2 млрд руб., в 2011 г. — 7,8 млрд руб., в 2012 г. — 7,1 млрд руб.

В ПНП приняли участие 55 медицинских организаций в 49 субъектах Российской Федерации, на эти цели было направлено 26,44 млрд руб., 93% от запланированных средств. Осуществлялись мероприятия по раннему выявлению онкологических заболеваний, проведению специализированного комбинированного противоопухолевого лечения, систематизации учета и мониторинга онкологической заболеваемости и смертности.

Первое снижение общего коэффициента смертности населения от новообразований, в том числе злокачественных, было достигнуто уже в 2010 г. по

отношению к 2009 г., когда было отмечено его наибольшее пиковое значение.

В результате реализации мероприятий проекта, направленных на совершенствование медицинской помощи больным с онкологическими заболеваниями, повысилась ресурсоемкость онкологической помощи, доступность ряда методов диагностики и лечения онкологических заболеваний и проведение специализированного комбинированного противоопухолевого лечения.

В 2009—2012 гг. доля ЗНО, выявленных на I—II стадии, увеличилась с 46% в 2008 г. до 50,5% в 2012 г., а общий коэффициент смертности населения от новообразований, в том числе злокачественных, снизился с 206,9 до 203,1 на 100 тыс. населения, т. е. на 1,9%. Таким образом, не были достигнуты целевые показатели по увеличению доли ЗНО, выявленных на I—II стадии заболевания, и по снижению смертности населения от ЗНО.

Указом Президента Российской Федерации от 07.05.2012 № 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения» Правительству Российской Федерации было поручено к 2018 г. обеспечить снижение общего коэффициента смертности населения от новообразований, в том числе злокачественных, до 192,8 на 100 тыс. населения.

С 2013 г. в рамках Государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» продолжены мероприятия, ориентированные на раннее выявление онкологических заболеваний, проведение специализированного комбинированного противоопухолевого лечения, систематизацию учета и мониторинга онкологической заболеваемости и смертности. В рамках Государственной программы «Развитие здравоохранения» на эти цели было израсходовано в 2013 г. 6,92 млрд руб., в 2014 г. 6,92 млрд руб., по данным кассового исполнения федерального бюджета. В реализацию мероприятий проекта было дополнительно включено 27 медицинских организаций в 30 субъектах Российской Федерации.

Всего в период 2009—2014 гг. общий коэффициент заболеваемости населения новообразованиями, в том числе злокачественными, увеличился на 15% (с 3851,3 до 4430,5 случая на 100 тыс. населения), оставаясь 12-й ведущей причиной заболеваемости населения. К 2017 г. показатель увеличился на 10,5% (до 4895,9 случая на 100 тыс. населения) по отношению к уровню 2014 г., став 11-й ведущей причиной заболеваемости населения (за исключением осложнений беременности, родов и послеродового периода)².

Всего в период 2009—2014 гг. в реализации программы приняли участие 82 медицинские организа-

¹ В сборнике Росстата «Здравоохранение в России 2001» указано значение 3083,0 случая на 100 тыс. населения. В сборнике Росстата «Здравоохранение в России 2005» указано значение 3083,0 случая на 100 тыс. населения.

² По номенклатуре классов причин заболеваемости населения в соответствии с номенклатурой заболеваний в сборнике Росстата «Здравоохранение в России». Расчет ведущих причин заболеваемости производился за исключением класса причин «Осложнения беременности, родов и послеродового периода» (рассчитан на другую когорту населения).

Здоровье и общество

ции в 79 субъектах Российской Федерации. Одногодичная летальность больных онкологическими заболеваниями снизилась с 29,2 до 24,8% (2012 г. — 26,1%, 2013 г. — 25,3%). На реализацию мероприятий по совершенствованию организации онкологической помощи населению из федерального бюджета направлено 40,28 млрд руб.³ Мероприятиями проекта было охвачено 80,1 млн населения, что составляет 56% от общей численности населения. Было сохранено 2722 жизни, в расчете на сохранение одной жизни было израсходовано 5,5 млн руб.

В период 2009—2017 гг. численность пациентов с ЗНО, состоящих на учете в медицинских организациях, увеличилась на 39,3% (с 2 607 223 человек в 2008 г. до 3 630 567 человек в 2017 г.), в том числе в 2009—2014 гг. на 26,2%, в расчете на 100 тыс. населения показатель увеличился на 34,5% (с 1837,3 до 2471,8), в том числе в 2009—2014 гг. — на 22,5% к уровню 2008 г. (рис. 1)⁴.

В 2009—2017 гг. число зарегистрированных случаев ЗНО, установленных впервые в жизни, увеличилось на 25,8% (с 490 734 в 2008 г. до 617 177 в 2017 г.), в том числе в 2009—2014 гг. на 15,5%. Общий коэффициент первичной заболеваемости населения ЗНО увеличился на 20% (с 345,8 до 420,3 на 100 тыс. населения), в том числе в 2009—2014 гг. на 15,5% (рис. 2).

В 2009—2018 гг. последовательно снижалась доля пациентов, взятых на учет по поводу ЗНО, в общем



Рис. 1. Численность больных с ЗНО, состоявших на учете в медицинских организациях Российской Федерации в 2008—2017 гг. (по данным МНИОИ им. П. А. Герцена).

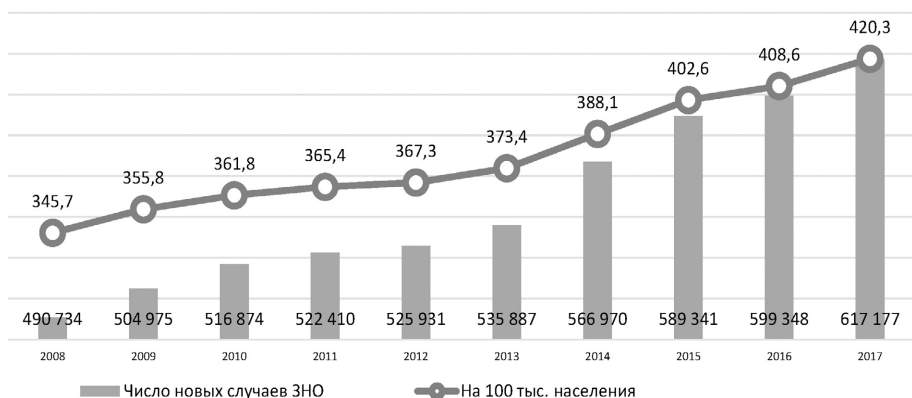


Рис. 2. Первичная заболеваемость населения ЗНО в 2008—2017 гг., по данным Росстата.

числе пациентов, у которых выявлено ЗНО: показатель снизился с 93,4% в 2008 г. до 86,9% в 2018 г. (рис. 3).

Несмотря на то что в 2009—2017 гг. обеспеченность населения компьютерными томографами увеличилась в 2,6 раза (с 5 до 13 аппаратов на 1 млн населения), магнитно-резонансными томографами в 2 раза (с 2,3 до 4,6 установки на 1 млн населения), ангиографическими установками в 2 раза (с 1,8 до 3,6 установки на 1 млн населения), уровень обеспеченности населения Российской Федерации современной медицинской техникой, по данным 2017 г., остается низким. Так, обеспеченность компьютерными томографами составляет 13 на 1 млн населения, что ниже показателя Японии в 7,8 раза (101,7), магнитно-резонансными томографами — 4,6 на 1 млн человек населения, что ниже показателя Германии в 5 раз (23). Обеспеченность линейными ускорителями в Российской Федерации составляет 1,3 установки на 1 млн населения, что в 4 раза ниже, чем в США (5,2), гамма-камерами 0,49 на 1 млн населения, что в 12,7 раза ниже, чем в США (6,2), гамма-(кибер-)ножами — 0,05 на 1 млн населения, что в 8 раз ниже, чем в США (0,4).

При анализе оснащенности медицинских организаций оборудованием обращают на себя внимание резкие колебания числа гамма-камер. Так, за 2012 г.

³ Постановление Правительства Российской Федерации от 03.03.2009 № 189 (ред. от 03.10.2009) «О финансовом обеспечении в 2009 году за счет ассигнований федерального бюджета мероприятий, направленных на совершенствование организации онкологической помощи населению»; Постановление Правительства Российской Федерации от 31.12.2009 № 1156 «О финансовом обеспечении в 2010 году за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета мероприятий, направленных на совершенствование медицинской помощи больным с онкологическими заболеваниями»; Постановление Правительства Российской Федерации от 31.12.2010 № 1222 «О финансовом обеспечении за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета мероприятий, направленных на совершенствование медицинской помощи больным с онкологическими заболеваниями»; Постановление Правительства Российской Федерации от 27.12.2011 № 1164 «О финансовом обеспечении за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета мероприятий, направленных на совершенствование медицинской помощи больным с онкологическими заболеваниями».

⁴ Заболеваемость населения злокачественными новообразованиями в Российской Федерации учитывается в Форме № 7 федерального статистического наблюдения по числу пациентов, состоящих на учете в онкологических учреждениях, и ежегодно публикуется в сборниках Московского научно-исследовательского онкологического института (МНИОИ) им. П. А. Герцена.

Здоровье и общество

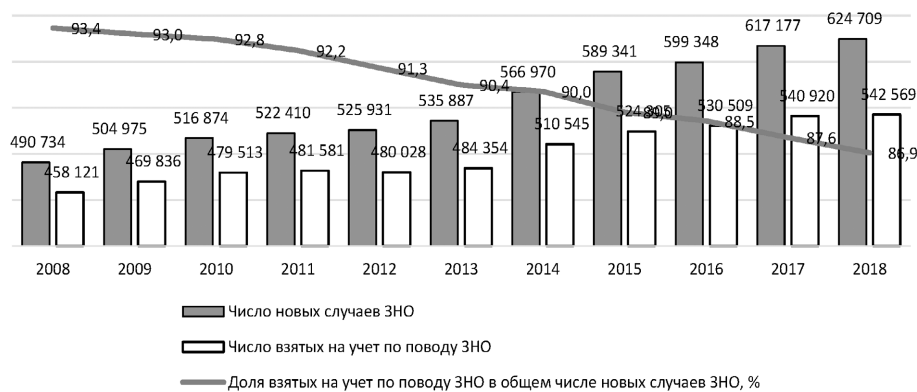


Рис. 3. Доля взятых на учет по поводу ЗНО в общем числе пациентов, у которых выявлено ЗНО (по данным МНИОИ им. П. А. Герцена).

Федерации в 2017 г. было ниже на 7,5%, чем в Германии, на 60% ниже, чем в Саксонии, на 19,7% ниже, чем в Англии и Уэльсе в 2015 г. (рис. 4).

Значение стандартизованного по возрасту коэффициентов смертности населения от новообразований, в том числе злокачественных, с 1990 г. устойчиво снижается. По данным Росстата, этот показатель за 1990—2017 гг. снизился среди мужского населения на 27,2% (с 318,6 до 231,9 случая на 100 тыс. насе-

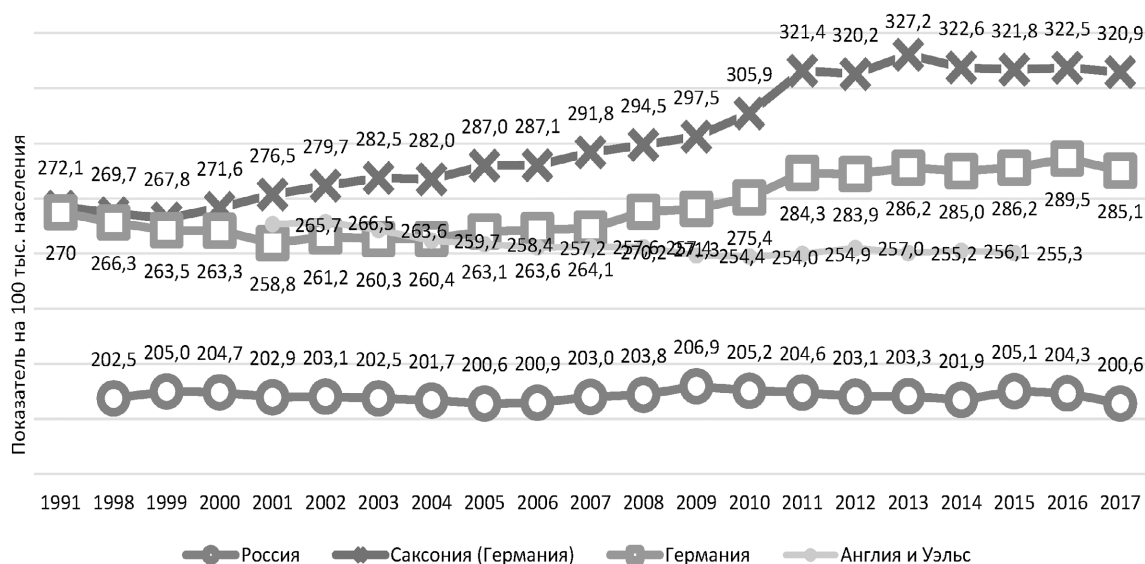


Рис. 4. Общий коэффициент смертности населения от новообразований, в том числе злокачественных, в Российской Федерации (по данным Росстата), в Англии и Уэльсе (по данным Office for National Statistics), в Германии, в том числе в Саксонии (по данным GBE-Bund).

их число увеличилось на 24 единицы, а к 2016 г. уменьшилось на 34.

Общий коэффициент смертности населения от новообразований, в том числе злокачественных, остается на 2-м месте в структуре причин смертности населения, снизившись всего на 1,6% (с 203,8 в 2008 г. до 200,6 на 100 тыс. населения) в 2017 г., а в 2018 г. показатель увеличился до 203. Таким образом, отмечается нестабильность динамики данного показателя с периодами подъема и снижения.

Анализ динамики общего коэффициента смертности населения от новообразований, в том числе от ЗНО, и стандартизованного по возрасту коэффициента смертности населения от новообразований, в том числе ЗНО, в Российской Федерации выявил, что значение общего коэффициента смертности населения от новообразований, в том числе злокачественных, в Российской

Федерации в 2017 г. было ниже на 7,5%, чем в Германии, на 60% ниже, чем в Саксонии, на 19,7% ниже, чем в Англии и Уэльсе в 2015 г. (рис. 4). Значение стандартизованного по возрасту показателя смертности населения от ЗНО в Российской Феде-



Рис. 5. Стандартизованный по возрасту коэффициент смертности населения от ЗНО в Российской Федерации (по данным Центрального НИИ организации и информатизации здравоохранения), в Германии, в том числе в Саксонии (по данным GBE-Bund). Использован стандарт возрастной структуры населения (по данным Waterhouse, 1976).



Рис. 6. Умершие от ЗНО, не состоявшие на учете по поводу ЗНО, и их доля в общем числе умерших от ЗНО (по данным МНИОИ им. П. А. Герцена).

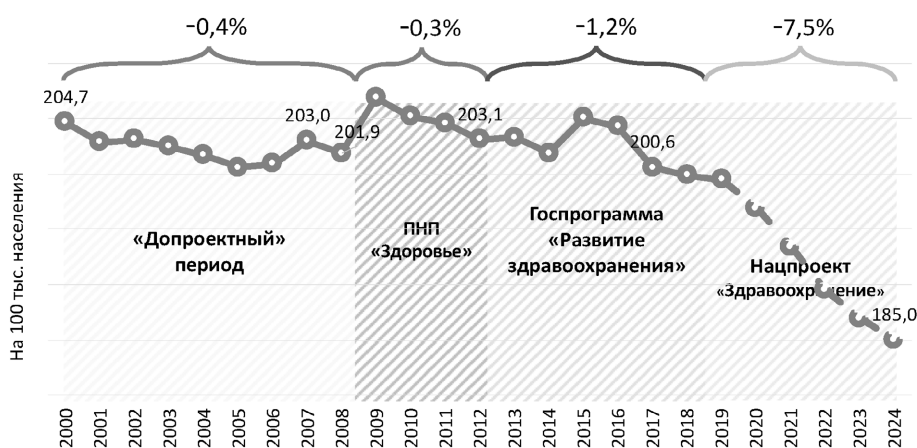


Рис. 7. Общий коэффициент смертности населения от новообразований в Российской Федерации в 2000—2018 гг. и его целевые значения до 2024 г. в соответствии с Национальным проектом «Здравоохранение».

рации было выше, чем в Германии, в 2016 г. на 6,7% (рис. 5).

Следует отметить, что в структуре общего коэффициента смертности от новообразований, в том числе злокачественных, до 85,9% составляет смертность от этой причины населения в возрасте 55 лет и старше.

Кроме того, особенностью смертности населения от ЗНО в Российской Федерации является увеличение доли лиц, умерших от ЗНО и не состоявших на учете в онкологическом учреждении. В 2008—2018 гг. их число увеличилось на 84,6% (с 15 794 до 29 152 человек), а их доля в общем числе умерших от ЗНО увеличилась с 5,8 до 10,7%. Одной из причин этого может быть снижение доступности онкологической помощи (рис. 6).

Указом Президента Российской Федерации от 07.05.2018 № 204 поставлена задача снизить на 7,5% общий коэффициент смертности населения от новообразований, включая злокачественные, с 200,6 случая на 100 тыс. населения в 2017 г. до 185 в 2024 г. С 1 октября 2018 г. реализуется федеральный проект «Борьба с онкологическими заболеваниями» Национального проекта «Здравоохранение» (рис. 7)⁵.

Заключение

Реализация мероприятий федерального проекта должна, по нашим расчетам, обеспечить сохранение дополнительно 21 882 жизней больных ЗНО с учетом среднего прогноза численности населения России к 2024 г. На одну сохраненную жизнь планируется израсходовать 43,8 млн руб.

Вместе с тем исследователи отмечают, что в качестве индикатора вновь выбран «грубый» показатель смертности, который трудно снизить в условиях постарения населения [3].

Анализируя эффективность различных методов управления, можно констатировать, что проектный метод является эффективным инструментом повышения доступности и качества медицинской помощи. Меры по развитию онкологической медицинской помощи в рамках ПНП «Здоровье» даже на таком ограниченном промежутке времени в условиях ограниченных ресурсов позволили сформировать точки роста для ее развития. В этой парадигме выбор целевых показателей является одним из условий

результативности принимаемых мер. На данном этапе с учетом сложившейся практики формирования статистических данных общий коэффициент смертности населения целесообразно анализировать в совокупности со стандартизованными по возрасту коэффициентами смертности населения прежде всего от основных неинфекционных заболеваний, в которых нивелируется влияние возрастной структуры населения, что позволяет разрабатывать более адресные меры.

Важнейшим фактором успешности мер по снижению смертности от ЗНО является повышение мотивированности граждан к сохранению собственного здоровья и медицинских работников к раннему выявлению ЗНО, в том числе в старшей возрастной группе.

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

⁵ Паспорт национального проекта «Здравоохранение» (утв. предидумом Совета при Президенте Российской Федерации по стратегическому развитию и национальным проектам, протокол от 24.12.2018 № 16); Паспорт федерального проекта «Борьба с онкологическими заболеваниями» (приложение к протоколу заседания проектного комитета по национальному проекту «Здравоохранение» от 14.12.2018 № 3).

ЛИТЕРАТУРА

1. Давыдов М. И., Аксель Е. М. Заболеваемость злокачественными новообразованиями населения России и стран СНГ в 2005 г. *Вестник РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН*. 2007;18(2):52—89.
2. Злокачественные новообразования в России в 2007 году (заболеваемость и смертность). М.: ФГУ «МНИОИ им. П. А. Герцена Росмедтехнологий»; 2009.
3. Каприн А. Д., Старинский В. В., Петрова Г. В. Состояние онкологической помощи населению России в 2018 году. М.: МНИОИ им. П. А. Герцена — филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России; 2019.

Поступила 08.11.2019
Принята в печать 23.01.2020.

REFERENCES

1. Davydov M. I., Aksel' E. M. The incidence of malignant neoplasms of the population of Russia and the CIS countries in 2005. *Vestnik RONC im. N. N. Blohina RAMN*. 2007;18(2):52—89 (in Russian).
2. Malignant neoplasms in Russia in 2007 (morbidity and mortality) [*Zlokachestvennye novoobrazovaniya v Rossii v 2007 godu (zabolevaemost' i smertnost')*]. Moscow: FGU «MNI OI im. P. A. Gercena Rosmedtekhologii»; 2009 (in Russian).
3. Kaprin A. D., Starinskij V. V., Petrova G. V. The status of cancer care for the population of Russia in 2018 [*Sostoyanie onkologicheskoy pomoshchi naseleniyu Rossii v 2018 godu*]. Moscow: MNI OI im. P. A. Gercena — filial FGBU «NMIC radiologii» Minzdrava Rossii; 2019 (in Russian).

© Коллектив авторов, 2020
УДК 614.2

Пузин С. Н.^{1,2}, Ачкасов Е. Е.², Самусенко А. Г.³, Запарий Н. С.⁴

ХАРАКТЕРИСТИКА ОГРАНИЧЕНИЙ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ ИНВАЛИДОВ СТАРШЕ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА ВСЛЕДСТВИЕ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА

¹Федеральный научно-клинический центр реаниматологии и реабилитологии, 107031, г. Москва;

²ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет имени И. М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), 119435, г. Москва;

³ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по г. Москве» Минтруда России, 125040, г. Москва;

⁴ФГБУ «Федеральное бюро медико-социальной экспертизы» Минтруда России, 127486, г. Москва

Представлена характеристика ограничений жизнедеятельности инвалидов старше трудоспособного возраста вследствие болезни Паркинсона с учетом клинических данных, стадий болезни, тяжести инвалидности, нарушения функций организма. В динамике отмечено, что наибольший удельный вес в структуре ограничений жизнедеятельности составили ограничения I, II, III степени к самообслуживанию, передвижению, трудовой деятельности (12,1; 9,5 и 10,5% соответственно), наименьший удельный вес I, II, III степени ограничений — к обучению, контролю и общению.

Ключевые слова: инвалидность; ограничение жизнедеятельности; болезнь Паркинсона; возрастная группа.

Для цитирования: Пузин С. Н., Ачкасов Е. Е., Самусенко А. Г., Запарий Н. С. Характеристика ограничений жизнедеятельности инвалидов старше трудоспособного возраста вследствие болезни Паркинсона. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2020;28(2):222—226. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2020-28-2-222-226>

Для корреспонденции: Самусенко Анастасия Геннадьевна, руководитель бюро № 94 — филиала ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по г. Москве» Минтруда России, e-mail: Agsamusenko@yandex.ru

Puzin S. N.^{1,2}, Achkasov E. E.², Samusenko A. G.³, Zapariy N. S.⁴

THE CHARACTERISTICS OF LIMITATIONS OF LIFE ACTIVITY OF THE DISABLED PERSONS OLDER THAN ABLE-BODIED AGE DUE TO PARKINSON'S DISEASE

¹The Federal Scientific Clinical Center of Resuscitation Science and Rehabitology, 107031, Moscow, Russia;

²The Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education "The I. M. Sechenov First Moscow State Medical University" of Minzdrav of Russia (Sechenov University), 119991, Moscow, Russia;

³The Federal Official Institution "The Main Office of Medical Social Expertise in City of Moscow" of the Mintrud of Russia, 125040, Moscow, Russia;

⁴The Federal State Budget Institution "The Federal Office of Medical Social Expertise" of the Mintrud of Russia, 127486, Moscow, Russia

The article presents characteristics of limitations of life activities of the disabled older than able-bodied age due to Parkinson's disease and considering clinical data, stages of illness, severity of disability and disorders of functions of organism. The highest percentage in the structure of life restrictions was taken by restrictions of first, second and third degree related to self-service, movement, labor activity (12.1%, 9.5% and 10.5% respectively). The lowest percentage of restrictions of first, second and third degree related to education, control and communication.

Keywords: disability; restriction; life activity; Parkinson's disease; age group.

For citation: Puzin S. N., Achkasov E. E., Samusenko A. G., Zapariy N. S. The characteristics of limitations of life activity of the disabled persons older than able-bodied age due to Parkinson's disease. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2020;28(2):222—226 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2020-28-2-222-226>

For correspondence: Samusenko A. G., the Head of the Office № 94—the Branch of the Federal Official Institution "The Main Office of Medical Social Expertise in City of Moscow". e-mail: Agsamusenko@yandex.ru

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support

Received 12.11.2019
Accepted 23.01.2020

Введение

Болезнь Паркинсона (БП) является хроническим неуклонно прогрессирующим заболеванием ЦНС с дегенерацией nigrostriарных нейронов и нарушением функции базальных ганглиев [1—5]. По данным Всемирной организации здравоохранения, на планете около 3,5 млн людей страдают паркинсонизмом. Отмечен рост заболевания, пик которого наблюдается в пожилом возрасте (70—80 лет). Средним дебютом заболевания считается возраст 55—65 лет. По последним данным оказалось, что стремительный рост паркинсонизма происходит в странах с

развитой экономикой, что связано с увеличением средней продолжительности жизни [6, 7]. Предметом специального исследования стало изучение характера функциональных нарушений, степени ограничения жизнедеятельности, нозологического спектра причин инвалидности граждан пожилого возраста и эффективности проводимых мероприятий медико-социальной реабилитации [8].

Цель исследования — на основании степени нарушений функций организма инвалида старше трудоспособного возраста оценить ограничения жизнедеятельности и степень их выраженности.

Материалы и методы

Исследование формировалось в виде таблиц Excel, содержащих 104 столбца, из них: 2 — числовые, 93 — категориальные (в том числе 82 — бинарные), 9 — текстовые переменные с использованием методов: документального, выкопировки данных (190 единиц). Для количественных переменных использовалась статистика: средние, медианы. Для сравнения двух независимых групп использовались критерий Манна—Уитни (*U*-критерий), показатель достоверности, вычислялась статистика χ^2 и коэффициент ранговой корреляции Спирмена. Уровень значимости при проверке статистических гипотез принимался равным 0,05. Обработка и анализ осуществлялись в среде *R* (среда для статистического анализа данных [<https://www.r-project.org>]).

Результаты исследования

Исследованием установлено, что медико-социальные характеристики контингента инвалидов вследствие болезни Паркинсона были следующими. Мужчины составили 51,8%, женщины — 48,5%, из них лица старше 65 лет — 73,1%; 61% имеют высшее образование, 39,4% — среднее. Средний возраст мужчин — 68,9 года, женщин — 70,5 года. Возраст

имеющих среднее образование — 70,6 года, высшее — 69 лет. Период от начала заболевания до освидетельствования у мужчин был короче, чем у женщин. Большинство (85,5%) составили инвалиды с болезнью III—IV стадии, преобладали инвалиды III группы (57,9%). Клинически наиболее часто отмечались тремор конечностей и нарушения походки (79,5%), скованность в движениях (93,7%), умеренная постуральная неустойчивость (60,5%), общая слабость (26,8%), головокружение (42,1%), головная боль (32,6%), умеренные когнитивные нарушения (52,1%).

Из табл. 1 следует, что ограничение способности к самообслуживанию имеет прямую среднюю корреляцию со следующими клиническими данными: больной не может вставать и сидеть, не может ходить, выраженная постуральная неустойчивость, выраженные когнитивные нарушения, нарушения мочеиспускания, недержание мочи, нарушение ориентации в месте и времени, речь трудно понять, значительные нарушения функций тазовых органов, недержание кала. Прямая слабая корреляция — по самообслуживанию; прямая слабая — по снижению памяти, внимания, нарушению глотания.

В ограничениях способности к передвижению — прямая сильная корреляционная связь по самооб-

Таблица 1

Порядковая корреляция клинических данных с ограничением подвижности инвалидов вследствие болезни Паркинсона (в абс. ед.)

Клинические данные	Ограничение способности						
	к самообслуживанию	к передвижению	к общению	к ориентации	к обучению	к контролю	к трудовой деятельности
Не может ходить, вставать, садиться	0,42	0,42	—	0,26	—	0,24	0,29
Не может сесть	0,27	0,28	—	0,06	—	—	0,17
Не может встать	0,42	0,44	—	0,26	—	0,24	0,27
Не может ходить	0,41	0,42	—	0,26	—	0,24	0,29
Моторные флуктуации	—	0,18	—	—	—	—	—
Походка мелкими шажками	—	—	—	—	—	—	—
Постуральная неустойчивость	0,31	0,32	—	—	—	—	0,21
Выраженная постуральная неустойчивость	0,40	0,39	0,16	0,22	—	0,14	0,31
Грубая постуральная неустойчивость	0,23	0,24	—	—	—	—	0,23
Когнитивные нарушения	0,16	—	0,37	0,29	—	0,20	—
Снижение памяти внимания	0,17	—	0,19	0,15	0,20	—	—
Выраженные когнитивные нарушения	0,40	0,37	0,36	0,55	—	0,42	0,25
Нарушения мочеиспускания	0,34	0,37	0,17	0,16	—	—	0,28
Недержание мочи	0,43	0,45	0,16	0,18	—	0,15	0,36
Нарушения контроля мочеиспускания	0,38	0,40	—	0,30	0,22	0,26	0,30
Самообслуживание	0,68	0,66	0,17	0,30	—	0,31	0,55
В большинстве случаев требуется помощь	0,44	0,41	—	—	—	—	0,34
Полная зависимость от окружающих	0,49	0,49	0,24	0,41	0,18	0,38	0,42
Нарушения ориентации	0,26	0,25	0,25	0,50	—	0,39	—
Нарушение ориентации в месте	0,26	0,24	0,29	0,48	—	0,44	—
Нарушение ориентации во времени	0,29	0,27	0,23	0,44	—	0,32	—
Нарушение ориентации в собственной личности	0,22	0,20	0,47	0,49	0,22	0,45	0,22
Языковые и речевые нарушения	0,27	0,27	0,19	0,21	0,17	0,20	0,19
Речь становится гнусавой, смазанной	0,16	0,15	—	—	—	—	—
Речь трудно понять	0,33	0,31	0,26	0,45	0,33	0,40	0,15
Дизартрия	—	0,31	—	0,19	—	0,17	—
Речь монотонная	—	—	0,17	—	—	—	—
Скандированная речь	—	—	—	0,17	—	0,15	—
Речь тихая	—	—	—	—	0,22	—	—
Значительно выраженные нарушения функций тазовых органов	0,42	0,42	0,19	0,37	0,20	0,33	0,42
Недержание кала	0,26	0,25	—	—	—	—	0,26
Слабость	—	—	—	—	—	—	0,19
Слюнотечение	—	—	—	—	—	—	—
Тремор головы	—	—	—	—	—	—	—
Тремор головы по типу кивательных движений	—	—	—	—	—	—	—
Нарушения глотания	0,19	0,16	—	—	—	—	—

Таблица 2

Характеристика ограничений жизнедеятельности инвалидов вследствие болезни Паркинсона по степени выраженности

Ограничение способности	Степень выраженности							
	норма		I		II		III	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
К самообслуживанию	3	1,6	114	60,0	50	26,3	23	12,1
К передвижению	5	2,6	114	60,8	53	27,9	18	9,5
К общению	176	92,6	7	3,7	4	2,1	3	1,6
К ориентации	177	93,2	4	2,1	4	2,1	5	2,6
К обучению	184	96,8	2	1,1	1	0,5	3	1,6
К контролю	175	92,1	4	2,1	6	3,2	5	2,6
К трудовой деятельности	12	6,3	107	56,3	51	26,8	20	10,5

служиванию, прямая средняя — с тем, что больной не может сидеть, вставать, ходить, с грубой постральной неустойчивостью, выраженными когнитивными нарушениями, нарушениями мочеиспускания, недержанием мочи, нарушениями ориентации по месту, времени, языковыми и речевыми нарушениями, речь трудно понять, значительными нарушениями тазовых органов, недержанием кала. Слабая прямая связь — с моторной флуктуацией, грубой постральной неустойчивостью, нарушениями ориентации в собственной личности, гнусавой речью, нарушениями глотания.

В ограничении способности к общению отмечена прямая средняя корреляция с клиническими данными: выраженные когнитивные нарушения, нарушения ориентации в месте и собственной личности, речь трудно понять, прямая слабая связь с постральной неустойчивостью, когнитивными нарушениями, снижением памяти и внимания, нарушениями мочеиспускания, недержанием мочи, полной зависимостью от окружающих в самообслуживании, языковыми и речевыми нарушениями (речь монотонная), значительными нарушениями тазовых органов.

Ограничения способности к ориентации имели прямую сильную корреляционную связь с нарушением ориентации, выраженными когнитивными нарушениями, прямую среднюю — с невозможностью встать, сидеть, ходить, нарушениями контроля мочеиспускания, самообслуживания, нарушениями ориентации во времени и месте, речь трудно понять, значительными нарушениями тазовых органов, прямую слабую — со скандированной речью, дизартрией, снижением памяти, внимания, нарушениями мочеиспускания, выраженной постральной неустойчивостью.

Ограничение способности к обучению: отмечена средняя слабая корреляция со снижением памяти, внимания, нарушением контроля мочеиспускания, нарушением ориентации в собственной личности, тихой речью, значительными нарушениями функций тазовых органов; средняя прямая — с тем, что речь трудно понять.

Ограничение способности к контролю: отмечена прямая средняя связь с выраженными когнитивными нарушениями, нарушениями контроля моче-

испускания, самообслуживания, нарушениями ориентации во времени, месте и собственной личности, речь трудно понять; прямая слабая — с тем, что не может встать, ходить, сидеть, с выраженной постральной неустойчивостью, когнитивными нарушениями, недержанием мочи, дизартрией, скандированной речью.

Ограничение способности к трудовой деятельности: прямая средняя корреляция с выраженной постральной неустойчивостью, выраженными когнитивными нарушениями, нарушением мочеиспускания, недержанием мочи, при самообслуживании в большинстве случаев требуется помощь, значительные нарушения тазовых органов; слабая прямая — с невозможностью сидеть, грубой постральной неустойчивостью, нарушением ориентации в собственной личности, с тем, что речь трудно понять, слабостью.

Наибольшую долю в числе ограничений составляла I степень ограничений жизнедеятельности (к самообслуживанию, передвижению трудовой деятельности). В динамике наблюдалось уменьшение доли ограничений жизнедеятельности при II и III степени к передвижению, трудовой деятельности и самообслуживанию (табл. 2). Наименьший удельный вес со-

Таблица 3

Зависимость ограничений жизнедеятельности инвалидов вследствие болезни Паркинсона от стадии болезни

Вид ограничения способности	Стадия болезни							
	II		III		IV		V	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
К труду:								
норма	2	1,1	6	3,2	2	1,1	2	1,1
I степень	1	0,5	99	52,1	2	1,1	—	—
II степень	5	2,6	8	4,2	37	19,5	1	0,5
III степень	—	—	2	1,1	7	3,7	11	5,8
К контролю:								
норма	12	6,3	111	58,4	42	22,1	10	5,2
I степень	—	—	3	1,6	1	0,5	—	—
II степень	1	0,5	—	—	2	1,1	3	1,6
III степень	—	—	1	0,5	3	1,6	1	0,5
К общению:								
норма	13	6,8	113	59,5	46	24,2	12	6,3
I степень	—	—	2	1,1	—	—	—	—
II степень	—	—	—	—	1	0,5	—	—
III степень	—	—	—	—	1	0,5	2	1,1
К ориентации:								
норма	13	6,8	112	58,9	42	22,1	10	5,2
I степень	—	—	2	1,1	2	1,1	—	—
II степень	—	—	—	—	2	1,1	2	1,1
III степень	—	—	1	0,5	2	1,1	2	1,1
К передвижению:								
норма	4	2,1	1	0,5	—	—	—	—
I степень	5	2,6	105	55,3	4	2,1	—	—
II степень	4	2,1	8	4,2	39	20,5	2	1,1
III степень	—	—	1	0,5	5	2,6	12	6,3
К самообслуживанию:								
норма	3	1,6	—	—	—	—	—	—
I степень	5	2,6	106	55,8	3	1,6	—	—
II степень	5	2,6	7	3,7	37	19,5	1	0,5
III степень	—	—	2	1,1	8	4,2	13	6,8
К общению:								
норма	11	5,8	110	57,9	43	22,6	12	6,3
I степень	2	1,1	4	2,1	1	0,5	—	—
II степень	—	—	—	—	2	1,1	2	1,1
III степень	—	—	1	0,5	2	1,1	—	—

Здоровье и общество

Таблица 4

Характеристика ограничений жизнедеятельности инвалидов вследствие болезни Паркинсона в зависимости от группы инвалидности

Вид ограничения способности	Группа инвалидности							
	0		I		II		III	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
К контролю:								
норма	4	2,1	14	8,4	50	26,3	107	56,3
I степень	—	—	—	—	1	0,5	3	1,6
II степень	—	—	4	2,1	2	1,1	—	—
III степень	—	—	5	2,6	—	—	—	—
К труду:								
норма	2	1,1	3	1,6	2	1,1	5	2,6
I степень	2	1,1	—	—	—	—	105	55,3
II степень	—	—	—	—	51	26,8	—	—
III степень	—	—	20	10,5	—	—	—	—
К обучению:								
норма	4	2,1	20	10,5	52	27,4	108	56,8
I степень	—	—	—	—	—	—	2	1,1
II степень	—	—	—	—	1	0,5	—	—
III степень	—	—	3	1,6	—	—	—	—
К ориентации:								
норма	4	2,1	15	7,9	50	26,3	108	56,8
I степень	—	—	—	—	2	1,1	2	1,1
II степень	—	—	3	1,6	1	0,5	—	—
III степень	—	—	5	2,6	—	—	—	—
К общению:								
норма	4	2,1	17	8,9	49	25,8	106	55,8
I степень	—	—	—	—	3	1,6	4	2,1
II степень	—	—	3	1,6	1	0,5	—	—
III степень	—	—	3	1,6	—	—	—	—
К передвижению:								
норма	3	1,6	—	—	—	—	2	1,1
I степень	1	0,5	—	—	5	2,6	108	56,8
II степень	—	—	5	2,6	48	25,3	—	—
III степень	—	—	18	9,5	—	—	—	—
К самообслуживанию:								
норма	3	1,9	—	—	—	—	—	—
I степень	1	0,5	—	—	3	1,6	110	57,9
II степень	—	—	—	—	50	26,3	—	—
III степень	—	—	23	12,1	—	—	—	—

ставили ограничения I, II, III степени к общению, ориентации, обучению и контролю.

Максимальная доля ограничений к трудовой деятельности I степени отмечена при III стадии болезни, II степени — при IV стадии и III степени — при IV—V стадиях болезни (табл. 3). Ограничение способности к контролю различается по стадии болезни незначительно. Ограничения способности к обучению и ориентации в основном отмечаются при IV—V стадиях болезни. Ограничения способности к передвижению I степени регистрировались в 55,3% случаев при III стадии болезни, II степени — в 20,5% при IV стадии и III степени — в 6,3% при V стадии болезни.

Ограничения способности к самообслуживанию I степени в 55,8% случаев отмечены при III стадии болезни, II степени — в 19,5% при IV стадии болезни и III степени — в 6,8% при V стадии болезни. Ограничение способности к общению I степени отмечено при II—III стадиях болезни (см. табл. 3).

Характеристика ограничений жизнедеятельности инвалидов вследствие болезни Паркинсона в зависимости от тяжести инвалидности представлена в табл. 4. Для инвалидов I группы характерны ограничения способности к контролю II—III степени, ограничения III степени к трудовой деятельности, огра-

Таблица 5

Коэффициент корреляции ограничений жизнедеятельности с нарушением функций организма инвалидов вследствие болезни Паркинсона (в абс. числах)

Ограничение способности	Нарушение функций организма			
	психических	языковых и речевых	статодинамических	мочевыделительной системы
К самообслуживанию	0,30	—	0,96	0,50
К передвижению	0,23	—	0,97	0,56
К общению	0,33	—	0,71	0,29
К ориентации	0,35	—	0,57	0,41
К обучению	0,42	—	0,90	0,67
К контролю	0,57	—	0,49	0,47
К трудовой деятельности	0,25	0,16	0,97	0,54

ничения II и III степени к общению, II—III степень ограничения способности к ориентации, II—III степень — к общению, II—III степень — к передвижению и III степень — к самообслуживанию.

Для инвалидов II группы характерны ограничения способности к контролю I—II степени, к трудовой деятельности II степени, способности к обучению II степени, к ориентации I—II степени, к общению I—II степени, к передвижению I—II степени и к самообслуживанию I—II степени.

Для инвалидов III группы характерны ограничения I степени к контролю, к трудовой деятельности, к обучению и ориентации, к общению, к передвижению и самообслуживанию.

Нарушения психических функций имеют прямую сильную корреляционную связь с ограничениями по контролю, прямую среднюю — с ограничениями к самообслуживанию, общению, ориентации, обучению и трудовой деятельности, прямую слабую — по ограничению способности к передвижению (табл. 5). Языковые и речевые нарушения имеют слабую прямую корреляцию с ограничением способности к трудовой деятельности. Статодинамические нарушения имеют сильную прямую корреляционную связь с ограничениями в самообслуживании, передвижении, общении, обучении, трудовой деятельности, среднюю прямую — с ограничением способности к контролю.

Нарушения функций мочевыделительной системы имеют среднюю прямую корреляционную связь с ограничением способности к общению, ориентации и контролю и прямую сильную — с ограничением способности к самообслуживанию, передвижению, обучению, трудовой деятельности.

Заключение

Нарушения психических функций имеют прямую сильную корреляционную связь с ограничениями способности к контролю, прямую среднюю — к самообслуживанию, общению, ориентации, обучению и трудовой деятельности, прямую слабую — к передвижению. Языковые и речевые нарушения имеют слабую прямую корреляцию с ограничением способности к трудовой деятельности.

Статодинамические нарушения имеют сильную прямую связь с ограничениями к самообслужива-

нию, передвижению, общению, обучению, трудовой деятельности, среднюю прямую — к контролю.

Нарушения функций мочевыделительной системы имеют среднюю прямую корреляционную связь с ограничением способности к общению, ориентации и контролю и прямую сильную — к самообслуживанию, передвижению, обучению, трудовой деятельности.

Наибольший удельный вес в структуре ограниченной жизнедеятельности составили ограничения способности I степени к самообслуживанию, передвижению, трудовой деятельности, II степени к самообслуживанию, передвижению и трудовой деятельности III степени (12,1; 9,5 и 10,5% соответственно).

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Белозерцева И. И., Помников В. Г. Болезнь Паркинсона и вопросы медико-социальной экспертизы. В кн.: Сборник тезисов конгресса с международным участием. СПб.; 2017. С. 37—9.
2. Василенко А. Ф., Шамуров Ю. С., Костенкова Л. Ю. Болезнь Паркинсона в общей врачебной практике: Клинико-диагностические подходы. *Медицинский вестник Башкортостана*. 2010;5(6):35—9.
3. Левин О. С. Клиническая эпидемиология болезни Паркинсона. В кн.: Экстрапирамидные расстройства: вчера, сегодня, завтра. М.; 2013. С. 41—52.
4. Тимофеева А. А., Белозерцева И. И. Вопросы медико-социальной экспертизы при болезни Паркинсона. *Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова*. 2016;116(9):93—7.
5. Chen J. J. Parkinson's disease: health-related quality of life, economic cost, and implications of early treatment. *Am. J. Manag. Care*. 2010;16(4 Suppl. Implications):87—93.
6. Воробьев Р. В., Короткова А. В. Аналитический обзор проблемы здорового старения в странах европейского региона ВОЗ и

Российской Федерации. *Социальные аспекты здоровья населения*. 2016;(5):3.

7. Briennesse L. A., Emerson M. N. Effects of resistance training for people with Parkinson's disease: a systematic review. *J. Am. Med. Assoc.* 2013;14:236—41.
8. Шургая М. А. Нозологический спектр инвалидности пожилой категории населения в Российской Федерации и особенности реабилитационно-экспертной диагностики, реабилитации и абилитации. *Медико-социальная экспертиза и реабилитация*. 2017;(3):136—43.

Поступила 12.11.2019
Принята в печать 23.01.2020

REFERENCES

1. Belozertseva I. I., Pomnikov V. G. Parkinson's disease and medical and social examination. In: Collection of congressional talking points with international participation [Sbornik tezisev kongressa s mezhdunarodnym uchastiem]. St. Petersburg; 2017. P. 37—9 (in Russian).
2. Vasilenko A. F., Shamurov Yu. S., Kostenkova L. Yu. Parkinson's disease in general medical practice: Clinical Diagnostics. *Medicinskij vestnik Bashkortostana*. 2010;5(6):35—9 (in Russian).
3. Levin O. S. Clinical Epidemiology Parkinson's Disease. In: Extrapyramidal Disorders: Yesterday, Today, Tomorrow [Ekstrapiramidnye rasstroistva: vchera, segodnya, zavtra]. Moscow; 2013. P. 41—52 (in Russian).
4. Timofeeva A. A., Belozertseva I. I. Medical and Social Examination in Parkinson's disease. *Journal neurologiy i psichiatriy im. S. S. Korzakova*. 2016;116(9): 93—7 (in Russian).
5. Chen J. J. Parkinson's disease: health-related quality of life, economic cost, and implications of early treatment. *Am. J. Manag. Care*. 2010;16(4 Suppl. Implications):87—93.
6. Vorobyov R. V., Korotkova A. V. An analytical review of healthy ageing in the WHO European region and the Russian Federation. *Sotsialnye aspekty zdorov'ya naseleniya*. 2016;(5):3 (in Russian).
7. Briennesse L. A., Emerson M. N. Effects of resistance training for people with Parkinson's disease: a systematic review. *J. Am. Med. Assoc.* 2013;14:236—41.
8. Shurgaya M. A. Nosological spectrum of disability of the elderly population in the Russian Federation and features of rehabilitation-expert diagnosis, rehabilitation and rehabilitation. *Medico-socialnaya ekspertiza i rehabilitaciya*. 2017;(3):136—43 (in Russian).

Воблая И. Н., Королева Н. В., Мореева Е. Г.

МАРКЕТИНГОВЫЙ АНАЛИЗ РЫНКА ПЛАСТИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ В РОССИИ

ФГБОУ ВО «Финансовый университет при Правительстве Российской Федерации» — Новороссийский филиал, 353900, г. Новороссийск

Представлен аналитический обзор и маркетинговый анализ рынка пластической хирургии в России. Приведена характеристика сегмента услуг пластической хирургии на российском и региональных рынках платной медицины в 2016—2019 гг., изучены особенности потребительского поведения в данном сегменте. Информация получена путем комплексного анализа данных клиник пластической хирургии, обзора экспертных оценок этого направления медицинского рынка, а также при изучении потребительского поведения российских покупателей медицинских услуг.

Отдельное внимание уделено особенностям развития рынка частной пластической медицины в условиях начавшегося выхода страны из экономического кризиса. Обзор включает оценку динамики развития рынка частной медицины в России и его отдельных сегментов с 2015 г.

Исследование содержит подробное описание сегмента услуг пластической хирургии российского рынка платной медицины, выделены крупнейшие игроки сегмента по объему выручки и количеству медицинских организаций на рынке страны и регионов.

Обзор также включает описание потребительского поведения в сегменте услуг пластической хирургии. Определены наиболее востребованные услуги, осуществлена оценка средних затрат при обращении россиян за рассматриваемыми услугами, проведена оценка расходов потребителей на данный вид медицинского обслуживания за последние 3 года.

Ключевые слова: пластическая хирургия; маркетинговые исследования рынка платной медицины; экспертная оценка привлекательности и востребованности пластических операций; экономические параметры сегмента пластической хирургии.

Для цитирования: Воблая И. Н., Королева Н. В., Мореева Е. Г. Маркетинговый анализ рынка пластической хирургии в России. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2020;28(2):227—233. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2020-28-2-227-233>

Для корреспонденции: Воблая Ирина Николаевна, канд. экон. наук, доцент кафедры экономики, финансов и менеджмента Новороссийского филиала Финансового университета при Правительстве Российской Федерации, e-mail: INVoblaya@fa.ru

Voblaya I. N., Koroleva N. V., Moreeva E. G.

THE MARKETING ANALYSIS OF PLASTIC SURGERY MARKET IN RUSSIA

The Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The Financial University under the Government of the Russian Federation”, the Novorossiysk Branch, 353900, Novorossiysk, Russia

The article presents analytical review and marketing analysis of the market of plastic surgery in Russia. The characteristics of the segment of plastic surgery services in National and regional markets of fee-for-service medicine in 2016—2019 are given, including characteristics of consumer behavior in this segment. The information was obtained by comprehensive analysis of data from plastic surgery clinics, review of opinions of leading market experts, as well as through study of consumer behavior of Russian customers of medical services. Particular attention is attended to peculiarities of development of market of private plastic medicine in conditions of incipient way out of country of economic crisis. The review includes evaluation of dynamics of private medicine market in Russia and its individual segments since 2015. The study includes detailed description of segment of plastic surgery services of the Russian market of fee-for-service medicine. The first-rate players in the segment are marked out in terms of revenue and number of medical institutions in national and regional market. The review also includes description of consumer behavior in the segment of plastic surgery services. The most required services are identified. The average consumer costs of these services were estimated, as well as the consumer cost of this type of medical services in the last three years was assessed.

Keywords: plastic surgery; market research; fee-for-service medicine; expert evaluation; attractiveness and demand for plastic surgery; economic parameters of segment of plastic surgery.

For citation: Voblaya I. N., Koroleva N. V., Moreeva E. G. The marketing analysis of plastic surgery market in Russia. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2020;28(2):227—233 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2020-28-2-227-233>

For correspondence: Voblaya I. N., candidate of economic sciences, associate professor of the Chair of Economics, Financing and Management of the Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The Financial University under the Government of the Russian Federation”, the Novorossiysk Branch. e-mail: INVoblaya@fa.ru

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support

Received 12.11.2019
Accepted 23.01.2020

Введение

Пластическая хирургия — это возможность исправить недостатки лица и фигуры, которые могут быть причиной комплексов и влиять на качество жизни. При помощи операций можно скорректиро-

вать возрастные изменения, форму носа, ушей, губ, убрать излишки жира. Иногда к пластике прибегают, чтобы исправить последствия травм [1].

Пластическая хирургия становится все более доступной, открываются все новые клиники, но качество оказываемых услуг в них не всегда удовлетвори-

тельно. Поскольку операция может не только улучшить внешний вид, но и нанести непоправимый вред, к выбору врача и медицинского центра следует подходить ответственно.

Пластическая хирургия в России необыкновенно востребована именно благодаря оптимальному соотношению цены и качества, о чем свидетельствуют многочисленные отзывы. Сюда приезжают пациенты со всего мира, так как обращение к российским специалистам — это всегда уверенность в превосходном результате. Высокий профессионализм врачей сочетается с использованием самой современной аппаратуры, новейших методик. Как правило, каждый врач специализируется в какой-то одной узкой области, что позволяет ему достичь в ней совершенства.

Пластическая хирургия еще недавно была «диким» рынком, сама специальность официально появилась лишь в 2009 г. И хотя нельзя сказать, что 12,3 млрд руб. за год по всей России (2015) — это огромные деньги, странно было бы ожидать, что государство будет эту сферу игнорировать.

Решение подвергнуться пластической операции обычно является очень серьезным шагом, и люди часто продумывают его до мельчайших деталей.

В 2018 г. Минздрав России утвердил порядок оказания медицинской помощи по пластической хирургии приказом от 31.05.2018 № 298н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю „Пластическая хирургия“». Новые правила, касающиеся организации деятельности, оснащения и штатного состава клиник пластической хирургии, вступили в силу с 3 июля 2018 г. В документе были впервые прописаны четкие требования к оснащению кабинета врача: в нем должен быть переносной набор для реанимации, стерилизатор для медицинских инструментов, перевязочный стол и т. д. Помимо хирурга, в кабинете должна работать медсестра, а в отделении должен находиться еще и заведующий. Также в центре пластической хирургии рекомендуется иметь оборудование для трансляции из операционных. Однако все эти требования касались непосредственно медицинских организаций. В новых стандартах речь идет о будущих хирургах, т. е. о студентах и учебных заведениях, которые готовят специалистов, как сообщила заместитель министра здравоохранения России Татьяна Семенова¹. Пластическая хирургия прошла очень большой путь, и кадровая проблема здравоохранения сегодня является одной из важнейших, об этом говорится и в майских указах президента. Мы понимаем, что сегодня в медицине невозможно существовать изолированно друг от друга, разные специалисты должны вместе решать задачи, которые перед ними ставятся.

В стране идет внедрение нового образовательного стандарта по соответствующей специальности: вместо двухлетнего обучения предусмотрена пятилетняя ординатура с расширенными блоками обучения

по смежным специальностям. Среди них — искусство и даже скульптура.

«Наша самая главная задача — обеспечение отрасли квалифицированными специалистами. За последние годы профессиональным сообществом было сделано довольно много для того, чтобы было обеспечено качество оказываемых услуг. Российское здравоохранение всегда было очень качественным и служило образцом для других, но сложность и быстрота изменений накладывают большую ответственность на преподавательский состав».

В 2018 г. Росздравнадзор провел масштабную проверку более 1250 медицинских организаций (большинство из них частные). Выяснилось, что в 7 из 10 клиник, оказывающих услуги по пластической хирургии, имеются нарушения. Среди наиболее вопиющих нарушений — использование фальсифицированных лекарств и медицинских изделий, несоблюдение условий хранения препаратов и их применение после окончания срока годности, отсутствие условий для помощи пациентам в случае осложнений. Но сегодня законодатели несут ответственность не только перед своими гражданами, но и перед иностранцами.

«Прошло то время, когда граждане нашей страны пачками выезжали за границу на пластические операции. Сейчас очень повысилось доверие, и есть много пациентов, которые приезжают на операции из других стран: из Европы, Америки и так далее. Они видят, что внимание растет, что появляется очень фундаментальное отношение к пластической хирургии», — заключает Л. В. Адамян².

Сегодня клиники пластической хирургии присутствуют лишь в крупных городах с населением, зачастую превышающим 1 млн человек. Новые стандарты, возможно, позволят распространить эти медицинские организации и по небольшим населенным пунктам, считает член экспертного совета ВАК по хирургическим наукам Д. Давыдов.

В странах Европы существует целый ряд организаций, деятельность которых заключается в сборе и обработке данных о проведенных пластических операциях. В Америке этим занимается Американское общество эстетической пластической хирургии (ASAPS), в Британии — Британская ассоциация эстетической пластической хирургии (BAAPS). В России, к сожалению, таких сообществ нет, однако в связи с востребованностью данной области медицины отечественные специалисты нашли выход. Статистика по России ведется на основании двух источников: интернет-запросов и интервью с ведущими практикующими пластическими хирургами [2].

В России существует много исследований на тему пластической хирургии. Это исследования практикующих врачей пластической хирургии и материалы научных конференций с обзорами направлений

¹ Татьяна Семенова — заместитель министра здравоохранения РФ (по материалам форума «ФедералПресс»). <http://yandex.ru/fedpress.ru>

² Адамян Л. В. — советский и российский акушер-гинеколог, д-р мед. наук, педагог, профессор (по материалам «ФедералПресс»). <http://yandex.ru/fedpress.ru>

Здоровье и общество

и особенностей этой сферы современной медицины.

Е. В. Бекишева и А. Г. Бунина провели исследование основных популярных пластических операций, определив, что в России пластическая хирургия набирает обороты, несмотря на финансовый кризис [1].

Материалы аналитического центра Vademecum показывают, что внимание к пластической хирургии не ослабевает, и с 2015 по 2019 г., невзирая на кризис, оборот рынка эстетической медицины вырос. Число операций увеличилось на 6%, сумма потраченных пациентами средств — на 4%.

Н. Мантурова³ в одном из последних интервью отметила: «Сегодня уровень профессиональной компетенции и качество услуг российских специалистов не уступают уровню подготовки зарубежных специалистов и полностью соответствуют требованиям самого взыскательного клиента. Мы работаем в жесткой конкуренции, профессионалы не имеют права быть несведущими в современных тенденциях и технологиях. Сейчас в российские клиники обращаются пациенты из-за рубежа. Некоторые клиники дают информацию о приросте 37—40%» [3].

Так, О. Засеева⁴, стоявшая у истоков рынка пластической хирургии в России, в интервью сказала: «Эстетическая хирургия — это самая что ни на есть настоящая медицина, а операция — это серьезное вмешательство в организм, есть немало опасностей и противопоказаний, поэтому относиться к операциям нужно очень ответственно».

Пластическая хирургия — сложное направление на стыке сосудистой, лор-хирургии и офтальмологии, поэтому помощь должна оказываться в центрах, где есть отделение реанимации, лучевой диагностики. «Такие центры должны быть оснащены своей лабораторией», — уверена генеральный директор «СМ-Клиники» (ООО «Меди ком») Сусанна Чуприна [4].

Самое затратное для клиники пластической хирургии — содержание отделений лучевой диагностики, маммографии, лаборатории срочных анализов, оснащение стационара. Одним из крупных игроков на рынке пластической хирургии России является петербургская клиника «Медси». Доля этих услуг составляет около 10% объема работы клиники. В «Медси» считают, что инициатива по созданию новых требований правильная и направлена на защиту прав и здоровья пациентов. Другой крупный игрок в этой нише — клиника «Евромедика». Ее директор А. Осипов согласен с представителями «Медси» [3—5].

Хотя основным двигателем рынка эстетической хирургии принято считать Москву и Московскую область, другие регионы страны не отстают в развитии и владении передовыми методиками.

³ Наталья Мантурова — главный внештатный специалист — пластический хирург Минздрава. plastinform.ru/web/rating/

⁴ Ольга Засеева — канд. мед. наук, эксперт по вопросам эстетической медицины, член оргкомитета международного курса-тренинга для пластических и реконструктивных хирургов ICTPS, глава компании КЛОВЕРМЕД.

Материалы и методы

Предметом исследования явилась деятельность частных клиник, отделений многопрофильных медицинских центров, государственных медицинских учреждений, а также индивидуальных предпринимателей, работающих на рынке эстетической медицины.

Методики, используемые в исследовании: кабинетное исследование, изучение сайтов, отчетов, пресс-релизов и других общедоступных документов клиник, качественный опрос представителей более 100 клиник, количественный опрос представителей 100% (более 350) профильных клиник, отделений, а также хирургов, «пациентские» опросы медицинских учреждений, материалы аналитического центра Vademecum [6].

Способы верификации данных:

- опрос административного персонала клиник, а также сотрудников, сопровождающих вмешательства: анестезиологов, ординаторов;
- детализированные интервью с opinion-лидерами рынка, а также компаниями — поставщиками расходных материалов для клиник (имплантатов, нитей).

Результаты исследования

Популярность пластической хирургии растет за границами нашей страны и в их пределах, что позволяет выделить ряд не только количественных, но и качественных тенденций развития рассматриваемой отрасли.

Первое место занимает ринопластика. На долю операций по коррекции носа приходится 23,6% информационных запросов, что подтверждают ведущие хирурги Леонид Павлюченко и Сергей Левин в интервью журналу «Forbes» [7].

Второе место (20,2%) следует отдать липосакции. Проблема лишнего веса существует у большого количества людей по всему миру. Среди причин такой неутешительной статистики называют плохую экологию, сидячий образ жизни и любовь к фастфуду.

Хотят увеличить свою грудь 11,7% российских женщин. В официальном рейтинге США данная операция стоит на первом месте.

Следующей по популярности является пластика век — блефаропластика. Ее выбрали 9% людей, отдающих предпочтение хирургическим методам коррекции своей внешности. Большинство запросов было зарегистрировано на территории Дальнего Востока.

Замыкает пятерку самых востребованных операций отопластика: примерно 6,9% россиян недовольны формой своих ушей и не хотят с этим мириться.

Объем отечественного рынка эстетической хирургии, согласно обзору Vademecum, составил в 2017 г. 12,3 млрд руб. Средний рост сегмента отечественного рынка медицинских услуг в год составляет около 12%. Россия давно входит в топ-15 стран мира по количеству профильных хирургических вмешательств. А российские хирурги и врачи переориенти-

Таблица 1

Динамика пластических операций в мире, России и объемы рынка пластической хирургии в России за 2013—2016 гг. [8]

Показатель	2013 г.	2014 г.	2015 г.	2016 г.	2017 г.
Динамика востребованности услуг пластической хирургии в мире, тыс. ед.	11 599	9645	9641	10 417	11 305
Динамика востребованности услуг пластической хирургии в России, тыс. ед.	119	148	157	154	158
Объем российского рынка пластической хирургии, млрд руб.	10,9	11,0	11,6	12,1	12,3

ругуются на быстрые операции: блефаропластику, удаление комков Биша, липофиллинг, маммопластику и др., которые не требуют длительного периода пребывания в стационаре и глубокой анестезии. Наблюдается массовое увлечение косметологическими инъекциями (филлеры, инъекции ботокса, биоревитализация) среди женщин и мужчин.

В 2018 г. маммопластика вышла на первое место, в 2016 г. увеличили грудь 26,2 тыс. россиянок (по официальной статистике РФ), в 2017 г. — уже 28 тыс. Ринопластика занимает в южных регионах России первое место. Хейлопластика губ также входит в топ востребованных пластических операций. Далее по списку следуют чек-лифтинги лица и круговые подтяжки, липосакции, удаление ребер для моделирования талии (табл. 1) [7—9].

Статистика пластических операций, проведенных в возрасте 18—26 лет, показывает увеличение их числа в 2013—2019 гг. Это происходило не по причине, где показания очевидны: аварии, травмы и т. д., а просто потому, что что-то не очень нравится.

За 2013—2017 гг. этот сегмент отечественного рынка медицинских услуг вырос на 33%, до 158 тыс. операций в год, поместив Россию в топ-15 стран мира по количеству профильных хирургических вмешательств. Отрасль, преодолевшая внешние и внутренние кризисы, вошла в зону стабильности и продемонстрировала способность поддерживать тренды глобальной эстетической индустрии.

Российские хирурги переориентируются на быстрые операции, не требующие глубокой анестезии и длительного пребывания в стационаре (блефаропластика или липофиллинг) и все заметнее увлекаются косметологическими инъекциями.

Международное общество эстетической пластической хирургии (ISAPS) опубликовало результаты традиционного исследования мирового рынка пластики за 2016 г., но если ориентироваться на открытые показатели предыдущего года, то Россия уверенно держится на 11-й строчке в рейтинге лидеров по количеству проведенных вмешательств, приближаясь к Франции (259 тыс. операций в 2016 г.), Испании (226 тыс.) и Японии (209 тыс.) (табл. 2).

Если ориентироваться на замер ISAPS, позиции России в глобальном эстетическом рейтинге окажутся еще выше: страна попадает на третье место, уступая только США и Бразилии, в которых за указанный период было выполнено 1,5 и 1,4 млн вмеша-

тельств соответственно. С таким показателем Россия оставляет далеко позади, например, Мексику (488 тыс. операций в 2016 г.), с 2013 г. стабильно занимавшую третье место в рейтинге ISAPS. По исследованиям аналитического центра Vademecum, итоговый показатель составил в 154 тыс. операций [6, 8, 9].

Эта оценка была получена при опросе 130 пластических хирургов, определенных выборкой, всегда формируемой случайным образом, и верификации этих данных с главными внештатными специалистами, практикующими в разных регионах страны, а также производителями и дистрибьюторами применяемых в сегменте изделий и расходных материалов, в первую очередь имплантатов для увеличения груди. Поставщики ведут собственный учет продаваемых имплантатов и на основе этих данных ежегодно дают оценку рынка маммопластики, что позволяет использовать их сведения для проверки и коррекции результатов национального опроса врачей.

В 2017 г. клиницисты и поставщики тематической продукции дали практически идентичные оценки рынка медицинских услуг по увеличению груди — около 29,5 тыс. вмешательств. Если сравнивать динамику основных отраслевых показателей у нас и за рубежом, то по темпам роста в 2013—2017 гг. Россия в эстетике опережает и мировой рынок в целом, и большинство стран первой десятки.

По данным ISAPS, число пластических операций в мире за 4 года снизилось на 10%. В Бразилии, Германии и Колумбии объем вмешательств упал на 3; 2 и 1% соответственно. Американский рынок прибавил только 2%. Наиболее значительную позитивную динамику в 78% показала Италия.

Помимо ISAPS, на бурный рост итальянской эстетической индустрии указывают и локальные издания и исследования других организаций. Например, в отчете американского «International Business Publications «Italy. Investments and business guide» [10] пластическая хирургия названа одним из самых перспективных национальных рынков с ежегодным приростом минимум в 10%. Авторы исследования связывают устойчивость тенденции с тем, что в Италии производится широкий ассортимент эстетической продукции, в том числе имплантаты для увели-

Таблица 2

Основные показатели динамики пластической хирургии в мире, тыс. ед.

Страна	2013 г.	2014 г.	2015 г.	2016 г.	Динамика за 5 лет
США	1452	1483	1414	1480	2
Бразилия	1492	1343	1224	1450	-3
Мексика	486	381	462	488	0
Германия	343	287	308	336	-2
Италия	183	—	139	325	78
Колумбия	292	252	315	288	-1%
Испания	213	—	—	226	6
Венесуэла	232	—	—	154	-33
Россия	119	148	157	154	29
Аргентина	121	—	—	102	-16

Примечание. По материалам аналитического центра Vademecum.

Здоровье и общество

чения груди, филлеры и другие продукты для косметологических инъекций.

Если говорить об ударной пятилетке в России, то наиболее убедительный, по оценкам Vademecum, рост (на 24%) рынок продемонстрировал в 2014 г., что естественным образом сказалось на динамических показателях всего анализируемого периода. Тогда по всей стране начали действовать новые клиники, которые предлагали услуги, пользующиеся популярностью у потребителей, в первую очередь операции по увеличению груди: количество таких вмешательств за год выросло почти на 50% (до 28 тыс.).

В тот же период возник спрос на липофилинг, востребованность таких процедур к 2014 г. по отношению к предыдущему году выросла почти втрое. Мировой рынок в том же году обрушился на 17% и продолжил падение, правда, уже на уровне 0,4%. А Россия снова показала пусть скромный, но рост — 6%.

Испуганные колебаниями валютных курсов пациенты неожиданно начали рассматривать пластические операции как выгодное вложение. В результате, несмотря на кризис, спрос на эстетику сохранился. Кроме того, в Россию, где пластические операции из-за девальвации рубля резко подешевели, хлынул поток медицинских туристов.

Отсроченное влияние кризиса проявилось в России только в 2016 г., когда впервые за несколько лет рынок пластической хирургии «просел» на 2%. Запоздалый кризисный шторм накрыл и Британские острова: по данным WAAPS, количество операций и других радикальных антивозрастных процедур в стране в 2016 г. сократилось на 40% после рекордно высоких показателей 2015 г. (ISAPS статистику по британскому рынку пластической хирургии не предоставляет). В WAAPS связывают обрушение рынка эстетических услуг с реакцией потребителей на широкий спектр социально-экономических факторов, усугубленных выходом Великобритании из ЕС.

В России в 2017 г. эстетическая отрасль окончательно стабилизировалась, показав рост 3% в натуральном и 2% — в денежном выражении. Большинство опрошенных Vademecum пластических хирургов свидетельствовали, что количество проведенных ими за этот период вмешательств не упало. Пластический хирург из Москвы В. Корчак зафиксировал рост операционной активности примерно на уровне 5% [4]. Поставщики имплантатов для увеличения груди также отметили, что продажи по итогам 2017 г. не снизились, а в отдельных случаях выросли примерно на те же 5%. «Численность аудитории уже не увеличивается, борьба между хирургами и, соответственно, поставщиками расходных материалов из года в год идет примерно за один и тот же пациентопоток», — говорит директор по продажам компании — дистрибьютора имплантатов.

Опережая по темпам роста мировую отрасль пластической хирургии, Россия четко следует за международными тенденциями, обозначившимися внутри отдельных типов операций. В 2017 г. среди выполненных в России вмешательств лидировала блефа-

ропластика (35 тыс. операций). Эта услуга уже второй год подряд выходит на первое место по популярности, опережая процедуру увеличения груди. Это связано с невысокой стоимостью коррекции век (в регионах — 50—70 тыс. руб.), в то время как цена маммопластики, включая стоимость имплантатов, как правило, не опускается ниже 150 тыс. руб. [2].

Кроме того, на доступность блефаропластики влияет возможность выполнения операции под местной анестезией. Но и операции по увеличению груди пользуются стабильным спросом: их количество упало на 7% только в 2015 г. В последние годы стал модным липофилинг — не требующая обширного хирургического вмешательства методика коррекции и увеличения молочных желез собственным жиром. Ежегодный рост числа таких процедур в России превышает 10%, в 2017 г., например, было выполнено около 5 тыс. операций этого типа. Блефаропластика и увеличение груди лидировали и в мировой пластической хирургии: в 2016 г., по данным ISAPS, количество этих операций составило 1,3 млн и 1,4 млн соответственно.

Правда, если в России за последние 5 лет дуэт лидеров демонстрировал убедительный рост (94 и 52% соответственно), то в глобальной индустрии те же популярные вмешательства продемонстрировали падение на 2 и 18% [3, 11].

Детальные данные о процедурах липофилинга в отчете ISAPS, отсутствуют, что не позволяет провести сверку мировых трендов с российскими. Общее снижение темпов роста мирового рынка пластической хирургии эксперты ISAPS в последние годы объясняют постепенной сменой предпочтений пациентов, все чаще отказывающихся от операций в пользу малотравматичных инъекционных процедур с использованием ботулотоксинов, филлеров, биоревитализантов [12—15]. Хирурги, в свою очередь, следуют за потребительскими настроениями, начиная все активнее осваивать инъекции.

По оценкам ISAPS, общий объем косметологических процедур, проводимых хирургами, приближается к 12 млн в год, этот показатель оставался относительно стабильным в период 2013—2016 гг. Особенно ощутимым перенос акцента на инъекции стал для сегмента подтяжек лица: количество таких операций ежегодно падает и в мире (в 2013—2016 гг. на 26%), и в России (в 2013—2017 гг. на 23%) [10, 11].

Российские пластические хирурги начинают обращаться к инъекционным процедурам, эксперты заметили это несколько лет назад, но посчитать реальный объем косметологических услуг, оказываемых хирургами, мы решили только в этом году [12—15]. Результаты показали, что доля инъекционных процедур в общем объеме проводимых пластическими хирургами вмешательств пока не очень высока: в 2017 г. — около 110 тыс. косметологических инъекций, 33% из них пришлось на ботулотоксины. Пока этот показатель не превышает 1% всех косметологических инъекционных процедур, совершаемых в России, и 1% общего числа таких манипуляций, проводимых хирургами во всем мире. Смежную, прак-

тически родственную область малоинвазивных вмешательств хирурги осваивают крайне осторожно. Сразу несколько опрошенных врачей, попросив об анонимности, ответили на вопрос о применении ими инъекций примерно одной и той же фразой: «Использую очень редко, только если просят хорошо знакомые пациенты, — это все-таки не мой профиль» [4].

Однако поставщики косметологической продукции не оставляют попыток привлечь хирургическую аудиторию и рассчитывают здесь на рост продаж. Безусловно, они рассматривают пластических хирургов как потенциальных клиентов. Если хирурги с опытом работы 15—20 лет, имеющие большую клиентскую базу, в основном концентрируются на операциях, то молодые специалисты все больше обращают внимание на инъекции, понимая, что не все пациенты готовы к наркозу и хирургии, а к инъекциям готовы почти все.

Региональный фактор влияет и на популярность операций. Если в Москве увеличение груди делают чаще, чем блефаропластику, то чем дальше от столицы, тем большим спросом пользуется коррекция век. В городах-миллионниках, за исключением Санкт-Петербурга, самой популярной процедурой по итогам 2014 г. стала именно блефаропластика — 20% от общего количества эстетических хирургических вмешательств, в небольших городах — 19,5% от общего количества процедур. Наиболее востребована коррекция век в азиатской части РФ, особенно в Якутии, Южно-Сахалинске и Владивостоке.

Популярность подобных манипуляций также связана с упомянутым ценовым фактором. Блефаропластика как способ омоложения существенно дешевле эндоскопических и круговых подтяжек лица: в мегаполисах стоимость коррекции век составляет минимум 28 тыс. руб., а подтяжки лица — минимум 60 тыс., в не столь больших городах средняя цена на коррекцию век составляет 20 тыс., на коррекцию всего лица — 50 тыс. руб.

Рынок маммопластики с эндопротезами в 2019 г. вырос на 8% по сравнению с 2018 г. Всего сделано около 20 тыс. таких операций. Лидерами являются Москва и Санкт-Петербург. Екатеринбург также выходит вперед, преимущественно благодаря серьезным оборотам Центра косметологии и пластической хирургии.

А вот подтяжки лица, находящиеся на третьем месте в общероссийском топе, заняли такую позицию исключительно за счет регионов. На третье место этот тип операций вышел в Санкт-Петербурге и других крупных городах, а также в небольших городах с населением менее 1 млн человек.

В прошлом году продолжалось сокращение количества липосакций. По сравнению с 2018 г. их доля к концу 2019 г. уменьшилась на 1,1%. По мнению экспертов и участников рынка, в течение последнего года к специалистам эстетической медицины не обращались пациенты, желающие устранить последствия неудачной липосакции. Велика доля (до 30%) повторных операций в ринопластике. В семи случаях

из десяти подобных первичная коррекция носа не решает проблем с дыханием, в остальных трех пациенты недовольны получившейся формой.

Еще одним распространенным повторным вмешательством является замена или удаление эндопротезов. Специалисты 80 клиник, с которыми удалось пообщаться корреспондентам Plastinform.ru [2, 5, 8, 11], в 2019 г. осуществили около 670 таких манипуляций. Полностью довольны увеличением груди около 40% пациенток, примерно 20% женщин не вполне довольны, однако к активным исправлениям не стремятся. Еще 40% категорически недовольны результатом, поэтому постоянно обращаются к врачам с просьбой что-то исправить.

Заключение

Рынок пластической хирургии, достигший, несмотря на неблагоприятные процессы в глобальной и национальной экономике, рекордных за последние 5 лет показателей, в ближайшее время может продемонстрировать столь же значительное падение, но уже в результате внутриотраслевого кризиса.

Опережая по темпам роста мировую эстетическую индустрию, Россия четко следует за международными тенденциями, обозначившимися внутри отдельных типов операций. За 2013—2017 гг. этот сегмент отечественного рынка медицинских услуг вырос на 33%, поместив Россию в топ-15 стран мира по количеству профильных хирургических вмешательств. Отрасль, преодолевшая внешние и внутренние кризисы, вошла в зону стабильности и проявила способность поддерживать тренды глобальной эстетической индустрии.

Российские хирурги переориентируются на быстрые операции, не требующие глубокой анестезии и длительного пребывания в стационаре: блефаропластику, липофилинг, косметологические инъекции.

В текущем году отечественный рынок пластической хирургии подвержен воздействию ряда факторов. Повышение цен на имплантаты и расходные материалы, спровоцированное резким скачком курсов валют, а также медицинская инфляция, достигшая 20%, сказываются на конечной стоимости операций. Так, блефаропластика в одной из московских клиник по сравнению с 2018 г. подорожала на 29 тыс. руб., а липосакция одной зоны, за которую раньше приходилось платить 15 тыс. руб., теперь стоит 29 тыс. руб.

Это может отразиться на количестве пациентов и операций. Однако поставщики имплантатов утверждают, что резкого падения продаж продукции не наблюдается.

Региональный фактор также влияет на популярность операций. Если в Москве увеличение груди делают чаще, чем блефаропластику, в отдаленных регионах большим спросом пользуется коррекция век. В городах-миллионниках, за исключением Санкт-Петербурга, самой популярной процедурой по итогам 2014 г. стала именно блефаропластика (20% общего количества эстетических хирургических вме-

Здоровье и общество

шательств), в небольших городах она составила 19,5% общего количества процедур.

Популярность подобных манипуляций также связана с упомянутым ценовым фактором. Блефаропластика как способ омоложения существенно дешевле эндоскопических и круговых подтяжек лица: в мегаполисах стоимость коррекции век составляет минимум 28 тыс. руб., а подтяжки лица — минимум 60 тыс. руб., в менее крупных городах средняя цена на коррекцию век — 20 тыс. руб., а на коррекцию всего лица — 50 тыс. руб.

Коррекция век пользуется особой популярностью в азиатской части РФ. Ожидается перераспределение долей рынка среди производителей. Если в 2018 г. хирурги еще использовали французские протезы Sereform, реализация которых прекратилась весной 2015 г., то теперь их не будет. Напротив, наращивать обороты планирует немецкая компания — производитель имплантов Polytech, сменившая дистрибьютора.

Меняется и структура рынка. В конце 2018 г. — начале 2019 г. отрасль пополнилась несколькими игроками. «Одна из мер, которая способна усилить контроль за действиями пластических хирургов, — включить эстетические операции в программу обязательного медицинского страхования», — считает главный внештатный пластический хирург Минздрава, д-р мед. наук Н. Мантурова.

Пластическая хирургия — сложный раздел медицины, требующий от врача обширных знаний в смежных областях. Любая операция может привести к очень серьезным последствиям, осложнениям, поэтому одной из важных мер развития отрасли является включение эстетических операций в программу обязательного медицинского страхования.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Бекишева Е. В., Бунина А. Г. История и современное состояние терминологии пластической хирургии. *Известия Самарского научного центра Российской Академии наук*. 2015;17(5):976—9.
2. Кизиллов Д. А. Обзор рынка эстетической медицины в России. *Теория и практика сервиса*. 2016;28(2):50—3.
3. Пластическая хирургия сегодня. Доступно по ссылке: Medcentre.com (дата обращения 12.11.2019).
4. Маркетинговые исследования в медицине. Доступно по ссылке: Marketing.rbk.ru (дата обращения 18.11.2019).
5. Паперная И. Не грудью единой: Как переживает кризис рынок пластической хирургии. Доступно по ссылке: https://lenta.ru/articles/2016/05/17/plastic_surgery/
6. Пластическая медицина РФ в цифрах. Доступно по ссылке: https://vademec.ru/article/rossiya_voshla_v_top15_stran_po_kolichestvu_plasticheskikh_operatsiy/ (дата обращения 08.11.2019).
7. Эстетическая хирургия в мире. Доступно по ссылке: plastinform.ru/web/rating/ (дата обращения 10.11.2019).
8. Рынок эстетической медицины в России развивается активнее многих стран Евросоюза. Доступно по ссылке: <http://www.kellyscipub.com/?product=global-cosmetic-surgery-product-service-market>
9. Пластическая хирургия: факты и цифры. Доступно по ссылке: subbotin.digital-business-v-plasticheskoy-hirurgii/ (дата обращения 22.11.2019).
10. Annual report 2017. International Business Publications. Italy. Investments and business guide.
11. Пластическая хирургия. Перспективы и цифры. Доступно по ссылке: b-clinica.ru (дата обращения 10.11.2019).
12. Pitz-Taylor V. *Surgery Junkies: Wellness and Pathology in Cosmetic Culture*. New York; 2016.
13. Papel I. D., Frodel J. L., Holt G. R. *Plastic and reconstructive surgery of the face*. New York; 2018.
14. Adalian R. P. *Historical Dictionary of Armenia*. Scarecrow Press; 2010.
15. Olesen R. M., Olesen M. B. V. *Cosmetic Surgery For Dummies*. Wiley; 2007.
16. Пластическая хирургия и эстетическая медицина. Доступно по ссылке: https://elibrary.ru/title_about.asp?id=71029
17. Миралиев С. Р. Оценка финансового бремени населения при получении медицинских услуг в рамках пакета государственных гарантий в Республике Таджикистан. *Вестник Авиценны*. 2014;3(60):102—7.
18. Абубакиров А. С., Ананченкова П. И., Амонова Д. С., Зудин А. Б., Снегирева Ю. Ю. Медицинская помощь в системе обязательного медицинского страхования. Москва—Берлин: Директ-Медиа; 2019.

Поступила 12.11.2019
Принята в печать 23.01.2020

REFERENCE

1. Bekisheva E. V., Bunina A. G. History and current state of the terminology of plastic surgery. *Izvestiya samarskogo nauchnogo centra Rossijskoj Akademii nauk*. 2015;17(5):976—9 (in Russian).
2. Kizilov D. A. Overview of the market of aesthetic medicine in Russia. *Teoriya i praktika servisa*. 2016;28(2):50—3 (in Russian).
3. Plastic surgery today [*Plasticheskaya hirurgiya segodnya*]. Available at: Medcentre.com (accessed 12.11.2019) (in Russian).
4. Marketing research in medicine [*Marketingovye issledovaniya v medicine*]. Available at: Marketing.rbk.ru (accessed 18.11.2019) (in Russian).
5. Papernaya I. Not a single breast: How the plastic surgery market is going through a crisis [*Ne grud'yu edinoi: Kak perezhivaet krizis rynok plasticheskoy hirurgii*]. Available at: https://lenta.ru/articles/2016/05/17/plastic_surgery/ (in Russian).
6. Plastic medicine of the Russian Federation in numbers [*Plasticheskaya medicina RF v cifrah*]. Available at: https://vademec.ru/article/rossiya_voshla_v_top15_stran_po_kolichestvu_plasticheskikh_operatsiy/ (accessed 11.08.2019) (in Russian).
7. Aesthetic surgery in the world [*Esteticheskaya hirurgiya v mire*]. Available at: plastinform.ru/web/rating/ (accessed 10.11.2019) (in Russian).
8. The market of aesthetic medicine in Russia is developing more actively than many countries of the European Union [*Rynok esteticheskoy mediciny v Rossii razvivaetsya aktivnee mnogih stran Evrosoyuzza*]. Available at: <http://www.kellyscipub.com/?product=global-cosmetic-surgery-product-service-market> (in Russian).
9. Plastic surgery: facts and figures [*Plastichkaya hirurgiya: fakty i cifry*]. Available at: subbotin.digital-business-v-plasticheskoy-hirurgii/ (accessed 22.11.2019) (in Russian).
10. Annual report 2017. International Business Publications. Italy. Investments and business guide.
11. Plastic surgery. Prospects and figures [*Plasticheskaya hirurgiya. Perspektivy i cifry*]. Available at: b-clinica.ru (accessed 10.11.2019) (in Russian).
12. Pitz-Taylor V. *Surgery Junkies: Wellness and Pathology in Cosmetic Culture*. New York; 2016.
13. Papel I. D., Frodel J. L., Holt G. R. *Plastic and reconstructive surgery of the face*. New York; 2018.
14. Adalian R. P. *Historical Dictionary of Armenia*. Scarecrow Press; 2010.
15. Olesen R. M., Olesen M. B. V. *Cosmetic Surgery For Dummies*. Wiley; 2007.
16. Plastic Surgery and Aesthetic Medicine [*Plasticheskaya khirurgiya i esteticheskaya meditsina*]. Available at: https://elibrary.ru/title_about.asp?id=71029 (in Russian).
17. Miraliev S. R. Assessment of the financial burden of the population when receiving medical services as a part of a package of state guarantees in the Republic of Tajikistan. *Vestnik Avitsenny-Avicenna Bulletin*. 2014;3(60):102—7.
18. Abubakirov A. S., Ananchenkova P. I., Amonova D. S., Zudin A. B., Snegireva Yu. Yu. Medical assistance in the system of compulsory health insurance [*Medicinskaya pomoshch' v sisteme obyazatel'nogo medicinskogo strahovaniya*]. Moscow—Berlin: Direkt-Media; 2019.

© Петров В. С., 2020
УДК 614.2

Петров В. С.

АССОЦИАЦИИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЭХОКАРДИОГРАФИИ С ПОЛИМОРФИЗМОМ ГЕНОВ АНГИОТЕНЗИНОГЕНА И АНГИОТЕНЗИНОВОГО РЕЦЕПТОРА 1-ГО ТИПА У ИССЛЕДУЕМЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет имени академика И. П. Павлова» Минздрава России, 390026, г. Рязань

Целью работы была оценка ассоциации полиморфизма генов, кодирующих компоненты ренин-ангиотензиновой системы, и показателей эхокардиографии у исследуемых с хронической ревматической болезнью сердца. Включено 128 исследуемых, средний возраст составил $58,96 \pm 0,34$ года. Генотипирование проводилось по полиморфным маркерам Thr174Met, Met235Thr, A1166C методом полимеразной цепной реакции с электрофоретической схемой детекции результата «SNP-ЭКСПРЕСС». Гетерозиготность Thr174Met приводит к большей дилатации левых отделов сердца. Гомозиготные по Thr174Thr исследуемые имели большие линейные размеры правых отделов сердца. Для гомозигот Thr235Thr были характерны минимальные показатели, отражающие гипертрофию левого желудочка. У исследуемых с полиморфизмом A1166A значимой разницы по показателям эхокардиографии не было. На дистанцию теста 6-минутной ходьбы мутации в кодоне 235 и 174 не влияли. Статистически значимая разница в дистанции теста 6-минутной ходьбы получена для полиморфизма гена A1166C: минимальная дистанция в группе гетерозигот A1166C — 291,46 (273,83—309,09) м, максимальная у гомозигот C1166C — 357,20 (309,21—405,19) м. Таким образом, гетерозиготность по Thr174Met у исследуемых может приводить к дилатации левых камер сердца, а гомозиготность по Thr174Thr — к дилатации правых отделов и гипертрофии левого желудочка. Для гетерозигот Met235Thr характерны минимальные размеры левого предсердия и правого желудочка. Полиморфизм гена A1166C, кодирующего рецептора ангиотензина 1-го типа, не влияет на показатели эхокардиографии.

К л ю ч е в ы е с л о в а : ревматическая болезнь сердца; полиморфизм генов; ренин-ангиотензиновая система; эхокардиография.

Для цитирования: Петров В. С. Ассоциации показателей эхокардиографии с полиморфизмом генов ангиотензиногена и ангиотензинового рецептора 1-го типа у исследуемых с хронической ревматической болезнью сердца. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2020;28(2):234—238. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2020-28-2-234-238>

Для корреспонденции: Петров Вадим Сергеевич, доцент кафедры госпитальной терапии Рязанского государственного медицинского университета им. И. П. Павлова, e-mail: dr.vspetrov@gmail.com

Petrov V. S.

THE ASSOCIATIONS OF INDICES OF ECHOCARDIOGRAPHY WITH POLYMORPHISM OF GENES OF ANGIOTENSINOGEN AND ANGIOTENSIN RECEPTOR TYPE I IN EXAMINED PATIENTS WITH CHRONIC RHEUMATIC HEART DISEASE

The Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The academician I. P. Pavlov Ryazan State Medical University” of Minzdrav of Russia, 390026, Ryazan, Russia

The purpose of study is to evaluate associations of polymorphism of genes encoding components of renin-angiotensin system and indices of echocardiography in examined patients with rheumatic heart disease (RHD). The sampling consisted of 128 patients with RHD and average age $58,96 \pm 0,34$ years. The echocardiography was implemented using Philips Affinity 50 machine. The genetic typing was carried out according polymorphic markers Thr174Met, Met235Thr and A1166C by polymerase chain reaction in real-time with electrophoretic scheme of detecting the result of “SNP-EXPRESS”. The heterozygosity of Thr174Met results in larger dilatation of left sections of heart. The Thr174Thr homozygotes characterized by large linear dimensions of right heart. The Thr235Thr homozygotes characterized by minimal parameters reflecting hypertrophy of left ventricle of heart. There was no significant difference in echocardiography indices in patients with A1166A polymorphism. The mutations in codon 235 and 174 did not affect distance of 6-minute walk test. The statistically significant difference in the distance of 6-minute walk test was obtained only for A1166C: the minimum distance indicators is in the group of A1166C heterozygotes — 291,46 (273,83—309,09) meters and the maximum distance in C1166C homozygotes — 357,20 (309,21—405,19) meters. In patients with RHD, Thr174Met heterozygosity can lead to dilatation of left heart camera, while homozygosity for Thr174Mr leads to dilatation of right heart camera and left ventricular hypertrophy. The Met235Thr heterozygosity, on the contrary, are characterized by minimal sizes of left atrium and right ventricle. Polymorphism of the A1166C gene encoding angiotensin type I receptor had practically no effect on echocardiography indices in patients with RHD.

К e y w o r d s : rheumatic heart disease; gene polymorphism; renin-angiotensin system; echocardiography.

For citation: Petrov V. S. The associations of indices of echocardiography with polymorphism of genes of angiotensinogen and angiotensin receptor type I in examined patients with chronic rheumatic heart disease. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2020;28(2):234—238 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2020-28-2-234-238>

For correspondence: Petrov V. S. the associate professor of the Chair of Hospital Therapy of the Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The academician I. P. Pavlov Ryazan State Medical University”. e-mail: dr.vspetrov@gmail.com

Conflict of interests. The author declares absence of conflict of interests.

Acknowledgment. The study had no sponsor support

Received 01.11.2019

Accepted 23.01.2020

Здоровье и общество

В последние годы в литературе все чаще обращают внимание на генетическую предрасположенность к хронической сердечной недостаточности (ХСН) и проводят выявление единичных нуклеотидных замен генов. Особое внимание уделяется полиморфизму генов, связанных с работой ренин-ангиотензиновой и симпатoadреналовой систем, как основных в течении и прогрессировании ХСН.

Так по ренин-ангиотензиновой системе обсуждается ген, кодирующий ангиотензиноген, который находится на коротком плече 1-й хромосомы в локусе 1q42. Он кодирует аминокислотную последовательность белковой молекулы ангиотензиногена [1]. Значимой считается мутация в кодоне 235, приводящая к замене метионина в 235-м положении на треонин, что приводит к повышению уровня ангиотензина II. Отмечается связь полиморфизма *M235T* как с артериальной гипертензией [2], так и с развитием ишемической болезни сердца (ИБС) [3, 4]. В кодоне 174 возможна замена треонина на метионин, и в литературе отмечается связь полиморфизма *Thr174Met* с ИБС [5]. В отношении гена, кодирующего ангиотензиновые рецепторы 1-го типа, проводят оценку полиморфизма *A1166C*, обуславливающего замену аденина на цитозин в 1166-м положении [6]. Наличие С-аллеля в этом случае обуславливает более высокую активность ангиотензиногена II и связь с артериальной гипертензией [7]. Данные о влиянии единичных нуклеотидных замен в *Met235Thr* гена ангиотензиногена и *A1166C* гена, кодирующего ангиотензиновые рецепторы 1-го типа, на ХСН немногочисленны и неоднозначны. В ряде работ указывается на повышение риска ХСН у больных с ИБС [8], а в других зависимости между полиморфизмом вышеуказанных генов и прогрессированием ХСН не установлено [9, 10].

Однако основные работы по полиморфизму посвящены ХСН, обусловленной артериальной гипертензией, коронарной болезнью сердца или фибрилляцией предсердий [11]. Исследований по хронической ревматической болезни сердца (ХРБС) [12], в том числе показывающих влияние полиморфизма генов при приобретенных пороках сердца, немного [13].

Целью исследования была оценка ассоциации полиморфизма генов, кодирующих компоненты ренин-ангиотензиновой системы, и показателей эхокардиографии у пациентов с ХРБС.

Материалы и методы

Было исследовано 128 пациентов с ХРБС (женщин 84,37%, мужчин 15,63%), подписавших информированное согласие. Исследуемые проходили стационарное лечение в кардиологических отделениях областного кардиологического диспансера. Критерием включения в исследование являлось наличие митрального стеноза как проявления ревматического порока сердца. По поводу ХСН все исследуемые принимали β -блокаторы [бисопролол — 57 (44,5%), метопролол — 58 (45,3%), карведилол — 13 (10,2%) пациентов] и ингибиторы АПФ [периндо-

прил — 56 (43,8%), лизиноприл — 36 (28,1%), фозиноприл — 28 (21,9%), рамиприл — 8 (6,2%) пациентов]. Критериями исключения были: отсутствие митрального стеноза на эхокардиографии, оперативное вмешательство на клапанах или имплантация кардиостимулятора, сахарный диабет, бронхиальная астма, хроническая обструктивная болезнь легких.

Эхокардиография выполнялась на аппарате Philips Affinity 50 с оценкой линейных размеров сердца и градиентов давления на клапанах: конечный диастолический размер (КДР) и конечный систолический размер (КСР) левого желудочка (ЛЖ), левое предсердие (ЛП), правое предсердие (ПП), правый желудочек (ПЖ), толщина межжелудочковой перегородки (ТМЖП), толщина задней стенки ЛЖ (ТЗСЛЖ), площадь митрального отверстия (SMo), фракция выброса (ФВ).

Для объективизации оценки функционального класса (ФК) ХСН использовался тест 6-минутной ходьбы.

Генотипирование по полиморфным маркерам *Thr174Met*, *Met235Thr*, *A1166C* выполнено методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) с электрофоретической схемой детекции результата SNP-ЭКСПРЕСС (НПФ «Литех», Россия) после выделения ДНК из лейкоцитов венозной крови. Исследование проводилось на базе Центральной научно-исследовательской лаборатории (ЦНИЛ) ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет» Минздрава России. Частота полиморфизма и соответствие частот генотипов равновесию Харди—Вайнберга (с использованием χ^2) были следующими: *Thr174Thr* — 78,13%, *Thr174Met* — 14,06%, *Met174Met* — 7,81% ($\chi^2=29,84$; $p=0,001$), *Met235Met* — 26,56%, *Met235Thr* — 53,13%, *Thr235Thr* — 20,31% ($\chi^2=0,57$; $p=0,451$), *A1166A* — 53,91%, *A1166C* — 35,94%, *C1166C* — 10,15% ($\chi^2=5,02$; $p=0,025$). Исследуемые были сопоставимы (табл. 1) по полу, росту, массе тела и возрасту, только в группе *Met235Thr* по возрасту различия были значимы. По частоте сопутствующих заболеваний, которые могли влиять на результаты эхокардиографии, группы также были сопоставимы:

артериальная гипертензия (*Thr174Met* — $\chi^2=4,00$; $p=0,135$, *Met235Thr* — $\chi^2=2,30$; $p=0,316$, *A1166C* — $\chi^2=1,50$; $p=0,472$);

стенокардия напряжения (*Thr174Met* — $\chi^2=3,48$; $p=0,176$, *Met235Thr* — $\chi^2=0,248$; $p=0,883$, *A1166C* — $\chi^2=2,28$; $p=0,319$);

фибрилляция предсердий (*Thr174Met* — $\chi^2=2,38$; $p=0,305$, *Met235Thr* — $\chi^2=2,30$; $p=0,316$, *A1166C* — $\chi^2=4,46$; $p=0,107$).

Для статистической обработки данных использована программа IBM SPSS Statistics 23.0. Нормальность распределения количественных показателей определялась с помощью критерия Колмогорова—Смирнова. При нормальном распределении рассчитывались среднее (M), 95% доверительный интервал (ДИ) для среднего, достигнутый уровень значимости (p). Качественные показатели в группах сравнивались с использованием критерия χ^2 , для множествен-

Характеристика обследуемых групп пациентов

Генотип	Пол (ж/м), %	<i>p</i>	Возраст, годы, <i>M</i> (95% ДИ)	<i>p</i>	Рост, см, <i>M</i> (95% ДИ)	<i>p</i>	Масса тела, кг, <i>M</i> (95% ДИ)	<i>p</i>
<i>Thr174Thr</i>	88,2/11,8	0,15	59,19 (57,98—60,39)	0,49	162,4 (161,6—163,3)	0,26	77,5 (75,3—79,8)	0,06
<i>Thr174Met</i>	75,0/25,0		60,63 (54,3—65,8)		164,1 (162,1—166,2)		83,5 (79,0—88,0)	
<i>Met174Met</i>	100,0/0,0		61,0 (57,31—64,69)		158,5 (154,3—162,7)		82,8 (77,4—88,1)	
<i>Met235Met</i>	82,4/17,6	0,09	58,87 (56,24—61,49)	0,01	163,9 (162,5—165,2)	0,31	80,1 (76,5—83,6)	0,78
<i>Met235Thr</i>	85,3/14,7		58,25 (57,02—59,48)		161,9 (160,7—163,1)		78,4 (75,6—81,2)	
<i>Thr235Thr</i>	100,0/0,0		63,30 (61,43—65,18)		161,9 (160,6—163,3)		77,8 (73,7—81,9)	
<i>A1166A</i>	90,9/9,1	0,48	59,3 (58,0—60,6)	0,43	163,5 (162,4—164,5)	0,11	79,3 (76,2—82,4)	0,83
<i>A1166C</i>	84,0/16,0		60,3 (58,5—62,1)		160,8 (159,6—162,1)		78,6 (76,0—81,2)	
<i>C1166C</i>	83,3/16,7		56,3 (53,6—58,9)		164,0 (161,0—167,0)		74,5 (70,4—78,6)	

ных сравнений применялся ANOVA. Проводился множественный линейный регрессионный анализ с оценкой регрессионного коэффициента (*B*), коэффициента детерминации (R^2). Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования

Частота генотипов *Thr174Met* и *A1166C* у исследуемых с ХРБС отклонялась от равновесия Харди—Вайнберга, частота *Met235Thr* соответствовала популяционному равновесию. Для исследуемых гомозигот *Met174Met* с полиморфизмом ангиотензина I в гене *AGT* в положении 174 были характерны (табл. 2) значимо меньшие показатели как линейных размеров ЛЖ [КДР 4,51 (4,09—4,93) см, КСР 3,1 (2,92—3,29) см], так и значения гипертрофии ЛЖ [0,86 (0,80—0,93) см, ТЗСЛЖ 0,85 (0,80—0,89) см]. А вот для гетерозиготных исследуемых *Thr174Met* показатели гипертрофии ЛЖ были ниже [ТМЖП 1,0 (0,87—1,13) см, ТЗСЛЖ 0,98 (0,85—1,11) см], чем в группе *Thr174Thr*, зато были максимальными значения линейных размеров ЛЖ [КДР 5,80 (5,50—6,10) см, КСР 4,06 (3,70—4,42) см] и ЛП [5,03 (4,67—5,39) см], хотя для последних статистическая значимость не достигнута. С учетом частоты сердечных сокращений (ЧСС) и артериального давления (АД), которые могут влиять на дилатацию полостей сердца и гипертрофию, при регрессионном анализе по влиянию на КСР для группы *Thr174Met* получен $B=0,299$ ($p=0,019$; $R^2=0,193$); для группы *Thr174Thr* влияния не получено ($p=0,103$). Для КДР значимости *B* также не получено (*Thr174Met* $B=0,152$; $p=0,312$; *Thr174Thr* $B=-0,310$; $p=0,121$), как и для ТМЖП и ТЗСЛЖ. По результатам площади левого атриовентрикулярного отверстия (АВ) статистически значимой разницы не получено, хотя минимальные показатели площади

были в группе гомозигот *Thr174Thr* [1,63 (1,51—1,75) см²], а максимальная площадь — в группе гомозигот *Met174Met* [1,95 (1,69—2,21) см²]. При регрессионном анализе с учетом *SМо* для КДР $B=0,1460$ ($p=0,166$), а для КСР $B=0,070$ ($p=0,426$). Не получено разницы и по дистанции теста 6-минутной ходьбы в группах ($p=0,651$), хотя наименьшая дистанция была у гомозигот *Met174Met* — 308,42 (259,60—357,24) м, а наибольшая — в группе *Thr174Thr* 328,11 (314,59—341,11) м. Дистанция у гетерозигот *Thr174Met* составила 325,65 (294,49—356,81) м.

У гетерозигот *Met235Thr* (табл. 3) отмечались минимальные линейные размеры ЛП [3,34 (3,27—3,41) см] и ПЖ [2,53 (2,42—2,65) см] с наибольшими размерами ТЗСЛЖ [1,08 (1,00—1,16) см]. А у гомозигот *Thr235Thr* — минимальные показатели гипертрофии ЛЖ ТМЖП [0,86 (0,81—0,98) см], ТЗСЛЖ [0,86 (0,81—0,98) см]. По дилатации ЛП с учетом *SМо* возможное влияние получено для *Met235Thr* ($B=-0,549$, $p=0,001$), а по ПЖ — для *Thr235Thr* ($B=0,296$; $p=0,011$; $R^2=-0,208$), без достижения значимости для группы *Met235Thr* ($p=0,057$). По показателям гипертрофии, с учетом АД и ЧСС, влияния на ТМЖП не выявлено, для ТЗСЛЖ отмечалось влияние у исследуемых с *Met235Thr* ($B=0,095$; $p=0,037$; $R^2=-0,238$). Эти изменения были на фоне отсутствия значимой разницы в *SМо* ($p=0,958$) и дистанции теста 6-минутной ходьбы ($p=0,299$): *Met235Met* — 333,04 (315,58—350,51) м; *Met235Thr* — 333,04 (315,58—350,51) м. Минимальная дистанция отмечалась в группе гомозигот *Thr235Thr* — 304,81 (277,70—331,93) м.

В случае мутации рецептора 1-го типа ангиотензина II *A1166C* исследуемые, гетерозиготные по *A1166C*, проходили наименьшую дистанцию теста 6-минутной ходьбы ($p=0,001$) *A1166C* — 291,46 (273,83—309,09) м, максимальной дистанция была в

Таблица 2

Показатели эхокардиографии при полиморфизме *Thr174Met*

Показатель	<i>Thr174Thr</i> , <i>M</i> (95% ДИ)	<i>Thr174Met</i> , <i>M</i> (95% ДИ)	<i>Met174Met</i> , <i>M</i> (95% ДИ)	<i>p</i>
ЛП, см	4,93 (4,71—5,15)	5,03 (4,67—5,39)	4,51 (4,09—4,93)	0,182
КДР, см	5,79 (5,50—6,09)	5,80 (5,50—6,10)	4,90 (4,56—5,24)	0,004
КСР, см	3,83 (3,50—4,16)	4,06 (3,70—4,42)	3,10 (2,92—3,29)	0,002
ФВ, %	62,57 (61,68—63,45)	58,00 (55,44—60,56)	65,80 (64,69—66,91)	0,005
ТМЖП, см	1,02 (0,96—1,07)	1,0 (0,87—1,13)	0,86 (0,80—0,93)	0,025
ТЗСПЖ, см	1,01 (0,96—1,07)	0,98 (0,85—1,11)	0,85 (0,80—0,89)	0,006
ПЖ, см	3,11 (2,95—3,27)	2,73 (2,51—2,95)	2,46 (2,34—2,58)	0,343
ПП, см	4,88 (4,68—5,09)	4,43 (3,99—4,87)	3,93 (3,55—4,32)	0,063
<i>SМо</i> , см ²	1,63 (1,51—1,75)	1,71 (1,35—2,07)	1,95 (1,69—2,21)	0,203

Таблица 3

Показатели эхокардиографии при полиморфизме <i>Met235Thr</i>				
Показатель	<i>Met235Met</i> , М (95% ДИ)	<i>Met235Thr</i> , М (95% ДИ)	<i>Thr235Thr</i> , М (95% ДИ)	<i>p</i>
ЛП, см	4,93 (4,51—5,35)	4,84 (4,53—5,14)	5,01 (4,77—5,25)	0,015
КДР, см	5,30 (4,95—5,64)	5,60 (5,37—5,84)	5,68 (5,51—5,86)	0,113
КСР, см	3,50 (3,16—3,83)	3,76 (3,56—3,96)	3,70 (3,55—3,85)	0,211
ФВ, %	62,92 (61,03—64,82)	61,73 (60,61—62,85)	63,11 (62,02—64,20)	0,469
ТМЖП, см	1,13 (0,91—1,35)	1,11 (1,05—1,17)	0,88 (0,81—0,95)	0,008
ТЗСЛЖ, см	1,07 (0,93—1,22)	1,08 (1,00—1,16)	0,88 (0,81—0,95)	0,026
ПЖ, см	2,89 (2,77—3,01)	2,53 (2,42—2,65)	3,06 (2,90—3,22)	0,001
ПП, см	4,92 (4,44—5,40)	4,47 (4,13—4,81)	4,80 (4,50—5,09)	0,068
SMo, см ²	1,59 (1,44—1,73)	1,70 (1,54—1,85)	1,68 (1,40—1,96)	0,958

Таблица 4

Показатели эхокардиографии при полиморфизме <i>A1166C</i>				
Показатель	<i>A1166A</i> , М (95% ДИ)	<i>A1166C</i> , М (95% ДИ)	<i>C1166C</i> , М (95% ДИ)	<i>p</i>
ЛП, см	4,98 (4,69—5,27)	4,85 (4,60—5,09)	4,69 (4,28—5,1)	0,421
КДР, см	5,57 (5,37—5,76)	5,44 (5,22—5,67)	5,59 (4,95—6,23)	0,563
КСР, см	3,63 (3,48—3,78)	3,59 (3,37—3,82)	3,92 (3,31—4,53)	0,770
ФВ, %	59,60 (57,87—61,33)	58,00 (55,32—60,68)	53,50 (45,90—61,10)	0,022
ТМЖП, см	0,97 (0,91—1,02)	1,21 (1,01—1,42)	1,05 (1,00—1,10)	0,103
ТЗСЛЖ, см	0,96 (0,91—1,02)	1,14 (0,99—1,29)	1,04 (0,99—1,09)	0,011
ПЖ, см	2,84 (2,64—3,03)	2,85 (2,54—3,16)	2,85 (2,63—3,07)	0,009
ПП, см	4,65 (4,52—4,79)	4,15 (3,57—4,73)	4,45 (3,60—5,30)	0,115
SMo, см ²	1,73 (1,58—1,88)	1,58 (1,39—1,78)	1,63 (1,49—1,76)	0,488

группе *C1166C* — 357,20 (309,21—405,19) м, промежуточные показатели получены у исследуемых с *A1166A* — 343,50 (327,87—359,13) м. По эхокардиографическим показателям минимальные значения гипертрофии ЛЖ были в группе гомозигот *A1166A*: ТМЖП 0,97 (0,91—1,02) см, ТЗСЛЖ 0,96 (0,91—1,02) см, значимости для коэффициента регрессии не получено ($B=0,042$; $p=0,294$). У этих исследуемых также были максимальные SMo [1,73 (1,58—1,88) см²], но значения не были статистически значимыми (табл. 4). Не выявлено влияния SMo ($B=-0,079$; $p=0,359$), полиморфизма *A1166C* ($B=0,120$; $p=0,194$) и *C1166C* ($B=0,076$; $p=0,643$) на размеры ПЖ. По значениям левых отделов между группами пациентов различия не отмечено. Однако минимальные показатели ФВ были у пациентов группы *C1166C*.

Обсуждение

Гетерозиготность *Thr174Met* приводит к большей дилатации левых отделов сердца (ЛП, КДР, КСР). Промежуточные показатели размеров полостей получены в группе гомозигот *Thr174Thr*, и в этой же группе исследуемые имели статистически значимо большую толщину миокарда ЛЖ. Гомозиготные по *Thr174Thr* исследуемые также имели большие линейные размеры правых отделов сердца (ПП, ПЖ) и минимальную площадь SMo — 1,63 (1,51—1,75) см², хотя показатели SMo значимо не различались с другими группами. Вероятно, вышеперечисленные изменения происходили на фоне более высокой активности ангиотензина II в группе гетерозигот [5], хотя возможно влияние на результат этнической принадлежности исследуемых, поскольку от нее зависит уровень ангиотензиногена при полиморфизме *Thr174Met* [14].

Для гомозигот *Thr235Thr* были характерны минимальные показатели, отражающие гипертрофию ЛЖ (ТМЖП и ТЗСЛЖ), и максимальные ЛЖ (клинически незначимо) КДР и КСР. У гомозигот *Met235Met* отмечались большие линейные размеры ЛП и ПЖ. Возможно, получившиеся изменения с минимальной выраженностью гипертрофии и максимальной дилатацией полостей могут быть обусловлены действием на АТ2- и АТ4-рецепторы, которые угнетают рост кардиомиоцитов и снижают пролиферацию на фоне более высокого уровня ангиотензина II, в том числе характерного для гетерозигот по *M235T* [2]. Значимой разницы по SMo в этих группах не отмечено.

Значимой разницы по большинству показателей эхокардиографии у исследуемых с полиморфизмом *A1166A* не было. Хотя в группе *A1166C* и *C1166C* активность ангиотензиногена II должна быть наибольшей, как и активность рецепторов [6, 7]. Возможно, поэтому в группе гетерозигот были максимальные значения ТЗСЛЖ и ТМЖП, а у гомозигот *A1166A* выраженность гипертрофии была минимальной. Значимой разницы по SMo между группами не было, хотя минимальное значение было у гетерозигот *A1166C* — 1,58 (1,39—1,78) см².

Мутации в кодонах 235 и 174 не оказали влияния на дистанцию теста 6-минутной ходьбы. Статистически значимая разница в дистанции теста 6-минутной ходьбы получена только для гена, кодирующего ангиотензиновые рецепторы 1-го типа, с минимальными показателями дистанции в группе гетерозигот *A1166C* и максимальной дистанцией у гомозигот *C1166C*.

Заключение

У пациентов с ХРБС гетерозиготность по *Thr174Met*, возможно, приводит к дилатации левых

камер сердца, а гомозиготность по *Thr174Thr* — к дилатации правых отделов и гипертрофии ЛЖ. Для гетерозигот по *Met235Thr* были характерны минимальные размеры ЛП и ПЖ. Полиморфизм гена *A1166C*, кодирующего рецептор ангиотензина I, практически не влиял на показатели эхокардиографии у исследуемых с ХРБС. Для уточнения полученных данных необходимо планирование исследования с большим числом пациентов.

Исследование не имело спонсорской поддержки.
Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА

- Булашова О. В., Хазова Е. В., Ослопов В. Н. Роль генетических факторов в формировании хронической сердечной недостаточности. *Казанский медицинский журнал*. 2013;94(3):362—6.
- Sethi A. A., Nordestgaard B. G., Gronholt M. L. Angiotensinogen single nucleotide polymorphisms, elevated blood pressure, and risk of cardiovascular disease. *Hypertension*. 2003;6:102—11. doi: 10.1161/01.HYP.0000072334.34433.17
- Katsuya T., Koike G., Yee T. W. Association of angiotensinogen gene T235 variant with increased risk of coronary heart disease. *Lancet*. 1995;345:1600—3. doi: 10.1016/s0140-6736(95)90115-9
- Берстнева С. В., Шаханов А. В., Янкина С. В. Гены, кодирующие компоненты ренин-ангиотензиновой системы и факторы эндотелия, в развитии диабетической нефропатии при сахарном диабете 2 типа. *Наука молодых (Eruditio Juvenium)*. 2018;6(3):420—8. doi: 10.23888/HMJ201863420-428
- Нгуен Т. Ч., Шкурят Т. П. Исследование ассоциации T174M и M235T гена ангиотензиногена с ишемической болезнью сердца в ростовской популяции. *Эпидемиология*. 2010;(11):63—77.
- Мартынович Т. В., Акимова Н. С., Федотов Э. А. и др. Анализ генетических факторов у больных хронической сердечной недостаточностью. *Международный медицинский журнал*. 2014;(1):21—9.
- Van Geel P. P., Pinto Y. M., Voors A. A. Angiotensin II type 1 receptor A1166C gene polymorphism is associated with an increased response to angiotensin II in human arteries. *Hypertension*. 2000;35:717—21. doi: 10.1161/01.hyp.35.3.717
- Zaczewski-Jakubiak M., de Denus S., Dube M. P. Ten renin-angiotensin system-related gene polymorphisms in heart failure. *Br. J. Clin. Pharmacol.* 2008;65(5):742—51. doi: 10.1111/j.1365-2125.2007.03091.x
- Tiret L., Maller C., Poirier O. Lack of association between polymorphisms of eight candidate genes and idiopathic dilated cardiomyopathy: the CARDIGENE study. *J. Am. Coll. Cardiol.* 2000;35(1):29—35. doi: 10.1016/s0735-1097(99)00522-7
- Самородская И. В., Семенов В. Ю., Бойцов С. А. Влияние медицинских и немедицинских факторов на смертность населения: генетические, фенотипические и поведенческие факторы. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2018;26(5):260—5.
- Кускаева А. В., Никулина С. Ю., Чернова А. А. Генетические предикторы фибрилляции предсердий. *Рациональная фармакотерапия в кардиологии*. 2016;12(3):331—6. doi: 10.20996/1819-6446-2016-12-3-331-336
- Петров В. С. Результаты 5-летнего наблюдения за пациентами с ревматическими пороками сердца. *Российский медико-биологический вестник имени академика И. П. Павлова*. 2015;(3):83—7. doi: 10.17816/pavlovj2015383-87
- Петров В. С., Смирнова Е. А. Роль полиморфизма генов *ADRB1* у исследуемых с хронической ревматической болезнью сердца. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2019;27(6):962—6.
- Liao X., Yang Z., Peng D. Association of T174M polymorphism of angiotensinogen gene with essential hypertension: A meta-analysis. *Genet. Mol. Biol.* 2014;37(2):473—9.

Поступила 01.11.2019
Принята в печать 23.01.2020

REFERENCES

- Bulashova O. V., Khazova E. V., Osloпов V. N. Role of genetic factors in the development of congestive heart failure. *Kazanskij medicinskiy zhurnal*. 2013;94(3):362—6 (in Russian).
- Sethi A. A., Nordestgaard B. G., Gronholt M. L. Angiotensinogen single nucleotide polymorphisms, elevated blood pressure, and risk of cardiovascular disease. *Hypertension*. 2003;6:102—11. doi: 10.1161/01.HYP.0000072334.34433.17
- Katsuya T., Koike G., Yee T. W. Association of angiotensinogen gene T235 variant with increased risk of coronary heart disease. *Lancet*. 1995;345:1600—3. doi: 10.1016/s0140-6736(95)90115-9
- Berstneva S. V., Shakhonov A. V., Yankina S. V. Genes coding for components of renin-angiotensin system and factors of endothelium and their role in development of diabetic nephropathy in type 2 diabetes mellitus. *Nauka molodykh (Eruditio Juvenium)*. 2018;6(3):420—8. doi: 10.23888/HMJ201863420-428 (in Russian).
- Nguyen T. T., Shkurat T. P. Association between Polymorphism T174M and M235T of the Angiotensinogen Gene and Ischemic heart trouble in the Rostov Population. *Epidemiologiya*. 2010;(11):63—77 (in Russian).
- Martynovich T. V., Akimova N. S., Fedotov E. A. Analysis of genetic factors in patients with chronic heart failure. *Mezhdunarodnyy medicinskiy zhurnal*. 2014;(1):21—9 (in Russian).
- Van Geel P. P., Pinto Y. M., Voors A. A. Angiotensin II type 1 receptor A1166C gene polymorphism is associated with an increased response to angiotensin II in human arteries. *Hypertension*. 2000;35:717—21. doi: 10.1161/01.hyp.35.3.717
- Zaczewski-Jakubiak M., de Denus S., Dube M. P. Ten renin-angiotensin system-related gene polymorphisms in heart failure. *Br. J. Clin. Pharmacol.* 2008;65(5):742—51. doi: 10.1111/j.1365-2125.2007.03091.x
- Tiret L., Maller C., Poirier O. Lack of association between polymorphisms of eight candidate genes and idiopathic dilated cardiomyopathy: the CARDIGENE study. *J. Am. Coll. Cardiol.* 2000;35(1):29—35. doi: 10.1016/s0735-1097(99)00522-7
- Samorodskaya I. V., Semenov V. I., Boitcov S. A. The impact of medical and non-medical factors on population mortality: phenotype and behavioral factors. *Problemy sotsialnoi gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2018;26(5):260—5 (in Russian).
- Kuskaeva A. V., Nikulina S. Yu., Chernova A. A. Genetic predictors of atrial fibrillation. *Ratsional'naya farmakoterapiya v kardiologii = Rational Pharmacotherapy in Cardiology*. 2016;12(3):331—6. doi: 10.20996/1819-6446-2016-12-3-331-336 (in Russian).
- Petrov V. S. Result of 5-year observation for patients with rheumatic heart disease. *Rossiiskij medico-biologicheskij vestnik imeni akademika I. P. Pavlova*. 2015;(3):83—7. doi: 10.17816/pavlovj2015383-87 (in Russian).
- Petrov V. S., Smirnova E. A. The role of *ADRB1* gene polymorphism in subjects with rheumatic heart disease. *Problemy sotsialnoi gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2019;27(6):962—6 (in Russian).
- Liao X., Yang Z., Peng D. Association of T174M polymorphism of angiotensinogen gene with essential hypertension: A meta-analysis. *Genet. Mol. Biol.* 2014;37(2):473—9.

Антоненков Ю. Е., Чайкина Н. Н., Саурина О. С., Смолькин Е. Б., Чернов А. В., Титова С. Н.

О СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЕ ВОРОНЕЖСКОЙ ОБЛАСТИ

ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет имени Н. Н. Бурденко» Минздрава России, 394036, г. Воронеж

Рассмотрены особенности организации стоматологической помощи взрослому и детскому населению на территории крупного субъекта Российской Федерации. В соответствии с планом мероприятий департамента здравоохранения Воронежской области, а также в целях совершенствования организации стоматологической службы и статистической отчетности и учета в автономном учреждении здравоохранения Воронежской области проводятся рабочие совещания по вопросам организации стоматологической службы. В ходе совещаний освещаются вопросы первичной профилактики стоматологических заболеваний среди населения Воронежской области в рамках государственной программы РФ «Развитие здравоохранения», вопросы организации и проведения непрерывного медицинского образования в стоматологии, подготовки и сдачи годового отчета по стоматологии в соответствии с последними требованиями федерального статистического наблюдения в сфере здравоохранения, новые требования к порядку подачи документов на льготное зубопротезирование членов семей военнослужащих, погибших при прохождении военной службы в мирное время. При рассмотрении современного положения научной медицины и практического направления по сохранению здоровья населения неизменной остается актуальность исследований по стоматологической направленности. Анализ литературных источников показал значимость именно динамического наблюдения медико-социальных показателей, условий и образа жизни, уровня и структуры стоматологической заболеваемости, демографической ситуации. Авторы данных работ хорошо представляют важность предпосылки стоматологических мероприятий, направленных на профилактику (в первую очередь) и лечение (при необходимости). Эти авторы, говоря о показателях заболеваемости в стоматологии, подчеркивают необходимость ее изучения для оценки общественного здоровья всего населения. Использованы данные социально-гигиенического мониторинга Воронежской области за 2015—2017 гг.

Ключевые слова: стоматологическая служба; кадры; кураторство; перспективные направления развития.

Для цитирования: Антоненков Ю. Е., Чайкина Н. Н., Саурина О. С., Смолькин Е. Б., Чернов А. В., Титова С. Н. О стоматологической службе Воронежской области. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2020;28(2):239—242. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2020-28-2-239-242>

Для корреспонденции: Антоненков Юрий Евгеньевич, д-р мед. наук, доцент кафедры общественного здоровья, здравоохранения, гигиены и эпидемиологии Института дополнительного профессионального образования Воронежского государственного медицинского университета имени Н. Н. Бурденко, e-mail: rhsjvd55@mail.ru

Antonenkov Yu. E., Chaykina N. N., Saurina O. S., Smolkin E. B., Chernov A. V., Titova S. N.

ON STOMATOLOGICAL SERVICE IN THE VORONEZH OBLAST

The Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The N. N. Burdenko Voronezh State Medical University”, 394036, Voronezh, Russia

The article considers characteristics of organization of dental care for adult and children population in the territory of a large subject of the Russian Federation. In accordance with the action plan of the Health Department of the Voronezh Oblast, as well as in order to improve organization of dental services and statistical reporting and accounting in the autonomous health institution of the Voronezh Oblast, meetings concerning organization of dental services are organized. The issues are discussed concerning primary prevention of dental diseases in population of the Voronezh Oblast within the framework of the state program of the Russian Federation “Health Care Development”, organization and implementation of continuous medical education in dentistry, preparation and handing in annual report on dentistry in accordance with latest requirements of the Federal statistical monitoring in health care, new requirements of application of documents for preferential prosthetic dentistry in families of servicemen who perished during military service in peacetime. The consideration of actual state of scientific medicine and practical direction of population health promotion of the population, invariably focuses on actuality of dental research. The analysis of publications established significance of especially dynamic monitoring of medical social indices, conditions and style of life, level and structure of dental morbidity demographic situation. The necessity of analysis of dental morbidity for evaluation of overall population health is emphasized. Also, data of social hygienic monitoring of population of the Voronezh Oblast for 2015—2017 was used.

Keywords: dental service; personnel; supervision; perspective directions of development.

For citation: Antonenkov Yu. E., Chaykina N. N., Saurina O. S., Smolkin E. B., Chernov A. V., Titova S. N. On stomatological service in the Voronezh Oblast. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2020;28(2):239—242 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2020-28-2-239-242>

For correspondence: Antonenkov V. A., doctor of medical sciences, associate professor of the Chair of Public Health, Health Care and Epidemiology of the Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The N. N. Burdenko Voronezh State Medical University”. e-mail: rhsjvd55@mail.ru

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support

Received 03.10.2019
Accepted 23.01.2020

Последние десятилетия в стоматологической службе России характеризуются широкими возможностями профильных медицинских организаций,

работающих в законодательно разрешенных формах собственности, а также значительным по численности кадровым составом, высоким внешним и вну-

тренним ресурсом, постоянным обновлением предписывающих директив о профессиональной деятельности по отношению ко всему персоналу с разъяснениями по выполнению эффективного и качественного обеспечения оказываемой медицинской помощи.

В данный период самые широкие полномочия по оказанию медицинской помощи населению перемещены на уровень субъектов РФ, и медицинские организации именно этого уровня при выполнении схожих работ могут иметь значительные расхождения. Состояние стоматологической службы в системе здравоохранения Воронежской области в настоящее время характеризуется доступностью и качеством оказания помощи населению, внедрением в практику современных стоматологических технологий, постоянно повышающимися профессиональный уровень специалистами [1].

Материалы и методы

Чтобы проводить анализ и оценивать результаты профилактической и лечебной работы по снижению стоматологической заболеваемости среди населения, крайне важно рассмотрение недостатков, имеющих в официально учитываемых документах по вопросу взаимосвязи стоматологической заболеваемости и существующего необходимого объема стоматологической помощи. Именно проведение исследований в данном контексте создает возможность коррекции в организации работ со стороны врача-стоматолога, амбулаторно-поликлинических учреждений (АПУ) стоматологического профиля и управляющей вертикали здравоохранения регионального уровня.

На начало 2018 г. в Воронежской области по данным обращаемости общая стоматологическая заболеваемость населения составила 420‰, а у взрослого населения — 910‰.

Не вызывает сомнений информация о том, что кризисные ситуации в различных жизненных сферах общества обостряют в сторону ухудшения социально-гигиенические факторы, влияющие на и стоматологическую заболеваемость. Это постоянно направляет теоретическую и практическую части проводимой работы на переоценку сил указанных факторов, а также на поиск путей оптимизации проводимой профилактической работы.

Нами изучены и использованы данные отчетов, проведен сравнительный анализ, касающийся кадрового потенциала стоматологической службы Воронежской области в 2015—2017 гг. (отчетные формы № 17, 30, 47), наличия ресурсов, а также сформировано мнение о том, что здоровье населения непосредственно связано с медико-демографическими показателями на фоне результатов проводимой профилактической работы, включенных в основные показатели деятельности стоматологической службы. Данная работа, проведенная в Воронежской области, полностью сопоставима с имеющимся мировым опытом планирования профилактических программ для снижения стоматологической заболеваемости

населения, для стратегического единства науки и практики.

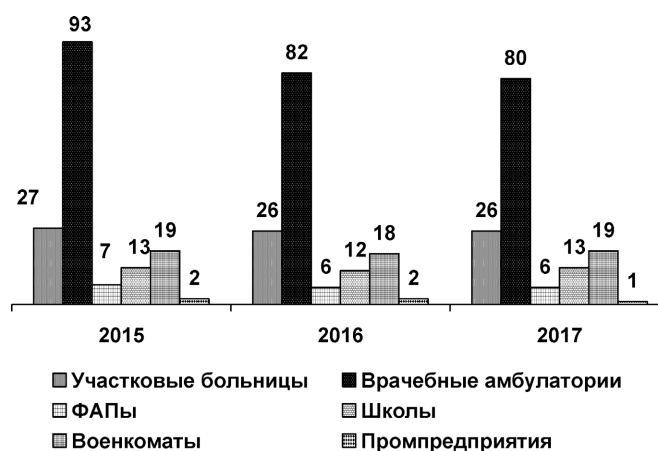
Результаты исследования

На начало 2018 г. стоматологическая служба субъекта РФ Воронежская область имеет 14 стоматологических поликлиник, в том числе одну для детей, 14 стоматологических отделений, 18 стоматологических кабинетов при районных больницах (РБ), 321 — при других медицинских организациях Воронежской области, включая диспансеры, санатории, общеобразовательные учреждения, предприятия, 12 зубопротезных отделений и 30 зубопротезных кабинетов (см. рисунок).

Структурный состав специалистов стоматологического профиля остается практически неизменным на протяжении последних лет. В 2016 г. амбулаторно-поликлиническую стоматологическую помощь в области оказывали 1672 врача стоматологического профиля, в том числе 1210 специалистов государственного сектора. Из них ортопедическую помощь оказывали 159 врачей и 208 врачей на платном приеме. Доля зубных врачей в структуре врачей стоматологического профиля области, работающих в государственном секторе, составила в отчетном году 9,1%. В целом по области процент укомплектованности штатов по занятым должностям в 2016 г. составил 94,5% (в 2015 г. — 94,3%), по физическим лицам — 89,7% (в 2015 г. — 89,2%).

Приоритетной остается работа с подрастающим поколением на основе принципа «профилактика лучше лечения» [2]. Но с кадрами в детской стоматологии медицинских организаций районов области сложилась непростая ситуация: низкая обеспеченность детского населения врачами-стоматологами детскими (1,6 при рекомендуемом нормативе 5,0) из-за недостаточного количества штатных должностей и отсутствия их в нескольких районах (см. таблицу).

При этом созданная единая компьютерная программа статистического учета позволяет оперативно проводить анализ качественных и количественных показателей работы стоматологической службы области. В 2016 г. число детей, первично обратившихся



Периферийная сеть объектов стоматологического обслуживания населения районов Воронежской области (в абс. ед.).

Здоровье и общество

Структурный состав специалистов стоматологического профиля в Воронежской области

Показатель	2016 г.	2017 г.
Число врачей стоматологического профиля, работающих в государственном секторе	1210	1180
В том числе ортопедов	159	156
Обеспеченность стоматологами-терапевтами на 10 тыс. взрослого населения, абс.:		
по области	4,2	4,1
по районам области	3,5	3,5
по г. Воронежу	4,4	4,1
Укомплектованность стоматологами-терапевтами, от занятых должностей, %:		
по области	95,2	92,3
по районам области	95,7	93,9
по г. Воронежу	96,4	91,7
Укомплектованность штатов стоматологов-терапевтов физическими лицами, %:		
по области	93	90,8
по районам области	87,6	83,9
по г. Воронежу	99,8	97,6
Обеспеченность стоматологами-хирургами, на 10 тыс. взрослого населения:		
по области	0,7	0,7
по районам области	0,6	0,6
по г. Воронежу	0,8	0,6
Укомплектованность стоматологами-хирургами от занятых должностей, %:		
по области	94,7	92,9
по районам области	91,8	92,6
по г. Воронежу	97,8	94,3
Укомплектованность штатов стоматологов-хирургов физическими лицами, %:		
по области	79,8	81,3
по районам области	70,2	72,9
по г. Воронежу	88,1	89,9
Обеспеченность стоматологами детскими, на 10 тыс. детского населения:		
по области	4,4	4,6
по районам области	1,6	1,7
по г. Воронежу	8,4	9,1
Укомплектованность стоматологами детскими от занятых должностей, %:		
по области	95,9	93,7
по районам области	92,6	86,9
по г. Воронежу	95	95,9
Укомплектованность штатов стоматологов детских физическими лицами, %:		
по области	79,9	78,2
по районам области	73	68
по г. Воронежу	85	81,6
Обеспеченность ортопедами, на 10 тыс. взрослого населения:		
по области	0,9	0,9
по районам области	0,6	0,6
по г. Воронежу	1,1	1,1
Укомплектованность штатов врачей-ортопедов от занятых должностей, %:		
по области	91,8	87,3
по районам области	83,1	81,9
по г. Воронежу	94,7	88,8
Укомплектованность штатов врачей-ортопедов физическими лицами, %:		
по области	89,7	89,9
по районам области	77,4	77,1
по г. Воронежу	96,4	100

к врачам стоматологического профиля, по области увеличилось на 2,5% по сравнению с предшествующим годом, также на 0,8% возросло общее число посещений пациентов детского возраста. Врачи-стоматологи детские активно принимали участие в диспансеризации детского населения области [3]. Школьная профилактическая программа проводится во всех общеобразовательных учреждениях г. Воронежа и районов области. В рамках межобластного

проекта «Живи долго» и в соответствии с планом выездной работы 21 августа 2017 г. в Чертовицком детском санатории было проведено занятие на тему: «Гигиена полости рта». 23 августа 2017 г. в «Областном центре социальной помощи семье и детям «Буревестник» проведена беседа «Профилактика стоматологических заболеваний у детей». Целью данных мероприятий являлась выработка у детей убеждения в необходимости соблюдения правил здорового образа жизни, методов предупреждения стоматологических заболеваний и поддержания организма в здоровом состоянии [4]. Во всех школах, гимназиях и лицеях г. Воронежа состоялись гигиенические уроки в классах начальной школы о правилах ухода за полостью рта, работают школы здоровья. Удельный вес санированных больных от первично обратившихся по области в 2016 г. сохранился на прежнем высоком уровне и составил 60%. Число лиц с оздоровленной полостью рта на 1 тыс. детей в возрасте до 15 лет в целом по области увеличилось с 559 в 2015 г. до 568 в 2016 г.

Обсуждение

На основании Закона Воронежской области от 14.11.2008 «О социальной поддержке отдельных категорий граждан в Воронежской области» льготное зубопротезирование проведено в 2016 г. 61 члену семей военнослужащих, погибших в период прохождения военной службы в мирное время. Кураторство является в работе областной клинической стоматологической поликлиники огромным прорывом при оказании организационно-методической помощи руководителям стоматологической службы районов области. В целом за 2016 г. в районы области и медицинские организации стоматологического профиля г. Воронежа выезжало 95 специалистов, в 2015 г. — 79. В целях повышения стоматологических знаний и в соответствии с планом работы стоматологической службы области за 2016 г. было проведено 17 научно-практических мероприятий (в 2015 г. — 44). Ежегодно сотрудниками областной клинической стоматологической поликлиники издаются информационно-методические материалы для стоматологов области. Программа государственных гарантий по стоматологии за 2017 г., по предварительным данным, выполнена в области на 100,5%, в г. Воронеже — на 101,3%, в районах области — на 99,7%. Ниже контрольных величин Программа выполнена стоматологическими службами бюджетных учреждений здравоохранения: БУЗ ВО «Богучарская РБ», БУЗ ВО «Воробьевская РБ», БУЗ ВО «Кантемировская РБ», БУЗ ВО «Нишнедевицкая РБ», БУЗ ВО «Ольховатская РБ», БУЗ ВО «Семилукская РБ», БУЗ ВО «Терновская РБ». За 2017 г. к врачам стоматологического профиля области сделано 1 632 619 посещений, что на 3,5% меньше, чем за предшествовавший год (в 2016 г. — 1 690 342 посещения). За 2017 г. к стоматологам по области было сделано 485 246 посещений пациентами детского возраста (в 2016 г. — 502 030). Число первично обратившихся за стоматологической помощью в целом по области снизилось на 3,4%

и составило 754 959 (в 2016 г. — 780 665). Также произошло снижение числа первично обратившихся детей по области с 280 479 в 2016 г. до 270 154 в 2017 г. За стоматологической помощью в медицинские организации области обратилось 32,3% всего населения (в 2016 г. — 33,1%), в том числе детей от 0 до 17 лет — 67,7% (в 2016 г. — 71,7%), из них подростков 84,8% (в 2016 г. — 92,1%). На прежнем высоком уровне сохраняется удельный вес санированных больных в категории обратившихся впервые: по области 59%, по районам области также 59%. При нормативе 50% показатель по г. Воронежу еще выше — 63%. Доля лиц в области, которые были осмотрены с целью профилактики, от числа первично обратившихся увеличилась на 2% (в 2016 г. — 50%), по г. Воронежу она незначительно снизилась (с 54% в 2016 г. до 53% в 2017 г.), по районам области данный показатель возрос (с 48% в 2016 г. до 50% в 2017 г.). Разработку и реализацию основных направлений развития стоматологической службы, а также координацию работы стоматологических медицинских организаций всех форм собственности в области осуществляет организационно-методический кабинет областной клинической стоматологической поликлиники.

Приоритетными направлениями организационно-методической работы определены:

- выездные формы оказания стоматологической помощи населению;
- оказание организационной, методической и консультативной помощи руководителям стоматологических служб;
- выездные формы оперативного контроля деятельности стоматологических подразделений;
- системный анализ деятельности стоматологической службы региона, осуществление аналитической работы по оценке состояния и динамике развития ее отдельных структур;
- проведение мониторинга медико-демографических показателей и стоматологического статуса населения области;
- разработка текущих и перспективных планов деятельности стоматологической службы области, стратегическое планирование;
- организация мероприятий по приоритетным направлениям развития стоматологической службы области, их реализация, контроль и оценка эффективности выполнения;
- обеспечение внедрения в практику работы службы новых стоматологических технологий;
- проведение перманентного обучения специалистов стоматологической службы области среднего и высшего звена (конференции, семинары);
- информационное обеспечение (выпуск методических рекомендаций и информационных писем).

Проблемными остаются недостаточная обеспеченность и недоукомплектованность штатов в районах области, особенно средним медицинским персоналом, слабая материально-техническая база ряда объектов оказания стоматологической помощи на-

селению районов области, где 50% и более стоматологического оборудования требует замены [5].

Заключение

Приоритетными направлениями развития стоматологической службы Воронежской области можно считать:

- неукоснительное выполнение Программы государственных гарантий населению области по оказанию стоматологической помощи;
- оснащение стоматологических отделений и кабинетов в соответствии со стандартами оснащения Порядков оказания медицинской помощи взрослому населению и детям со стоматологическими заболеваниями;
- повышение доступности, безопасности и качества оказания стоматологической помощи населению;
- приоритет профилактики в сфере охраны здоровья, в том числе в организации работы школьной стоматологической службы районов области;
- вступление в программу непрерывного медицинского образования.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Чесноков П. Е., Ермаков В. Б., Антоненков Ю. Е. Проблемы качества стоматологической помощи в условиях муниципального образования и управление социально-экономическими результатами. *Бюллетень НИИОЗ*. 2012;(2):142—4.
2. Европейская хартия по окружающей среде и охране здоровья. Копенгаген: ВОЗ; 1989.
3. Первушина О. А., Антоненков Ю. Е., Чайкина Н. Н. О вопросах оптимизации работы в стоматологии Воронежской области среднего медицинского персонала с взрослым населением. *Актуальные вопросы образования и науки*. 2014;(1):99—100.
4. Первушина О. А., Антоненков Ю. Е., Косолапов В. П., Чайкина Н. Н. О взаимосвязи качества оказываемых стоматологических услуг и заинтересованности работы среднего персонала в медицинских организациях различных форм собственности. *Врач-аспирант*. 2017;81(2):81—90.
5. Первушина О. А., Антоненков Ю. Е., Косолапов В. П., Смолькин Е. Б. О проблеме эмоционального выгорания в профессиональной деятельности медицинских сестер стоматологического профиля. *Стерлитамак*; 2017.

Поступила 03.10.2019
Принята в печать 23.01.2020.

REFERENCES

1. Chesnokov P. E., Ermakov V. B., Antonenkov Yu. E. Problems of the quality of dental care in a municipality and the management of socio-economic results. *Bulleten NIOZ*. 2012;(2):142—4 (in Russian).
2. European Charter on Environment and Health. Copenhagen: WHO; 1989.
3. Pervushina O. A., Antonenkov Yu. E., Chaikina N. N. On issues of optimizing the work in dentistry of the Voronezh region of secondary medical personnel with an adult population. *Actualnye voprosy obrazovaniya I nfuki*. 2014;(1):99—100 (in Russian).
4. Pervushina O. A., Antonenkov Yu. E., Kosolapov V. P., Chaikina N. N. On the relationship between the quality of dental services and the interest of the average staff in medical organizations of various forms of ownership. *Vrach-aspirant*. 2017;81(2):81—90 (in Russian).
5. Pervushina O. A., Antonenkov Yu. E., Kosolapov V. P., Smolkin E. B. On the problem of burnout in the professional activities of dental nurses [O probleme emotsional'nogo vygoraniya v professional'noi deyatel'nosti meditsinskikh sester stomatologicheskogo profilya]. *Sterlitamak*; 2017 (in Russian).

Волкова О. А.¹, Волошина И. Г.¹, Доля Р. Ю.¹, Кадуцкий П. А.²

СОЦИАЛЬНО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ АДАПТАЦИЯ ЛЮДЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

¹ФГАОУ ВО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет», 308009, г. Белгород;
²БГКОУ «Белгородский юридический институт МВД России имени И. Д. Путилина», 308024, г. Белгород

В статье представлены результаты исследовательской и практической социально-педагогической работы, совместно осуществляемой сотрудниками лаборатории социальных проектов Белгородского государственного университета, Борисовского психоневрологического интерната № 1 и некоммерческой организации «Вера». Проект реализован в марте — ноябре 2018 г. в Белгородской области. Использованы методы сбора первичных социологических данных: включенное наблюдение за социальной и образовательной деятельностью людей с нарушениями психического здоровья, проживающих в психоневрологическом интернате, полуструктурированное интервью экспертов из числа сотрудников психоневрологического интерната и педагогов.

В настоящее время социальная адаптация людей с нарушениями психического здоровья является острой проблемой всего общества. Это достаточно уязвимая группа людей, окутанных комплексом социальных стереотипов и имеющих явные признаки социальной дезадаптации. Достижению адаптации людей с нарушениями психического здоровья в обществе способствует их приспособление к условиям социально-образовательной деятельности. Результаты исследования показали, что существует ряд психолого-педагогических сложностей при очном обучении этой категории населения: яркие эмоциональные реакции в ответ на действия преподавателя и других людей с нарушениями психического здоровья, обусловленные спецификой заболевания, сниженной мотивацией обучения, неадекватным уровнем самооценки, нарушениями в поведении, обусловленные организацией учебного процесса и окружающего пространства. Получение образования в дистанционной форме позволяет избежать данных сложностей и увеличить вероятность достижения социально-педагогической адаптации. Человек, даже имея нарушения психического здоровья, при соответствующих условиях может получить профессиональное образование, обеспечивать себя материально, быть полезным членом общества. В результате исследования установлены наиболее эффективные методы дистанционного обучения людей с нарушениями психического здоровья, способствующие их социально-педагогической адаптации: информационно-рецептивный метод, репродуктивный метод, метод когнитивной визуализации кейсов из практической профессиональной деятельности, исследовательский метод.

Ключевые слова: дистанционное обучение; люди с нарушениями психического здоровья.

Для цитирования: Волкова О. А., Волошина И. Г., Доля Р. Ю., Кадуцкий П. А. Социально-педагогическая адаптация людей с нарушениями психического здоровья. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2020;28(2):243—248. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2020-28-2-243-248>

Для корреспонденции: Волкова Ольга Александровна, д-р социол. наук, зав. кафедрой социальной работы ФГАОУ ВО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет», e-mail: volkovaoa@rambler.ru

Volkova O. A.¹, Voloshina I. G.¹, Dolya R. Yu.¹, Kadutsky P. A.²

THE SOCIAL PEDAGOGIC ADAPTION OF INDIVIDUALS WITH MENTAL HEALTH DISORDERS

¹The Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education “The Belgorod State National Research University”, 308009, Belgorod, Russia;

²The Federal State Public Educational Institution of High Education “The I. D. Putilin Belgorod Law Institute of the Interior Ministry of Russia”, 308024, Belgorod, Russia

The article presents the results of research and practical social pedagogical activities carried out jointly by Laboratory of Social Projects of Belgorod State University, Borisovka Psycho-Neurological Boarding School and the non-governmental public organization of social initiatives “Faith”. The project was implemented during March — November 2018 in the Belgorod Oblast of the Russian Federation. The study implemented such methods of collecting primary sociological data as monitoring of educational and social activities of individuals with mental health problems residing in psycho-neurological boarding school; half-structured interview of experts — employees of psycho-neurological boarding school and teachers. Actually, social adaptation of individuals with mental health problems is an acute social problem. They belong to the most vulnerable population group wrapped with complex of social stereotypes and various signs of social deadaptation. The social adaptation of such personalities is achieved by involvement into social educational activities. The study results demonstrated that there are a number of psychological and pedagogical difficulties in face-to-face training for individuals with mental health problems. Among them are serious emotional reactions in response to actions of teacher or other students; behavior disorders, decreasing of education motivation, inadequate self-assessment. The remote education permits to avoid these and other difficulties. The individual with mental health problems while in appropriate comfortable conditions can receive effective education, support themselves materially and be useful member of society. The study established such most effective methods of remote education for individuals with mental health problems as information-receptive method; reproductive method; method of cognitive visualization of case studies from practice and research method.

Keywords: remote education; mental health disorder; patient.

For citation: Volkova O. A., Voloshina I. G., Dolya R. Yu., Kadutsky P. A. The social pedagogic adaption of individuals with mental health disorders. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2020;28(2):243—248 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2020-28-2-243-248>

For correspondence: Volkova O. V., doctor of sociological sciences, the Head of the Chair of Social Work of the Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education “The Belgorod State National Research University”. e-mail: volkovaoa@rambler.ru

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support

Введение

Люди с нарушениями ментального здоровья, проживающие в условиях стационарного психоневрологического учреждения, нуждаются в разностороннем развитии. Современная социальная практика показывает, что человек, у которого сформированы социальные и образовательные компетенции, в соответствующих социальных и психологических условиях, а также при правильно организованном педагогическом воздействии может успешно обучаться и развиваться [1]. В итоге он сможет быть полезным членом общества [2]. Но успешность образовательного процесса и его результат зависят от специфики учебной ситуации. Данная категория людей может усваивать новое лишь в комфортных внешних условиях и при положительном психологическом климате.

Главной задачей специалистов, работающих в интернате, является поиск эффективных технологий, которые помогали бы людям с нарушениями ментального здоровья включаться в жизнь общества, способствовали бы обеспечению занятости, созданию благоприятных условий для разностороннего развития. Помочь в разрешении многих трудностей может дистанционное обучение. Его цель — создание эффективного психолого-педагогического пространства, позволяющего людям с нарушениями психического здоровья реализовать себя в качестве успешного субъекта социальной и образовательной деятельности и стать социально адаптированными членами общества или сообщества.

В. И. Кузнецов разработал научно-практические рекомендации, которые направлены на совершенствование медико-социальной помощи пациентам с психическими заболеваниями, проживающим в государственных специализированных стационарных учреждениях [3]. Данные рекомендации основаны на выводах, сделанных по результатам проведенного эмпирического социологического исследования проблем адаптации данной категории больных.

Обратимся к обзору научных, методических и практических работ в рамках тематики социально-педагогической адаптации людей с нарушениями психического здоровья. Последние тенденции исследований связаны с изучением влияния удаленного обучения на людей. Исследования D. Colleen позволяют раскрыть причины актуализации дистанционных технологий для данной категории населения. Опрошены 570 респондентов о том, готовы ли они раскрывать свое физическое и психическое состояние. Большинство ответили отрицательно [4]. Скрытие информации о состоянии ментального здоровья связано с феноменом стигматизации. J. Charles пишет, что стигматизация людей с нарушениями психического здоровья определяется как негативное отношение, предубеждение и поведение. Ее последствия являются глубокими и травмирующими, поэтому усилия по ее устранению должны начинаться с научного изучения ее проявлений и способов преодоления [5]. Стигматизация отрицательно сказыва-

ется на социальной, в том числе социально-педагогической, адаптации людей.

Y. Lee считает, что проблемы в обучении людей с психологическими нарушениями включают в себя скептицизм общественности в отношении необходимости обучения этой категории населения, необходимость создания источников финансирования для обеспечения устойчивого развития дистанционного образования, потребность в разработке программных продуктов для удовлетворения образовательных потребностей людей из-за разнородности заболеваний и психоэмоциональных состояний в конкретные периоды [6]. В целом современные исследователи пишут о необходимости поиска скрытых ресурсов развития каждого человека, в том числе посредством его социально-педагогической адаптации. В настоящее время актуализируется разработка дистанционных форм образования и общения. Цель применения методов дистанционного обучения людей с нарушениями психического здоровья — создание эффективного социально-психолого-педагогического пространства, позволяющего обучающимся развиваться в качестве успешного субъекта социальной и образовательной деятельности [7]. В своих работах G. Virgil пишет, что в современной интенсивно используемой когнитивно-поведенческой терапии учитываются как положительные и отрицательные симптомы, так и эффекты психолого-педагогического вмешательства [8].

Использование в повседневной жизни дистанционных технологий и гаджетов (компьютера, ноутбука, ридера, планшета) предоставляет новые возможности для социально-педагогической адаптации и повышения социальной активности всех людей. Применение данных средств позволяет человеку с нарушениями психического здоровья выбрать собственный, приемлемый темп изучения материала, ориентируясь на состояние здоровья и эмоциональное самочувствие в конкретный момент времени, поскольку важнейшим фактором успеха дистанционного образования является его доступность [7]. Обзор исследований показывает, что социальная и педагогическая практика в отношении людей с нарушениями психического здоровья нуждается в развитии эффективных методов их дистанционного обучения.

Материалы и методы

Исследование проводили сотрудники лаборатории социальных проектов Белгородского государственного университета, Борисовского психоневрологического интерната № 1 и Некоммерческой организации (НКО) социальных инициатив «Вера». Проект реализован в марте—ноябре 2018 г. в Белгородской области России. В исследовании использованы методы сбора первичных данных: включенное наблюдение за социальной и образовательной деятельностью людей с нарушениями психического здоровья, проживающих в психоневрологическом интернате, полуструктурированное интервью экспертов из числа сотрудников психоневрологического ин-

Здоровье и общество

терната и педагогов. Использован междисциплинарный медико-социальный подход.

При проведении включенного наблюдения респондентами были люди с нарушениями психического здоровья, проживающие в психоневрологическом интернате ($n=46$), в возрасте 18—45 лет, с сохраненными способностями к обучению, 69,5% мужчин и 30,5% женщин. Выборка целевая, ее критерии: нарушения психического здоровья, проживание в психоневрологическом интернате, сохранность способностей к обучению. Полуструктурированное интервью экспертов проводилось среди сотрудников психоневрологического интерната и педагогов ($n=15$). Выборка целевая, ее критерии: сотрудник психоневрологического интерната, опыт работы с людьми с нарушениями психического здоровья не менее 3 лет. Материалы наблюдения анализировали при помощи методов составления сравнительных таблиц и компаративного анализа. Анализ данных полуструктурированного интервью проводили с помощью пакета статистических программ SPSS.

Результаты исследования

Получены результаты включенного наблюдения за социальной и образовательной деятельностью людей с нарушениями психического здоровья, проживающих в психоневрологическом интернате (табл. 1).

Существует ряд психолого-педагогических сложностей при очном обучении людей с нарушениями психического здоровья. Ранжирование выявленных сложностей таково: от наиболее значимых психоэмоциональных до менее значимых — поведенческих. Это показывает, что дистанционное обучение может устранить многие сложности для исследуемой категории респондентов.

Включенное наблюдение за социальной и образовательной деятельностью людей с нарушениями психического здоровья, проживающих в психоневрологическом интернате, с целью выявления эффективности методов дистанционного обучения дало результаты, которые отражены в табл. 2.

Таблица 1

Социальная и образовательная деятельность людей с нарушениями психического здоровья, проживающих в психоневрологическом интернате

Психолого-педагогические сложности при очном обучении	Доля, %
Яркие эмоциональные реакции (агрессия, страх, отвращение или, наоборот, нейтральное состояние и полная замкнутость) в ответ на действия преподавателя и других обучающихся, обусловленные спецификой заболевания, сниженной мотивацией к обучению и неадекватным уровнем самооценки	89,3
Нарушения в поведении (агрессивное поведение, отказ от контактов с окружающими людьми), обусловленные внешними условиями организации учебного процесса и окружающего пространства	82,1
Неспособность осуществлять социальную и образовательную деятельность самостоятельно, проявлять инициативу и творчески использовать знания в нестандартных учебных ситуациях	43,4
Отсутствие навыков продуктивного общения с преподавателем и другими обучающимися группы, имеющими нарушения психического здоровья	37,2

Таблица 2

Эффективность методов дистанционного обучения для людей с нарушениями психического здоровья, проживающих в психоневрологическом интернате

Метод	Эффективность, %
Информационно-рецептивный метод, предполагающий передачу информации обучающимся с использованием различных видов электронных учебных материалов, в том числе учебников, рабочих тетрадей, аудио- и видеофайлов	86,9
Репродуктивный метод, основанный на алгоритмическом характере социально-образовательной деятельности обучающихся, включающий в себя различные упражнения и задачи, аналогичные тем, которые представлены в рекомендациях преподавателя и направлены на формирование практических навыков	88,1
Метод когнитивной визуализации случаев из практики, который предполагает положительный цветовой, звуковой и эмоциональный фон, поскольку визуальность в обучении выполняет не только иллюстративную, но и познавательную функцию	86,2
Исследовательский метод, который демонстрирует самостоятельность студентов и творческое практическое применение знаний в нестандартных ситуациях	14,5

Эффективными являются методы, наиболее простые для усвоения учебного материала и не требующие каких-либо аналитических манипуляций. Вероятно, они в большей степени способствуют социально-педагогической адаптации. Исследовательский метод предполагает более серьезную концентрацию внимания, абстрактного мышления и задействования аналитических способностей, поэтому получил наименьшее количество процентов.

В задачи включенного наблюдения входило выявление эффективных видов электронных материалов, подходящих для дистанционного обучения людей с нарушениями психического здоровья и способствующих успешной социально-педагогической адаптации (табл. 3).

Наиболее эффективными видами электронных материалов, способствующих социально-педагогической адаптации людей с нарушениями психического здоровья, можно назвать видеофайлы и комплексные аудио- и видеофайлы.

Обратимся теперь к результатам полуструктурированного интервью сотрудников психоневрологического интерната и педагогов. Проведение данной части исследовательской работы обусловлено тем, что для формулировки научных выводов мы посчитали недостаточным только включенное наблюдение за процессом обучения людей с нарушениями психического здоровья. Целью полуструктуриро-

Таблица 3

Эффективность видов электронных материалов для обучения людей с нарушениями психического здоровья, проживающих в психоневрологическом интернате

Виды электронных материалов	Эффективность, %
Комплексные аудио- и видеофайлы	89,1
Видеофайлы	86,2
Аудиофайлы	77,1
Практические задания, предназначенные для самостоятельного выполнения в электронном виде	38,2
Рабочие тетради, содержащие материал для самостоятельного изучения	36,7

Таблица 4

Результаты полуструктурированного интервью сотрудников психоневрологического интерната и педагогов	
Психолого-педагогические сложности при очном обучении людей с нарушениями психического здоровья	Доля, %
Яркие эмоциональные реакции (агрессия, страх, отвращение или нейтральное состояние и полная замкнутость) в ответ на действия преподавателя и других обучающихся, обусловленные спецификой заболевания, сниженной мотивацией к обучению и неадекватным уровнем самооценки	82,1
Нарушения в поведении (агрессивное поведение, отказ от контактов с окружающими людьми), обусловленные внешними условиями организации учебного процесса и окружающего пространства	80,2
Неспособность осуществлять социальную и образовательную деятельность самостоятельно, проявлять инициативу и творчески использовать полученные знания в нестандартных учебных ситуациях	45,2
Отсутствие навыков продуктивного общения с преподавателем и другими обучающимися, имеющими нарушениями психического здоровья	29,3

ванного интервью экспертов было получение компетентного мнения специалистов. Интервью длились от 1 ч до 2 ч 10 мин и позволили получить ответы на новые вопросы, возникшие в процессе проведения включенного наблюдения. Психиатры, клинические психологи, медицинские сестры, геронтологи, социальные работники объяснили взаимосвязь ментальных нарушений с особенностями восприятия и усвоения учебного материала (табл. 4).

Очное обучение предполагает постоянный личный контакт участников этого процесса на протяжении определенного времени. Противоречие состоит в следующем. С одной стороны, люди с нарушениями психического здоровья проявляют яркие эмоциональные реакции при длительной контактной работе с преподавателями и другими обучающимися, имеющими нарушения психического здоровья. С другой — они неспособны осуществлять социальную и образовательную деятельность самостоятельно, без постоянной помощи преподавателя или сотрудника стационарной организации, что позволяет сделать предварительный вывод о том, что дистан-

Таблица 5

Эффективность методов дистанционного обучения людей с нарушениями психического здоровья, проживающих в психоневрологическом интернате	
Метод	Эффективность, %
Информационно-рецептивный метод, предполагающий передачу информации обучающимся с использованием различных видов электронных учебных материалов, в том числе учебников, рабочих тетрадей, аудио- и видеофайлов	98,5
Репродуктивный метод, основанный на алгоритмическом характере деятельности обучающихся, включающий в себя различные упражнения и задачи, которые аналогичны тем, которые представлены в рекомендациях преподавателя, и направлены на формирование практических навыков	97,1
Метод когнитивной визуализации случаев из практики, который предполагает положительный цветовой, звуковой и эмоциональный фон, поскольку визуальность в обучении имеет не только иллюстративную, но и познавательную функцию	91,3
Исследовательский метод, который демонстрирует как самостоятельность студентов, так и творческое практическое применение знаний в нестандартных ситуациях	18,9

Таблица 6

Мнение сотрудников психоневрологического интерната и педагогов об эффективности видов электронных материалов для обучения людей с нарушениями психического здоровья, проживающих в психоневрологическом интернате	
Виды электронных материалов	Эффективность, %
Комплексные аудио- и видеофайлы	97,2
Видеофайлы	91,1
Практические задания, предназначенные для самостоятельного выполнения в электронном виде	64,2
Аудиофайлы	62,1
Рабочие тетради, содержащие материал для самостоятельного изучения	56,8

ционное обучение может устранить сложности социальной адаптации людей с нарушениями психического здоровья, проживающих в психоневрологическом интернате.

Вопросы полуструктурированного интервью экспертов были также направлены на определение эффективности методов дистанционного обучения людей с нарушениями психического здоровья в целях повышения их социально-педагогической адаптации (табл. 5).

Эксперты очень высокое (более 90%) значение придали сразу трем методам: информационно-рецептивному, репродуктивному, когнитивной визуализации случаев из практики. Они пояснили, что люди с ментальными нарушениями вполне способны воспринимать готовую учебную информацию, воспроизводить ее, пояснять видеоматериалы, особенно сопровождаемые звуком. Все это положительно влияет на социально-педагогическую адаптацию.

Интервью сотрудников психоневрологического интерната и педагогов позволило также получить их мнение об эффективности видов электронных материалов, применяемых в целях повышения социально-педагогической адаптации и усвоения учебной информации (табл. 6).

Наиболее эффективными видами электронных материалов являются комплексные аудио- и видеофайлы, а также видеофайлы.

В современных условиях получение образования в дистанционной форме позволяет избежать многих сложностей. Это подтверждают данные включенного наблюдения и материалы интервью. Включенное наблюдение показало, что существует ряд психолого-педагогических сложностей при очном обучении людей с нарушениями психического здоровья: яркие эмоциональные реакции в ответ на действия преподавателя и других обучающихся группы, имеющих нарушения психического здоровья (наблюдение — 89,3%, интервью — 82,1%), нарушения в поведении, обусловленные внешними условиями организации учебного процесса и окружающего пространства (наблюдение — 82,1%, интервью — 80,2%), неспособность осуществлять социальную и образовательную деятельность самостоятельно, развитие инициативы, творческое использование знаний в нестандартных учебных ситуациях (наблюдение — 43,4%, интервью — 45,2%), отсутствие навыков продуктивного общения с преподавателем и другими обучающи-

Здоровье и общество

мися группы, имеющими нарушения психического здоровья (наблюдение — 37,2%, интервью — 29,3%). Результаты включенного наблюдения и интервью незначительно различаются.

Установлены наиболее эффективные методы дистанционного обучения людей с нарушениями психического здоровья, способствующие повышению их социально-педагогической адаптации (см. табл. 2 и 5). Среди них: информационно-рецептивный метод (включенное наблюдение — 86,9%, полуструктурированное интервью — 98,5%), репродуктивный метод (наблюдение — 88,1%, интервью — 97,1%), метод когнитивной визуализации случаев из практики (наблюдение — 86,2%, интервью — 91,3%), исследовательский метод (наблюдение — 14,5%, интервью — 18,9%). Мы видим, что сотрудники психоневрологического интерната все методы оценивают эффективнее, чем исследователи, проводившие включенное наблюдение.

Результаты включенного наблюдения отличаются от данных полуструктурированного интервью экспертов (см. табл. 3 и 6). Разница состоит в оценке эффективности видов электронных материалов: комплексные аудио- и видеофайлы (наблюдение — 89,1%, интервью — 97,2%), видеофайлы (наблюдение — 86,2%, интервью — 91,1%), аудиофайлы (наблюдение — 77,1%, интервью — 62,1%), практические задания, предназначенные для самостоятельного выполнения в электронном виде (наблюдение — 38,2%, интервью — 64,2%), рабочие тетради, содержащие материал для самостоятельного изучения (36,7 и 56,8% соответственно). Сотрудники психоневрологического интерната гораздо выше оценили значение практических заданий для повышения социально-педагогической адаптации людей, проживающих в нем, чем исследователи, проводившие наблюдение.

Заключение

Достижению социально-педагогической адаптации людей с нарушениями психического здоровья во многом способствует их приспособление к условиям социально-образовательной деятельности. Результаты исследования показали, что существует ряд психолого-педагогических сложностей при очном обучении таких людей: яркие эмоциональные реакции в ответ на действия преподавателя и других людей с нарушениями психического здоровья, обусловленные спецификой заболевания, сниженной мотивацией обучения, неадекватным уровнем самооценки, а также нарушения в поведении, обусловленные организацией учебного процесса и окружающего пространства. Получение образования в дистанционной форме позволяет избежать данных сложностей и увеличить вероятность достижения социальной адаптации. Человек, даже имея нарушения психического здоровья, при соответствующих условиях может получать профессиональное образование, обеспечивать себя материально, быть полезным членом общества.

В результате исследования установлены наиболее эффективные методы дистанционного обучения, способствующие успешной социально-педагогической адаптации людей с нарушениями психического здоровья:

- информационно-рецептивный метод, предполагающий передачу материала с использованием различных электронных дидактических средств, в том числе учебников, книг, аудио- и видеофайлов;
- репродуктивный метод, основанный на алгоритмическом характере деятельности обучающихся, имеющих нарушения психического здоровья, и предполагающий выполнение различных упражнений и задач, аналогичных представленным в рекомендациях, которые направлены на формирование практических умений и навыков;
- метод когнитивной визуализации кейсов из практической профессиональной деятельности, предполагающий положительный цветовой, звуковой, эмоциональный фон, поскольку наглядность в обучении выполняет не только иллюстративную, но и когнитивную функцию;
- исследовательский, предполагающий проявление самостоятельности обучающимися, имеющими нарушения психического здоровья, а также творческое использование полученных ими знаний в нестандартных социальных ситуациях.

Для достижения социально-педагогической адаптации людей с нарушениями психического здоровья наиболее эффективными видами электронных материалов являются комплексные аудио- и видеофайлы, видеофайлы, аудиофайлы, практические задания, рабочие тетради.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Борисовский психоневрологический интернат № 1: официальный сайт. Доступно по ссылке: <http://internat1.ru/vmeste> (дата обращения 18.02.2019).
2. Некоммерческая организация социальных инициатив «Вера»: официальный сайт. Доступно по ссылке: <http://www.csi-vera.ru> (дата обращения 16.02.2019).
3. Кузнецов В. И. Социально-медицинская адаптация пациентов с психическими расстройствами в специализированных стационарных учреждениях (по материалам социологического исследования). Волгоград; 2008.
4. Colleen D. Public attitudes toward disclosing mental health conditions. *Social Work in Mental Health*. 2017;15(5):588—99.
5. Charles J. L. K. Mental Health Provider-Based Stigma: Understanding the Experience of Clients and Families. *Social Work in Mental Health*. 2013;11(4):360—75. doi: 10.1080/15332985.2013.775998
6. Lee Y. Older adult education: new public pedagogy in 21st Century Taiwan. *Austral. J. Adult Learning*. 2015;55(3). Available at: <https://www.ajal.net.au/older-adult-education-new-public-pedagogy-in-21st-century-taiwan> (accessed 09.02.2019).
7. Virgil G. Cognitive-Behavioral Therapy for Schizophrenia: Applications to Social Work Practice. *Social Work in Mental Health*. 2010;8(2):140—59.
8. Volkova O., Ananchenkova P., Besschetnova O. Distance social-psychological support for care-leavers. *eLearning & Software for Education*. 2018;2:274—9. Доступно по ссылке: <http://proceedings.elsec>

- onference.eu/index.php?r=site/index&year=2018 (дата обращения 17.02.2019).
9. Volkova O., Ananchenkova P., Besschetnova O. Distance education as a condition of elderly's social activity. In: Proceedings of the 13th International Conference On Virtual Learning, October 26—28, 2018. University of Bucharest; 2018. P. 149—54. Доступно по ссылке: <http://www.c3.icvl.eu/2018/call-papers> (дата обращения 07.02.2019).
 10. Абубакиров А. С., Ананченкова П. И., Амонова Д. С., Зудин А. Б., Снегирева Ю. Ю. Медицинская помощь в системе обязательного медицинского страхования. — Москва—Берлин: Директ-Медиа, 2019.
- Поступила 14.09.2019
Принята в печать 28.11.2019
- REFERENCES
1. Borisov Psychoneurological Boarding School № 1: official website. Available at: <http://internat1.ru/vmeste> (accessed 18.02.2019) (in Russian).
 2. Non-profit organization of social initiatives «Faith»: official site. Available at: <http://www.csi-vera.ru> (accessed 16.02.2019) (in Russian).
 3. Kuznetsov V. I. Social and medical adaptation of patients with mental disorders in specialized inpatient institutions (based on sociological research) [*Sotsial'no-meditsinskaya adaptatsiya patsientov s psikhicheskimi rasstroistvami v spetsializirovannykh statsionarnykh uchrezhdeniyakh (po materialam sotsiologicheskogo issledovaniya)*]. Volgograd; 2008 (in Russian).
 4. Colleen D. Public attitudes toward disclosing mental health conditions. *Social Work in Mental Health*. 2017;15(5):588—99.
 5. Charles J. L. K. Mental Health Provider-Based Stigma: Understanding the Experience of Clients and Families. *Social Work in Mental Health*. 2013;11(4):360—75. doi: 10.1080/15332985.2013.775998
 6. Lee Y. Older adult education: new public pedagogy in 21st Century Taiwan. *Austral. J. Adult Learning*. 2015;55(3). Available at: <https://www.ajal.net.au/older-adult-education-new-public-pedagogy-in-21st-century-taiwan> (accessed 09.02.2019).
 7. Virgil G. Cognitive-Behavioral Therapy for Schizophrenia: Applications to Social Work Practice. *Social Work in Mental Health*. 2010;8(2):140—59.
 8. Volkova O., Ananchenkova P., Besschetnova O. Distance social-psychological support for care-leavers. *eLearning & Software for Education*. 2018;2:274—9. Available at: <http://proceedings.elseconference.eu/index.php?r=site/index&year=2018> (accessed 09.02.2019).
 9. Volkova O., Ananchenkova P., Besschetnova O. Distance education as a condition of elderly's social activity. In: Proceedings of the 13th International Conference On Virtual Learning, October 26—28, 2018. University of Bucharest; 2018. P. 149—54. Available at: <http://www.c3.icvl.eu/2018/call-papers> (accessed 09.02.2019).
 10. Abubakirov A. S., Ananchenkova P. I., Amonova D. S., Zudin A. B., Snegireva Yu. Yu. Medicinskaya pomoshch' v sisteme obyazatel'nogo medicinskogo strahovaniya. — Moskva—Berlin: Direkt-Media, 2019.

Масягутова Л. М., Абдрахманова Е. Р., Ахметшина В. Т., Хафизова А. С., Хайруллин Р. У.

О СОСТОЯНИИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ АЛЛЕРГИЧЕСКОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

ФБУН «Уфимский научно-исследовательский институт медицины труда и экологии человека», 450106, г. Уфа

Представлены новые данные о состоянии профессиональной аллергической заболеваемости на примере Республики Башкортостан. Установлено, что в структуре профессиональной патологии заболевания аллергической этиологии занимают значимое место и за изученный период показатель варьировал от 16,8 до 23,7%. По видам экономической деятельности преобладают работники учреждений здравоохранения, далее — работники агропромышленного комплекса, работники добывающей и строительной отраслей. Одним из важных направлений является разработка мероприятий по профилактике профессиональных аллергических заболеваний.

Ключевые слова: профессиональные заболевания; аллергены; здоровье работающих; воздействие факторов производства.

Для цитирования: Масягутова Л. М., Абдрахманова Е. Р., Ахметшина В. Т., Хафизова А. С., Хайруллин Р. У. О состоянии профессиональной аллергической заболеваемости в современных условиях. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2020;28(2):249—252. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2020-28-2-249-252>

Для корреспонденции: Масягутова Ляйля Марселевна, д-р мед. наук, зав. отделением лабораторных методов исследований ФБУН «Уфимский научно-исследовательский институт медицины труда и экологии человека», e-mail: kdl.ufa@rambler.ru

Masyagutova L. M., Abdrakhmanova E. R., Akhmetshina V. T., Khafisova A. S., Khayrullin R. U.

ON SITUATION WITH OCCUPATIONAL ALLERGIC MORBIDITY IN MODERN CONDITIONS

The Federal Budget Institution of Science “The Ufa Research Institute of Occupational Medicine and Human Ecology”, 450106, Ufa, Russia

The article presents new research data concerning characteristics of formation, prevalence, identification of the main nosological forms of occupational allergic morbidity in various districts of the Republic of Bashkortostan. It is demonstrated that in the structure of occupational pathology diseases of allergic etiology take significant place varying from 16,8% to 23,7%. One of the important trends is development of preventive measures for development and propagation of occupational allergic diseases.

Keywords: occupational diseases; allergen; occupational health; exposure to occupational factors.

For citation: Masyagutova L. M., Abdrakhmanova E. R., Akhmetshina V. T., Khafisova A. S., Khayrullin R. U. On situation with occupational allergic morbidity in modern conditions. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2020;28(2):249—252 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2020-28-2-249-252>

For correspondence: Masyagutova L. M., doctor of medical sciences, the Head of the Department of Laboratory Analysis Methods of the Federal Budget Institution of Science “The Ufa Research Institute of Occupational Medicine and Human Ecology”, e-mail: kdl.ufa@rambler.ru

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support

Received 03.10.2019
Accepted 28.11.2019

Введение

Состояние здоровья работоспособного населения является основным индикатором здоровья общества. Общепринятым критерием профессионального риска признан показатель профессиональной заболеваемости (ПЗ) [1].

Данные статистической отчетности Российской Федерации свидетельствуют о снижении показателей профессиональных заболеваний до 1,31 на 10 тыс. работников в 2017 г. относительно 2012 г. (2016 г. — 1,47; 2015 г. — 1,65; 2014 г. — 1,74; 2013 г. — 1,79; 2012 г. — 1,71). Соответственно снизилось число зарегистрированных случаев профессиональной патологии с 7907 в 2012 г. до 5786 в 2017 г. (2016 г. — 6545; 2015 г. — 7410; 2014 г. — 7891; 2013 г. — 8175; 2012 г. — 7907).

В структуре ПЗ доля аллергопатологии составила в 2017 г. 1,47%, в 2016 г. — 1,54%, в 2015 г. — 1,85% [2].

Современная классификация промышленных аллергенов в зависимости от категории их опасности различает высокоопасные, умеренно опасные, потенциально опасные аллергены, для которых допустимые уровни установлены с учетом порога сенситизирующего действия. Формирование аллергии к промышленным аллергенам зависит от свойств аллергена, а также его комбинации с другими факторами. Высокомолекулярные аллергены (полные) вызывают аллергические реакции немедленного типа, замедленного типа, антителозависимую цитотоксичность, иммунокомплексную цитотоксичность. Низкомолекулярные аллергены (гаптены) формируют аллергическую реакцию путем соединения гаптена с белковыми молекулами (так называемый комплексный антиген) [3].

Большое значение в развитии профессиональных аллергических заболеваний имеют пути поступления, концентрация аллергенов, их антигенные свойства, дисперсность и растворимость, длительность

экспозиции, кратность контакта с аллергенами.

Особую опасность представляет группа аэрозолей — промышленных пылей, которые наряду с твердой дисперсной фазой могут иметь в составе субстраты, состоящие из биологически активных компонентов (в том числе бактериальных, вирусных, грибковых и др.). Они длительное время могут сохраняться во взвешенном состоянии в воздухе рабочей зоны и воздействовать на работника в течение всей рабочей смены.

В различных отраслях промышленности и в сельском хозяйстве имеет место комплексное (разные пути поступления) и комбинированное (различное сочетание нескольких аллергенов) воздействие аллергенов, что обуславливает особенности клинического течения профессиональных аллергических заболеваний [4—6].

Целью настоящего исследования является анализ новых данных о состоянии профессиональной аллергической заболеваемости в Республике Башкортостан.

Материалы и методы

Анализ выполнен на основе документов статистической отчетности ФБУН «Уфимский научно-исследовательский институт медицины труда и экологии человека» за 2000—2017 гг.

В изучаемый массив включены следующие патологические состояния: дерматит и экзема (L20—L30), крапивница и эритема (L50—L54), аллергический ринит (J30), бронхиальная астма (J45), экзогенный аллергический альвеолит (J67), отек Квинке (T78.3).

Результаты исследования

В течение последних 19 лет в Республике Башкортостан показатель профессиональной заболеваемости в различные годы составлял от 0,8 до 1,64 случая на 10 тыс. работающего населения, что ниже общероссийских показателей в 1,5—2 раза (рис. 1). В абсолютных показателях это составляет от 83 до 180 случаев профессиональных заболеваний.

Наиболее часто профессиональная аллергическая заболеваемость регистрировалась в 2001, 2002, 2003 и 2010 гг. Так, в 2001 г. этот показатель составил 0,22 случая на 10 тыс. работающих, или 23,66% всей профессиональной патологии (31 случай), в 2002 г. — 0,27 на 10 тыс. работающих, или 20,63%, в 2003 г. — 0,22, или 17,24% от общего числа установленных профессиональных заболеваний.

С 2010 г. выражено снижение удельного веса аллергической патологии в структуре общей ПЗ. Не-

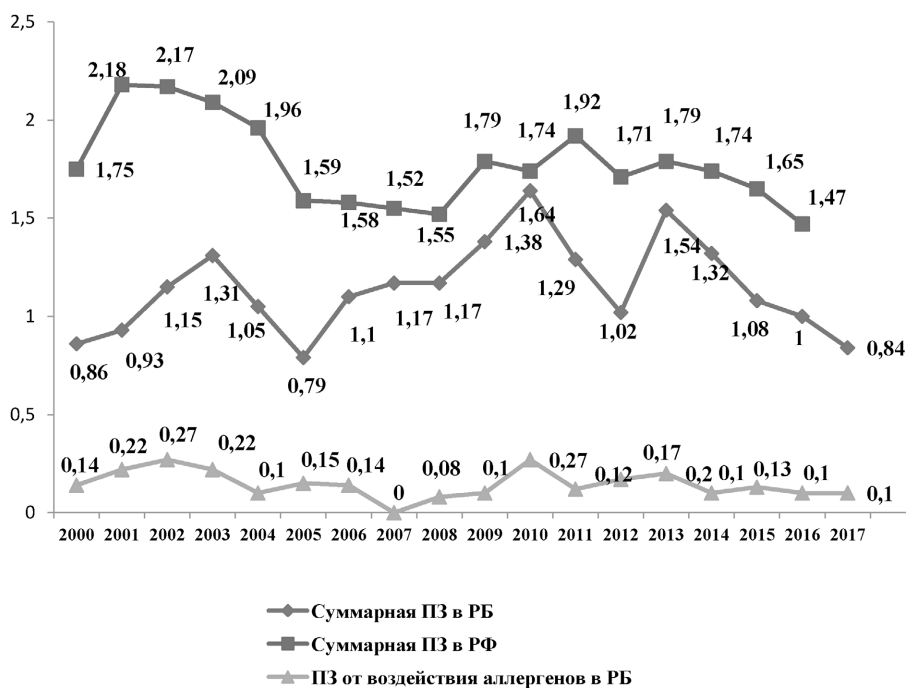


Рис. 1. Динамика ПЗ по годам (на 10 тыс. работающих).

смотря на то что ПЗ по аллергическим заболеваниям в 2010 г. зарегистрирована на уровне 0,27 случая на 10 тыс. работающих, доля изученной патологии составила 7,7%. Доля аллергической патологии в формировании показателей ПЗ составляла от 7,3% в 2008 г. до 23,66% в 2001 г.

Связь заболевания с профессиональной деятельностью имеет четко выраженную зависимость от длительности работы в данной профессии: 3% случаев установлено в группе работников со стажем до 5 лет, 7% — при стаже 6—10 лет, 20% — 11—15 лет, 17% — 16—20 лет, 23% — 21—25 лет и 30% — при стаже более 25 лет.

Если суммарная ПЗ выявляется преимущественно у мужчин (до 60%), то профессиональная аллергия является уделом женщин (68%).

Наибольший удельный вес аллергической патологии в структуре впервые установленных профессиональных заболеваний относительно видов экономической деятельности суммарно за 2010—2017 гг. зарегистрирован в учреждениях здравоохранения и предоставления социальных услуг, на предприятиях сельского хозяйства, охоты и лесного хозяйства, на предприятиях обрабатывающих производств, в строительной отрасли (рис. 2).

Количество выявленных профессиональных заболеваний существенно зависит от компетентности медицинских работников и определенных установок работника и работодателя. Наиболее значимыми профессиональными неблагоприятными факторами, способствующими развитию патологии, являются повседневный контакт с аллергенами различного происхождения, биологически активными веществами и химическими соединениями. По анализу данных санитарно-гигиенических характеристик работников здравоохранения, чаще всего причинами

Здоровье и общество

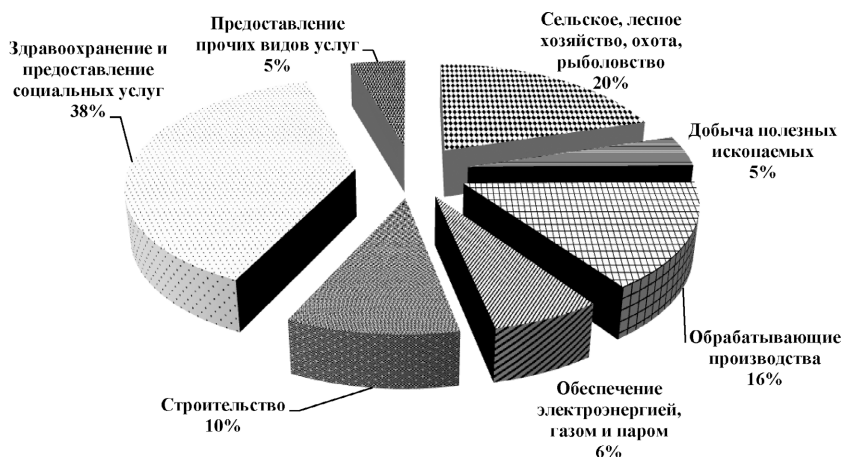


Рис. 2. Доля работников по видам экономической деятельности в формировании аллергической ПЗ (по данным 2017 г.).

развития аллергопатологии служили дезинфицирующие средства, антибиотики, витамины, вакцины.

Второй по значимости профессиональной группой риска являются работники агропромышленного комплекса: птичники, животноводы, механизаторы, ветеринары. Доля этих работников в общей структуре аллергической профессиональной заболеваемости, по данным 2010—2017 гг., составляет 20%. Проведенные исследования свидетельствуют о наличии комплекса факторов, способствующих формированию аллергического компонента данной группы работников [7].

Работники обрабатывающей промышленности ежегодно составляют от 13 до 17% среди лиц с установленным диагнозом аллергической ПЗ. Среди данной группы работников преобладают следующие профессии: шлифовщик, мукомол, пекарь. Очевидно, что риск развития профессиональных аллергических заболеваний увеличивается при сочетании с другими факторами рабочей среды и трудового процесса (физические перегрузки, неблагоприятный микроклимат), а также при использовании малоэффективных средств индивидуальной защиты или их нерегулярном использовании.

В строительной отрасли профессиональная аллергопатология является причиной развития 10% профессиональных заболеваний. Среди профессий чаще встречались отделочники, штукатуры-маляры, изолировщики. Эти рабочие по роду профессиональной деятельности имеют контакт с цементом, асбестом, в состав которых входят соединения металлов-аллергенов (хром, никель), а также с красками, лаками, органическими растворителями, стекловолокном. Заболевания чаще развиваются у работников производств с периодическим технологическим процессом, с недостаточной его автоматизацией и механизацией. Наиболее интенсивное воздействие на работников промышленных аэрозолей происходит во время выполнения ряда технологических операций: чистка и ремонт оборудования, загрузка сырья и выгрузка готовой продукции, нештатные ситуации.

При анализе первично установленных профессиональных аллергозов выявлено, что лишь 34% из них диагностируются при проведении периодических медицинских осмотров.

Из нозологических форм в данной группе заболеваний наиболее часто встречаются бронхиальная астма, аллергический ринит, далее следуют дерматит и экзема (рис. 3).

В структуре профессиональной патологии заболевания аллергической этиологии не являются лидирующими, однако занимают значимое место и в большинстве (84,8%) случаев способствуют снижению, а зачастую и полной потере профессиональной и общей трудоспособности, что несомненно ведет к снижению качества жизни. Характерной особенностью аллергической патологии профессионального генеза является раннее присоединение инфицирования с прогрессированием иммунодефицитного состояния.

При формировании комплекса профилактических мероприятий особое значение необходимо уделять обеспечению допустимых гигиенических параметров с учетом специфических особенностей соответствующего производства.

Профилактика профессиональных аллергических заболеваний включает ряд мероприятий, среди которых одно из основных мест занимает обеспечение безопасных условий на рабочем месте:

Профилактика профессиональных аллергических заболеваний включает ряд мероприятий, среди которых одно из основных мест занимает обеспечение безопасных условий на рабочем месте:

- использование современных технологических процессов и оборудования, преимущественно «замкнутого цикла»;
- проведение мероприятий, направленных на защиту временем, в том числе с учетом принципа доза—эффект;
- жесткий контроль за соблюдением режима труда и отдыха работника
- создание систем медико-санитарного и медико-социального обеспечения работников;
- нормализация санитарно-гигиенических и психофизиологических условий труда;

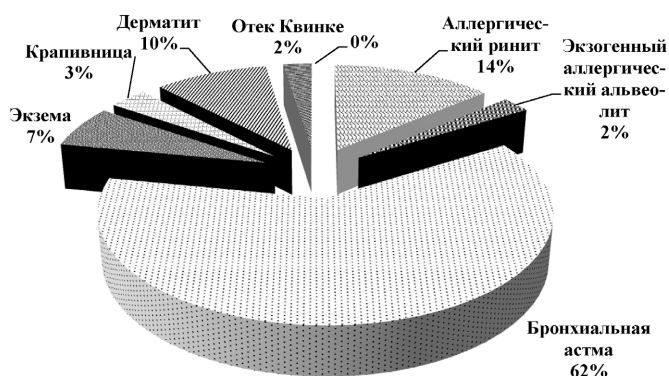


Рис. 3. Структура профессиональных аллергических заболеваний в Республике Башкортостан (суммарные данные за 2010—2017 гг.).

— контроль за рациональным использованием средств индивидуальной и коллективной защиты.

Основой медицинской профилактики, реализуемой медицинской организацией, является качественное медицинское наблюдение работников в соответствии с принятыми нормативными документами:

- предварительные — при поступлении на работу — медицинские осмотры, при проведении которых необходимо учитывать общие противопоказания, индивидуальную чувствительность, рассчитывать прогностические риски развития заболевания;
- алгоритм проведения периодических медицинских осмотров должен быть основан на этапности и регламентированном объеме комплекса медицинского обследования в целях своевременной диагностики формирования профессиональных производственно обусловленных и общих заболеваний, препятствующих продолжению работы;
- индивидуальное диспансерное наблюдение с учетом выявленных отклонений от нормы, с обязательным контролем за соблюдением полученных рекомендаций по оздоровлению каждого работника, подвергающегося воздействию конкретного вредного фактора рабочей среды и трудового процесса;
- практическое лечение и оздоровление, в том числе лечебное питание, лечебная физкультура, санаторно-курортное лечение;
- санитарно-гигиеническое воспитание, формирование здорового образа жизни;
- определение группы работников с производственно обусловленными заболеваниями.

Выводы

1. Значительную долю (от 16,8 до 23,7% в разные годы) в формировании ПЗ в Республике Башкортостан занимает аллергопатология.
2. По видам экономической деятельности на первом месте находятся работники учреждений здравоохранения, затем работники агропромышленного комплекса, на третьем месте — работники добывающей и строительной отрасли.
3. Назрела потребность в разработке мероприятий по обеспечению безопасных условий труда и профилактике профессиональных аллергических заболеваний и своевременной оценке риска для здоровья работников, имеющих контакт с аллергенами.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Измеров Н. Ф., Симонова Н. И., Низязева И. В. Исследование и анализ профиля профессионального риска. *Медицина труда и промышленная экология*. 2015;(9):60—1.
2. О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации в 2017 году: Государственный доклад. М.: Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека; 2018.
3. Дуюва Л. А., Измерова Н. И., Головкова Н. П., Молодкина Н. Н., Халепо А. И. Классификация промышленных аллергенов: критерии и перечень-классификатор. Методические рекомендации. М.; 2004.
4. Гарипова Р. В., Берхеева З. М. Анализ профессиональной заболеваемости медицинских работников Республики Татарстан. *Медицина труда и промышленная экология*. 2015;(4):107—13.
5. Голиков Р. А., Суржиков Д. В., Кислицына В. В., Штайгер В. А. Влияние загрязнения окружающей среды на здоровье населения (обзор литературы). *Научное обозрение. Медицинские науки*. 2017;(5):20—31.
6. Захаренков В. В., Казизская А. С., Михайлова Н. Н. Влияние вредных производственных факторов на иммунный статус организма. *Медицина труда и промышленная экология*. 2017;(12):19—23.
7. Масыгутова Л. М., Гизатуллина Л. Г., Волгарева А. Д., Бакиров А. Б., Шагалина А. У. Распространенность заболеваний аллергической этиологии у работников животноводческого комплекса. *Медицина труда и экология человека. Сетевое издание*. 2018;(3):52—8.

Поступила 03.10.2019
Принята в печать 28.11.2019

REFERENCES

1. Izmerov N. F., Simonova N. I., Nizyaeva I. V. Research and analysis of the professional risk file. *Meditsina truda i promyshlennaya ekologiya*. 2015;(9):60—1 (in Russian).
2. The state of sanitary and epidemiological welfare of the Russian population in 2017: the State report [O sostoyanii sanitarno-epidemiologicheskogo blagopoluchiya naseleniya v Rossiiskoi Federatsii v 2017 godu: Gosudarstvennyi doklad]. Moscow: Federal Service for Supervision of Consumer Rights Protection and Human Welfare; 2018 (in Russian).
3. Duyeva L. A., Izmerova N. I., Golovkova N. P., Molodkina N. N., Halepo A. I. The classification of industrial allergens: criteria and list-classifier. Guidelines [Klassifikatsiya promyshlennykh allergenov: kriterii i perechen'-klassifikator. Metodicheskie rekomendatsii]. Moscow; 2004 (in Russian).
4. Garipova R. V., Berkheeva Z. M. Analysis of occupational morbidity of healthcare workers of the Republic of Tatarstan. *Occupational health and industrial ecology*. 2015;(4):107—13 (in Russian).
5. Golikov R. A., Surzhikov D. V., Kislitsyna V. V., Steiger V. A. The impact of environmental pollution on public health (Literature review). *Nauchnoe obozrenie. Mtditsinskie nauki*. 2017;(5):20—31 (in Russian).
6. Zakharenkov V. V., Kazitskaya A. S., Mikhailova N. N. The impact of harmful occupational factors on the body immune status. *Meditsina truda i promyshlennaya ekologiya*. 2017;(12):19—23 (in Russian).
7. Masyagutova L. M., Gizatullina L. G., Volgareva A. D., Bakirov A. B., Shagalina A. U. The prevalence of allergic diseases among workers of the livestock complex. *Meditsina truda i promyshlennaya ekologiya*. 2018;(3):52—8 (in Russian).

Кисиленко А. В., Шаповалова И. С., Кисиленко Д. Г., Хашаева С. В., Ковальчук О. В.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЭКСПЕРТНОГО ОПРОСА О ФАКТОРАХ САМОСОХРАНИТЕЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ ЦЕНТРАЛЬНЫХ РЕГИОНОВ РОССИИ

ФГАОУ ВО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет», 308015, г. Белгород

Для воспроизводства здорового общества необходимо уделять особое внимание самосохранительному поведению населения, поскольку здоровье категория не только медицинская, но и социальная. Оно выступает одновременно как результат взаимодействия индивида и социальной среды и как жизненный ресурс развития, условие успешной реализации социальных статусов и ролей, залог жизнеспособности социальной системы в целом. Стихийная здоровьесберегающая социализация и несформированность поведенческих паттернов, связанных с поддержанием и укреплением здоровья, имитационные практики самосохранения, которые демонстрируют разные социально-демографические группы, особенно молодежь, создают угрозу хронизации заболеваний, дальнейшего ухудшения показателей национального здоровья, в том числе снижения воспроизводственного потенциала государства и увеличения рисков демографической политики в будущем. Это диктует необходимость системного анализа факторов и причин, обуславливающих низкую поведенческую активность жителей России в вопросах здоровьесбережения, определения их значимости и связи с показателями здоровья.

Проведен экспертный опрос, который позволил обозначить конфигурацию основных факторов и рисков в системе окружающая среда — здоровье, существенно влияющих на формирование моделей поведения в отношении него. Участие в исследовании экспертов, представляющих различные сферы профессиональной деятельности — здравоохранение, физическую культуру, экологию, государственное и муниципальное управление, образование и науку, — доказывает высокую достоверность полученных результатов и дает возможность говорить о локализации основных внешних угроз с наибольшими показателями отрицательного влияния на формирование самосохранительных установок. Общая картина значимости различных факторов, определяющих возможные вариации и главную линию поведения населения центральной части России в контексте здоровьесбережения, позволяет вывести на первый план личностные факторы, связанные с готовностью за счет собственных усилий обеспечивать воспроизводство своего здоровья, инфраструктурные и социально-экономические факторы, определяющие индивидуальные и групповые возможности россиян, использовать потенциал здоровьесберегающих учреждений в реализации валеологических установок, а также факторы доверия, выступающие в роли импульса, активизирующего взаимоотношения граждан с системой здравоохранения.

Ключевые слова: самосохранительное поведение; здоровье; факторы здоровьесбережения; оценка эффективности региональной политики в области здравоохранения.

Для цитирования: Кисиленко А. В., Шаповалова И. С., Кисиленко Д. Г., Хашаева С. В., Ковальчук О. В. Анализ результатов экспертного опроса о факторах самосохранительного поведения населения центральных регионов России. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2020;28(2):253—260. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2020-28-2-253-260>

Для корреспонденции: Кисиленко Анастасия Владимировна, канд. соц. наук, доцент кафедры социологии и организации работы с молодежью ФГАОУ ВО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет», e-mail: kisilenko@bsu.edu.ru

Kisilenko A. V., Shapovalova I. S., Kisilenko D. G., Khashaeva S. V., Kovalchuk O. V.

THE ANALYSIS OF EXPERT SURVEY ON FACTORS OF SELF-PRESERVING BEHAVIOR OF POPULATION OF THE CENTRAL REGIONS OF RUSSIA

The Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education “The Belgorod State National Research University”, 308009, Belgorod, Russia

For the reproduction of healthy society, it is necessary to pay special attention to self-preserving behavior of population, since health is not only medical, but also social category. The health acts both as result of interaction of individual and the social environment, and as key condition for successful implementation of social statuses and roles, viability of social system as a whole. The spontaneous “health-saving” socialization, and, as a result, lacking of formation of behavioral patterns related to maintaining and strengthening health, imitation practices of self-care, which are demonstrated by different social demographic groups, especially young population, form danger of development of chronic diseases, further deterioration of national health indices, including decreasing reproductive potential of the state and increasing risks of for demographic policy in the future. This dictate needs for systematic analysis of factors and causes that lead to weak behavioral activity of Russian population in matters of “health-saving”, determining their significance and relationship with health indices. The expert survey was carried out that allowed to identify configuration of main factors and risks in the system “environment — health”, significantly affecting development of patterns of behavior in relation to it. The participation of experts representing various areas of professional activity (health care, physical education, ecology, state and municipal administration, education and science) proves high reliability of results and makes it possible to consider localization of main external dangers with highest rates of negative impact on development of self-preservation attitudes. The overall pattern of significance of various factors determining possible variations and main line of behavior of population of the central regions of Russia in context of health conservation allows to bring to foreground personal factors associated with willingness to ensure reproduction of one’s own health, infrastructural and socio-economic factors that determine individual and group opportunities for Russia population to use potential of “health-saving” attitudes as well as factors of trust acting as an impulse, activating relationship of population and health care system.

Keywords: self-preserving behavior; health; factor; assessment; effectiveness; regional health care policy.

For citation: Kisilenko A. V., Shapovalova I. S., Kisilenko D. G., Khashaeva S. V., Kovalchuk O. V. The analysis of expert survey on factors of self-preserving behavior of population of the central regions of Russia. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2020;28(2):253—260 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2020-28-2-253-260>

For correspondence: Kisilenko A. V., candidate of sociological sciences, associate professor of the Chair of Sociology and Organization of Work with youth of the Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education "The Belgorod State National Research University". e-mail: kisilenko@bsu.edu.ru

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support

Received 06.10.2019
Accepted 28.11.2019

Введение

Формирование самохранительного поведения населения является одной из приоритетных задач не просто демографического развития, но и сохранения, воспроизводства социального потенциала российского общества, обеспечения государственной целостности, суверенности и национальной безопасности. На передний план выходят социально-демографические проблемы, связанные с низкой рождаемостью, высокой смертностью населения трудоспособного возраста, снижением продолжительности жизни, общим ухудшением здоровья людей, ставящие перед государством и его системами задачу преодоления кризисных тенденций и противоречий, связанных с реальными практиками самохранительного поведения россиян, имеющими в основном негативное следствие для здоровья. Для современного российского социума, особенно молодой его части, по мнению О. В. Лисиной, характерно распространение двух крайних форм поведения в области здоровьесбережения. Первая связана с желанием выглядеть, а не быть здоровым, вторая — с гипертрофированной ориентированностью на здоровый образ жизни, выражающейся в нарциссическом культе тела [1]. Поведенческие факторы, влияющие на здоровье, усиливаются факторами окружающей среды, материального благополучия и неравенства, социальной политики обеспечения здоровья и продолжительности жизни, психологической атмосферы, стрессогенности и прочего [2]. Отдавая безусловный приоритет активной деятельности индивида в отношении собственного здоровья, исследователи отмечают, что самохранительное поведение — категория довольно многомерная. Одни авторы раскрывают смысловое содержание данного понятия в терминах демографии и определяют его как «специфическую форму поведения, которая характеризуется комплексом действий, ценностей и установок, направленных на воспроизводство своего здоровья и продление жизни» [3], «необходимый сложный многоуровневый компонент социального воспроизводства населения, разновидность социально-демографического поведения, включающий в себя совокупность знаний, потребностей, ценностных ориентаций, мотивов, установок, характеризующих, организующих и направляющих внешнюю действительную активность личности, группы, общества на сохранение, воспроизводство и поддержание своего здоровья, здорового образа жизни в течение всего жизненного цикла, оптимизацию средовых факторов» [4]. Другие подчеркивают связь самохранительного поведения с социокультурными фак-

торами, отмечая, что культура здоровья (самохранения) относится к фундаментальным образованиям личности (группы), обеспечивающим ее активность и избирательность в реализации конкретных практик по оздоровлению своего образа жизни. Как личностная (групповая) характеристика такая культура проявляется «в системе ценностей, мировоззрении, характере деятельности, поведении и способе жизни» [5]. Социокультурная детерминированность здоровья, рассмотрение его в контексте личной, групповой, национальной культуры акцентируют внимание исследователей на ценностных основаниях социетальной системы, позволяющих обеспечить такую модель поведения людей, которая приводит к сохранению, а не разрушению здоровья [6—8]. Некоторые исследователи предпринимают попытки экономически объяснить готовность населения к усвоению норм самохранительного поведения, выделяя среди наиболее значимых факторов социально-экономической детерминации уровень экономического развития и деятельности региона, состояние инфраструктуры здравоохранения, инвестиции в основной капитал, дифференциацию населения по уровню доходов [9].

Материалы и методы

Полидетерминированность самохранительного поведения и многогранность проблемы отношения населения России к своему здоровью обуславливают необходимость верификации факторов и рисков в системе окружающей среда — здоровье, влияющих на формирование ценностных и поведенческих паттернов, связанных с обеспечением и укреплением здоровья. Комплексная оценка действия указанных факторов была предпринята нами в рамках экспертного опроса ($n=30$). Выборка производилась по четырем основным показателям, среди которых сфера деятельности, пол, возраст и место жительства респондентов.

Результаты исследования

Определяя степень влияния различных факторов на состояние здоровья населения (табл. 1), эксперты на первое место поставили курение и злоупотребление алкоголем (53,3%). Вторую позицию разделили неблагоприятное состояние окружающей среды (43,3%) и некачественные продукты питания (40%). На третьем месте находятся несвоевременное обращение к врачам, пренебрежение профилактическими осмотрами (33,3%) и недостаточная двигательная активность (30%). Среди малозначимых факторов были отмечены плохие жилищные условия и нерациональное питание (6,7%). Отсутствие условий для

Таблица 1

Ответы экспертов на вопрос «Что из перечисленного оказывает наибольшее влияние на ухудшение здоровья человека?»

Фактор	Доля, %
Неблагоприятное состояние окружающей среды	43,3
Нехватка денег на лечение, лекарства	10
Некачественные продукты питания	40
Плохие жилищные условия	6,7
Курение и злоупотребление алкоголем	53,3
Недостаточная двигательная активность	30
«Плохая наследственность», наличие наследственных заболеваний	20
Несвоевременное обращение к врачу, пренебрежение профилактическими осмотрами	33,3
Нерациональное питание	6,7
Постоянное нервное напряжение	16,7
Физическое переутомление на работе и дома	20
Отсутствие условий для занятий физической культурой и спортом	0
Низкое качество медицинского обслуживания	23,3
Несоблюдение режима дня (недосыпание, недостаточный отдых)	13,3
Другое	0

занятий физической культурой и спортом, по мнению экспертов, абсолютно не влияет на ухудшение общественного здоровья. Таким образом, наиболее существенную роль в формировании и поддержании здоровья человека играют образ его жизни, качество окружающей среды и медицинская активность. Радикальные изменения в указанных сферах в состоянии обеспечить необходимый уровень здоровья граждан. При этом если среда человеческой жизнедеятельности является внешним фактором детерминации состояния здоровья, то образ жизни и медицинская активность, несмотря на определенную обусловленность социально-экономическими условиями, — в большей степени поведенческие факторы, а результат личностного выбора, их коррекция во многом зависят от усилий самого человека, самодисциплины, самоконтроля и самовоспитания, использования резервных возможностей личности. Оздоровительные практики, занятия физической культурой и спортом, отказ от курения, употребления алкогольных напитков, переедания, злоупотребления вредными продуктами и пр. — позитивные примеры реализации здоровьесберегающей стратегии, активного поведения в сфере самосохранения. Таким образом, эксперты констатируют ведущую роль самого человека в воспроизводстве собственного здоровья, отдавая приоритет с точки зрения степени влияния на здоровье изменяемым факторам риска.

Формирование здоровья человека происходит под воздействием сложной многокомпонентной рискогенной среды, в которой наряду с природно-климатической обстановкой, способной ослаблять защитные функции человеческого организма, огромную роль играют собственно социальные условия жизни. Поскольку естественная среда испытывает постоянные антропогенные трансформации, состояние здоровья человека определяется главным образом экономическими, политическими, экологическими, бытовыми и другими сторонами его личной жизни и общества в целом (табл. 2). По мнению экс-

пертов, в значительной степени здоровье связано именно с социально-экономической ситуацией (51,9%). Уровень жизни, безработица, ценовой фактор спроса, состояние экономики в целом являются важнейшими показателями, определяющими экономические возможности граждан вести здоровый образ жизни. Отмечают естественную взаимосвязь здоровья с рисками жизненного цикла 33,3% респондентов. Так, на заключительном этапе человеческой жизни возможность влияния на состояние здоровья значительно снижается в связи с необратимым процессом старения организма.

В целом при разработке и реализации программ здоровьесбережения должен учитываться весь комплекс объективно и субъективно осознаваемых рисков и факторов социально-экономического, социально-политического, социокультурного и собственно социального характера, под воздействием которых формируется и трансформируется отношение населения к здоровью, вырабатываются здоровьесберегающие установки (табл. 3). Первые позиции среди указанных факторов, по оценке экспертов, занимают уровень развития медицинской, рекреационной, спортивной инфраструктуры (53,3%), уровень социально-экономического развития территории (46,7%), уровень жизни населения (46,7%), социальное самочувствие (46,7%), наличие в общественном сознании здоровья как ценности (70%), наличие в массовом сознании установки на поддержание здоровья (60%). Если социально-экономические и социально-политические факторы, отмеченные экспертами, характеризуют внешнюю среду и отражают качество жизни населения, то социокультурные факторы говорят о ценностных приоритетах граждан, от которых во многом зависит готовность к различным видам поведенческой активности, направленной на сохранение и поддержание здоровья, выбор тех или иных форм ведения здорового образа жизни. Культура самосохранения позволяет минимизировать некоторые факторы риска и снабжает человека навыками, необходимыми для обеспечения здоровой и максимально продолжительной жизни [10].

Зачастую население может демонстрировать весьма безответственное отношение к вопросу сохранения собственного здоровья, занимая преиму-

Таблица 2

Ответы экспертов на вопрос «Какие из перечисленных групп социальных рисков оказывают наиболее негативное влияние на здоровье россиян в настоящее время?»

Группа риска	Доля, %
Риски жизненного цикла (заболевания, травмы, старение, смерть)	33,3
Риски, связанные с экономическими отношениями (низкий уровень жизни населения, безработица, рост цен, экономический кризис/реформы)	51,9
Экологические риски, имеющие социальные последствия (неблагоприятная экологическая обстановка в месте проживания, наводнения, землетрясения, техногенные катастрофы)	11,1
Социально-политические риски (политическая нестабильность, социальная изоляция, коррупция, криминал)	3,7

Таблица 3

Ответы экспертов на вопрос «Какие из указанных факторов должны в первую очередь учитываться при разработке и реализации программ здоровьесбережения?»

Факторы	Доля, %
Социально-экономические факторы	
Уровень социально-экономического развития территории	46,7
Ресурсный потенциал территории	30
Уровень жизни населения	46,7
Уровень развития медицинской, рекреационной, спортивной инфраструктуры	53,3
Покупательная способность и структура расходов населения	33,3
Уровень и динамика социального неравенства	10
Эти факторы не имеют существенного значения	0
Затрудняюсь ответить	0
Социальные и социально-политические факторы	
Геополитическое положение территории	3,3
Сформированность нормативно-правовой базы в сфере охраны здоровья	10
Права граждан в сфере здоровья	33,3
Уровень доверия населения к власти	30
Уровень протестной активности	3,3
Социальное самочувствие населения	46,7
Уровень социального стресса	36,7
Уровень социального контроля	3,3
Степень информированности населения о проектах в сфере охраны здоровья	20
Эти факторы не имеют существенного значения	6,7
Затрудняюсь ответить	6,7
Социокультурные факторы	
Уровень общей культуры населения	33,3
Наличие в общественном сознании здоровья как ценности	70
Наличие в массовом сознании установки на поддержание здоровья	60
Культурно-исторические особенности территории	6,7
Особенности этнического и религиозного состава населения	6,7
Общественное мнение по вопросу здорового образа жизни	16,7
Эти факторы не имеют существенного значения	0
Затрудняюсь ответить	0

щественно пассивную позицию и нивелируя ответственность самих его обладателей. Объясняя причины низкой активности значительной части россиян по укреплению здоровья, эксперты в качестве доминирующей проблемы отметили отсутствие внимания к здоровью населения именно со стороны государства (70%). Это является вполне закономерным, если учитывать патерналистский характер общества и государства, в том числе системы здравоохранения советского периода, долгое время бесплатно и качественно гарантировавших необходимый уровень общественного здоровья. Социально-экономические трансформации 1990-х годов поставили население перед необходимостью изменить поведение в сфере здоровья, взяв ответственность и заботу о нем исключительно на себя, к чему большинство россиян оказались просто неспособны из-за ограниченности адаптационных ресурсов. Именно этим во многом объясняется тот факт, что при достаточно высоком уровне нормативной ценности здоровья в общественном сознании граждан она зачастую не находит реального выражения в соответствующих поведенческих практиках.

Усугубляется ситуация еще и тем, что реализуемая сегодня на государственном уровне политика в области укрепления здоровья нации по-прежнему продолжает рассматривать население не как само-

стоятельный субъект, формирующий свое здоровье и отвечающий за него, а как объект для социальных экспериментов государства (24,1%), которому отводится роль пассивного потребителя медицинских товаров, услуг, технологий (27,6%). Совокупно эти позиции выбрали большинство экспертов.

На втором месте среди причин, объясняющих низкую поведенческую активность россиян в сфере здоровьесбережения, находятся иные, требующие первоочередного внимания проблемы, в основном материально-бытового характера, а также пренебрежительное отношение самого населения к своему здоровью, их указали 40% опрошенных (табл. 5). Вместе с тем, по оценке экспертов, в первую очередь сами граждане (62,1%) несут ответственность за поддержание высокого уровня личного здоровья и расширение сферы самосохранительной активности. Не меньшую роль в этом процессе способна играть семья (69%) как важнейший социальный институт, обеспечивающий формирование смыслов, мотивационно-ценностных установок, имеющих витальное значение для человека. Как показывает практика, современная семья не справляется с реализацией указанной функции в полной мере в силу отсутствия необходимых знаний и неподготовленности в данной сфере, в лучшем случае уделяя внимание регламентации здорового образа жизни и купированию нежелательных деструктивных привычек. Отметим, что основная роль в формировании ответственного отношения населения к своему здоровью принадлежит учреждениям системы здравоохранения, 55,2% респондентов. «Здоровьесберегающей» социализации в определенной мере могут способствовать средства массовой информации (31%), образовательные учреждения (20,7%), региональные и муниципальные органы власти (20,7%). При этом эксперты абсолютно нивелировали роль общественных организаций (0%), возможно, объясняя это крайне низким уровнем самоорганизации россиян, тотальным доминированием форм индивидуального, а не коллективного действия.

Состояние здоровья во многом является индикатором сформированности культуры здоровьесбере-

Таблица 4

Ответы экспертов на вопрос «Чем можно объяснить низкую активность значительной части россиян по укреплению здоровья?»

Причина	Доля, %
Пренебрежительное отношение большинства россиян к своему здоровью	40
Реформы здравоохранения, преобладание платных медицинских услуг	26,7
Отсутствие благоприятных условий (материальных, жилищных) для ведения здорового образа жизни	13,3
Отсутствие внимания к здоровью населения со стороны государства	70
Недостаток финансовых средств на поддержание и укрепление здоровья	6,7
Наличие иных проблем, в основном материально-бытовых, требующих первоочередного внимания	40
Пассивность значительной части населения	26,7
Другое	33,3

Здоровье и общество

Таблица 5

Ответы экспертов на вопрос «Что из перечисленного характерно для большей части лечебно-профилактических учреждений региона?» (в %)

Характеристика	Скорее да	Скорее нет	Затрудняюсь ответить
Достаточное количество лечебно-профилактических учреждений на территории региона	55,2	31	13,8
Достаточное количество специалистов в учреждениях здравоохранения	20	70	10
Возможность быстро попасть на прием к специалисту	6,7	90	3,3
Высокая квалификация специалистов	10	63,3	26,7
Наличие современной диагностической и лечебной аппаратуры	56,7	30	13,3
Высокая ответственность врача перед пациентом	10	80	10
Высокое качество обслуживания	10	70	20
Доступность медицинской помощи для всего населения	30	63,3	6,7
Внимательное отношение к больному	16,7	70	13,3
Заинтересованность медицинского персонала в увеличении численности здорового населения	16,7	56,7	26,7
Равные возможности в укреплении здоровья, в том числе доступность медикаментов и лечебных процедур	16,7	70	13,3
Высокая информированность населения о деятельности лечебно-профилактических учреждений	33,3	53,3	13,3
Наличие широких возможностей для профилактической работы в учреждениях здравоохранения	26,7	53,3	20

жения, предполагающей деятельностную реализацию ценностных установок на профилактику болезней и ведение здорового образа жизни. Полагают, что реализуемые в настоящее время программы по охране здоровья лишь отчасти способствуют формированию у населения культуры самосохранения и заботы о своем здоровье 63,3% респондентов; 13,3% экспертов отмечают, что указанные программы вообще не решают эту задачу, 3,3% придерживаются противоположной точки зрения.

Самосохранительное поведение, как и отношение населения к здоровью, имеют определенную социокультурную подоплеку. Мы не ставили своей задачей определить воздействие конкретных традиций, обычаев, норм, систем образования, воспитания, а ограничились лишь общей оценкой степени влияния культурно-исторических особенностей нации на поведение населения в отношении своего здоровья. Российские эксперты в целом отметили, что указанный фактор оказывает определенное воздействие (6,7% — существенное влияние, 33,3% — определенная степень, 23,3% — незначительное влияние). Противоположной точки зрения придерживается 26,7% экспертов, отмечая низкую степень влияния данного фактора по сравнению с другими.

Следующий блок вопросов был связан с определением эффективности региональной политики в области здраво-

охранения. В целом положительную экспертную оценку с точки зрения состояния лечебно-профилактической системы (см. табл. 5) получили лишь две характеристики: достаточность лечебно-профилактических учреждений на территории региона (55,2%) и наличие современной диагностической и лечебной аппаратуры (56,7%). Среди негативных тенденций следует отметить кадровый голод в учреждениях здравоохранения (70%), невозможность быстрого получения медицинской помощи (90%), низкое качество обслуживания (70%), невнимательное отношение к больному (70%), неравные возможности в укреплении здоровья (70%), низкую ответственность врача перед пациентом (80%).

С учетом обозначенных экспертами проблем общая оценка современной ситуации в сфере здравоохранения от проводимых реформ выглядит скорее как неудовлетворительная: 43,3% респондентов отмечают, что в их регионе становится все труднее получить качественную и доступную медицинскую помощь (рис. 1). Хотя именно эта задача на государственном уровне декларируется в качестве приоритетной в развитии здравоохранения в России. Это обстоятельство, связанное с рассогласованием официально декларируемых государством целей и реальных практик на местах, является одной из основных причин низкой эффективности региональной политики в области здравоохранения.

В целом иерархия ведущих причин недостаточной эффективности реализуемых в регионе программ по охране и укреплению здоровья населения представляется экспертами следующим образом:

1. Низкий уровень доверия к системе здравоохранения со стороны населения (56,7%).
2. «Разрыв» между декларируемыми на государственном уровне целями и готовностью к их реализации на уровне регионов и муниципалитетов (53,3%), а также недостаточная обеспеченность ресурсами для реализации лечебно-профилактических мероприятий на местах (53,3%).
3. Пассивность населения, его низкая мотивированность к ведению здорового образа жизни, недостаточный уровень финансирования отрасли здравоохранения в целом и средств, выделяемых на ре-



Рис. 1. Оценка экспертами реформ в сфере здравоохранения с точки зрения качества изменений и доступности медицинской помощи (в %).

Таблица 6

Ответы экспертов на вопрос «Развитие каких элементов в структуре самосохранительного поведения граждан требует первоочередного внимания со стороны региональных и муниципальных органов власти?»

Элемент самосохранительного поведения	Доля, %
Формирование ответственного отношения населения к своему здоровью	50
Создание условий для занятий физкультурой и спортом	36,7
Разработка мер по соблюдению рационального режима труда и отдыха	33,3
Борьба с потреблением алкоголя и сигарет	26,7
Повышение медицинской активности населения	10
Усиление профилактической составляющей в деятельности медицинских учреждений	46,7
Повышение информированности населения по вопросам здоровья	10
Снижение социальной напряженности в обществе	10
Повышение качества жизни населения	46,7

лизацию подобных программ в частности (по 30,0% соответственно).

4. Слабая информационная политика по сопровождению реализации региональных программ охраны здоровья (10%).

С позиции экспертов (табл. 6), первоочередное внимание со стороны региональных и муниципальных органов власти должно быть направлено на формирование ответственного отношения населения к своему здоровью, повышение качества его жизни, а также усиление профилактической составляющей в деятельности медицинских учреждений. Такое социально-ценностное отношение к здоровью, как ответственность, является важнейшим элементом здоровьесберегающей культуры, поскольку предполагает осознание его личной и общественной значимости, сформированность системы знаний, потребностей, мотивов и установок, обеспечивающих устойчивость самосохранительного поведения. Категория качества жизни раскрывает социально-экономические предпосылки эффективности процесса формирования стратегий жизнедеятельности, способствующих поддержанию здоровья и выражающихся в соответствующих практиках.

Переориентация с лечебной на профилактическую врачебную помощь, повышение ее эффективности в системе здравоохранения выглядит как наиболее активный метод укрепления и воспроизводства здоровья граждан по причине предотвращения заболеваний и обеспечения динамического наблюдения за состоянием здоровья и возможности устранения потенциально корригируемых факторов риска.

Уровень информированности и грамотности российского населения в сфере здоровьесбережения является еще одним фактором, определяющим его реальное самосохранительное поведение, поскольку он отражает адаптационные возможности людей, позволяю-

щие им предпринимать усилия в отношении заботы о здоровье, избегать действий, представляющих для них опасность, адекватно реагировать на профилактические мероприятия, предотвращать элементарные заболевания, выполнять медицинские предписания, оказывать в определенных жизненных ситуациях первую помощь.

По мнению экспертов, наибольший интерес население региона проявляет к информации о факторах, негативно влияющих на здоровье и продолжительность жизни. Меньше всего его волнуют реализуемые на федеральном и региональном уровне проекты по охране здоровья населения, а также отношение к здоровью политических лидеров страны и области (рис. 2). Потребность населения в информации о факторах, ухудшающих здоровье, вызвана скорее страхом перед серьезными заболеваниями, нежели сознательным желанием предпринимать конкретные меры по его воспроизводству и укреплению. Самосохранение предполагает ориентацию в большей степени не на лечебные, а на профилактические меры с точки зрения заботы о здоровье, а также сформированность поведенческих паттернов, отвечающих за увеличение продолжительности активной жизни. Представляется, что высокий уровень заинтересованности в информации о здоровом образе жизни больше подчеркивал бы приоритет активной деятельности индивида по здоровьесбережению. Эксперты отметили преимущественно средний уровень интереса регионального сообщества к сведениям такого характера.

Что касается оценки доверия населения региона различным источникам информации, освещающим проблемы здоровья и здоровьесбережения (рис. 3), то лидирующие позиции здесь занимают друзья, знакомые и родственники, федеральные каналы и интернет-сайты. Низкий уровень доверия граждане демонстрируют по отношению к региональной и местной прессе, а также специализированной медицинской литературе.



Рис. 2. Оценка экспертами уровня интереса населения региона к определенной информации (в %).

Здоровье и общество

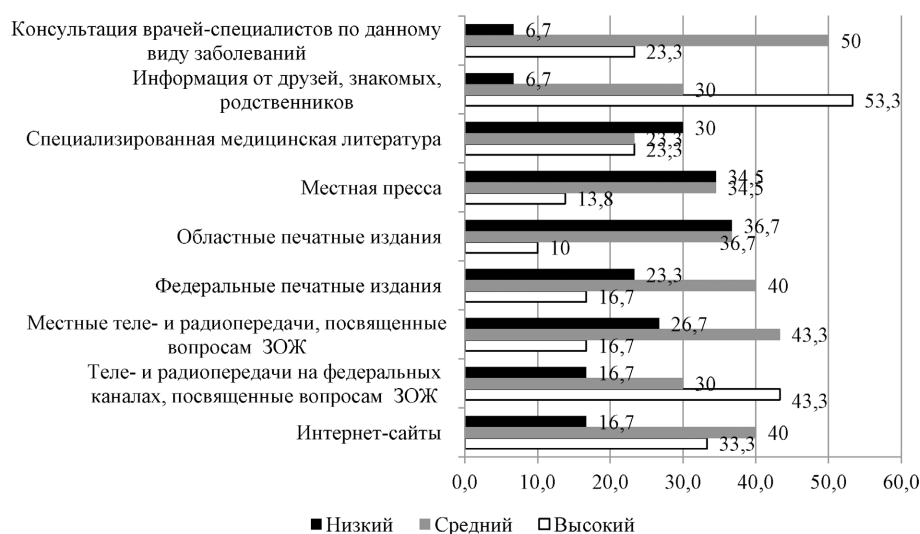


Рис. 3. Оценка экспертами уровня доверия населения региона к различным источникам информации, освещающим проблемы здоровья и здоровьесбережения (в %).
 ЗОЖ — здоровый образ жизни.

Среди наиболее эффективных форм продвижения здорового образа жизни со стороны властных структур эксперты выделяют законодательные инициативы по стимулированию здорового образа жизни (34%) и более активное включение темы здоровьесбережения в риторiku средств массовой информации (34%). Особая роль в реализации здоровьесберегающих мер отводится институту средств массовой информации и медиапространству. Популяризация здорового и экологически целесообразного образа жизни, освещение проблем сохранения и укрепления здоровья, формирование ответственного отношения к нему, позиционирование данной ценности в контексте модного поведения — важнейшие направления активизации самосохранительного и минимизации саморазрушительного поведения граждан.

Обсуждение

Полидетерминированность самосохранительного поведения комплексом факторов различной природы ставит вопрос о необходимости социологического осмысления представлений о здоровье и здоровьесберегающих поведенческих моделей, реализуемых теми или иными социальными группами. Очевидно, что влияние внешних защитных факторов, способных предотвратить депопуляцию российской нации и деградацию среды ее обитания и жизнедеятельности, весьма ослаблено. Падение жизненного уровня населения страны на фоне распада системы бесплатного здравоохранения, во многом неудовлетворительное состояние медицинской и рекреационной инфраструктуры, непостоянство целей социальной политики в области охраны здоровья, несовершенство экологической политики, непрофилактический характер медицины в целом, перенос ответственности за здоровье населения с государственных структур на самих граждан — все эти тенденции представляют реальную угрозу и не позволяют наде-

ваться на внешние защитные механизмы в вопросах сохранения здоровья. Данный факт только подтверждают результаты экспертного опроса. Кто именно в условиях несостоятельности государства способен решать задачи, связанные с сохранением и укреплением физического и психического здоровья, поддержанием долголетней активной жизни населения? Нейтрализовать воздействие и минимизировать факторы риска заболеваний в таких обстоятельствах, мы полагаем, возможно на основе поиска внутренних резервных возможностей, обеспечения перехода к здоровьесформирующей жизненной стратегии, в которой сознание и поведение индивида соответствуют требованиям здоровья. Соци-

ологическое понимание того, каким образом граждане в различных жизненных обстоятельствах с учетом индивидуальных возможностей и способностей адаптируются к несовершенствам социальной и природной среды, демонстрируя при этом позитивную направленность самосохранительного поведения, позволит определить набор знаний, умений и навыков, необходимых для воспитания культуры здоровьесбережения. Однако этого явно недостаточно для решения данной проблемы, поскольку закономерно встает вопрос другого характера: какими средствами обеспечивать тиражирование этой своеобразной компетентности и грамотности для формирования ее у других социальных групп, культивирование запросов на здоровый образ жизни в массовом сознании и поведении. Это наиболее сложная задача, так как оно требует системных изменений в институциональной системе, а именно — в тех социальных институтах, которые в первую очередь призваны способствовать «здоровьесберегающей» социализации и транслировать правила и нормы, позволяющие в реальном пространстве вести образ жизни, приносящий пользу, а не вред здоровью. Данный вопрос, несомненно, требует дополнительных исследований.

Заключение

Обобщая результаты исследования факторов самосохранительного поведения, следует обозначить две ключевые позиции, которые, по мнению экспертов, определяют главную линию поведения населения центральной части России в контексте здоровьесбережения. Во-первых, речь идет об ожидании патерналистского отношения, внешнего локуса контроля со стороны государства в вопросах здоровьесбережения наряду с ограниченностью адаптационного потенциала, не позволяющем осознать собственную активную роль и аутоперсонализировать ответственность за действия по сохранению своего

здоровья в течение всего жизненного цикла, что проявляется в реализации преимущественно пассивных моделей и низкой мотивированности к ведению здорового образа жизни. Отсюда социологически фиксируемый парадоксальный характер ценности здоровья: признавая достаточно высокое его нормативное значение, индивиды при этом «успешно» осваивают поведенческие практики, ухудшающие их физическое и психическое самочувствие. Во-вторых, кризис доверия, проявляющийся в отношении системы здравоохранения, которая, несмотря на свое функциональное предназначение и определенные социальные ожидания, демонстрирует растущую неспособность охранять жизнь и защищать здоровье людей, удовлетворять потребности населения в качественной медицинской помощи, испытывает серьезные проблемы с кадрами, лечением, профилактикой, ресурсами и управлением на всех уровнях, включая региональный и муниципальный. Усиливая друг друга, эти обстоятельства, наряду с экономическими, политическими, культурными и собственно социальными факторами детерминации, задают внешние границы конфигурации, в пределах которых и формируются различные стратегии самосохранительного поведения.

Исследование выполнено в рамках государственного задания НИУ «БелГУ» на 2017 год, проект № 28.7195.2017/БЧ «Риски и тренды самосохранительного поведения населения центральных регионов Российской Федерации».

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА

- Лисина О. В. Социокультурные детерминанты здоровьесберегающего поведения православной российской студенческой молодежи. *Научный результат. Серия Социология и управление*. 2015;(3):36—42.
- Ковалева А. А. Самосохранительное поведение в системе факторов, оказывающих влияние на состояние здоровья. *Журнал социологии и социальной антропологии*. 2008;XI(2):179—91.
- Борисов В. А. Демография. М.: Изд. Дом NOTABENE; 1990. С. 235.
- Шклярчук В. Я. Формирование самосохранительного поведения в условиях перехода России к расширенному воспроизводству населения. Саратов; 2013. С. 73.
- Сережникова Р. К., Воротилкина И. М. Формирование культуры здоровьесбережения как условие, обуславливающее самореализацию студента. *Ученые записки Забайкальского государственного университета. Серия: Педагогика и психология*. 2012;(5):195—8.
- Резанова Н. И. Культура здоровья: факторы и основные направления формирования в условиях среднего города (социогендерный аспект). М.; 2000.
- Харисов Ф. Ф. Роль национальной культуры в формировании здоровой личности. *Наука и школа (Набережные Челны)*. 2014;(12):21—2.
- Лысенко Е., Рагимова О. Культура жизни и культура здоровья. *Высшее образование в России*. 2008;(11):139—42.
- Тухтарова Е. Х., Кузьмин А. И., Неклюдова Н. П. Социально-культурные факторы дожития лиц мужского и женского пола в экономически активном возрасте: региональный анализ. *Экономика региона*. 2018;14(1):109—22.
- Шилова Л. С. Трансформация самосохранительного поведения. *Социологические исследования*. 1999;(5):84—92.

Поступила 06.10.2019
Принята в печать 28.11.2019

REFERENCES

- Lisina O. V. Sociocultural determinants of health-saving behavior of Orthodox Russian students. *Nauchnyi rezultat. Sociology and management*. 2015;(3):36—42 (in Russian).
- Kovaleva A. A. Self-preservation behavior in the system of factors influencing the state of health. *Zhurnal sociologii i socialnoi antropologii*. 2008;XI(2):179—91 (in Russian).
- Borisov V. A. Demography [Demografiya]. Moscow: Izd. Dom Notabene; 1990. P. 235 (in Russian).
- Shklyaruk V. Ya. Formation of self-preservation behavior in the conditions of transition of Russia to the expanded reproduction of the population [Formirovanie samosohranitel'nogo povedeniya v usloviyakh perehoda Rossii k rasshirennomu vosproizvodstvu naseleniya]. Saratov; 2013. P. 73 (in Russian).
- Serezhnikova R. K., Vorotilkina I. M. Formation of health-saving culture as a condition for student's self-realization. *Uchenye zapiski Zabaykal'skogo gosudarstvennogo universiteta. Seriya: Pedagogika i psikhologiya*. 2012;(5):195—8 (in Russian).
- Rezanova N. I. Culture of health: factors and main directions of formation in the middle of the city (socialidentity aspect) [Kul'tura zdorov'ya: faktory i osnovnye napravleniya formirovaniya v usloviyakh srednego goroda (sotsiogendernyi aspekt)]. Moscow; 2000 (in Russian).
- Kharisov F. F. The role of national culture in the formation of a healthy personality. *Nauka i shkola (Naberezhnye Chelny)*. 2014;(12):21—2 (in Russian).
- Lysenko E., Ragimova O. Culture of life and culture of health. *Vyshee obrazovanie v Rossii*. 2008;(11):139—42 (in Russian).
- Tukhtarova E. Kh., Kuz'min A. I., Neklyudova N. P. Sociocultural factors of survival of males and females in economically active age: a regional analysis. *Ekonomika regiona*. 2018;14(1):109—22 (in Russian).
- Shilova L. S. Transformation of self-preservation behavior. *Sotsiologicheskie Issledovaniia*. 1999;(5):84—92 (in Russian).

Фальковская К. И., Мартыненко А. В.

СОЦИОЛОГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ В ПРАКТИКЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ

ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А. И. Евдокимова» Минздрава России, 127473, г. Москва

Специфика медико-социальной работы как профессиональной деятельности, направленной на восстановление, сохранение и укрепление здоровья граждан, предопределяет связанные с ней направленность исследовательской практики и междисциплинарный характер исследований. В соответствии с целью медико-социальной работы особенность складывающейся исследовательской практики связана с тем, что комплексная помощь в сохранении и укреплении здоровья граждан подразумевает наличие в деятельности социального работника медико-социального профиля психолого-педагогической, правовой, технологической и исследовательской компетентности.

В данной статье также используется понятие «профессиональный социальный работник, участвующий в оказании медико-социальной помощи населению». Авторы вкладывают в это понятие следующий смысл: граждане, работающие в должностях «социальный работник» и «специалист по социальной работе» в медицинских организациях и организациях социального обслуживания населения, имеющие в должностных обязанностях функцию, связанную с восстановлением, сохранением и укреплением здоровья получателей в целом социальных и в частности социально-медицинских услуг. Следовательно, и содержание проблемного поля, выбор зон научного сопровождения будут касаться каждой из этих сторон деятельности и сопряженной с ними социальной рефлексии.

В статье представлены результаты теоретического исследования роли социологических методов в осуществлении медико-социальной работы.

Ключевые слова: медико-социальная работа; социологические методы исследования; профессиональный социальный работник; участвующий в оказании медико-социальной помощи населению.

Для цитирования: Фальковская К. И., Мартыненко А. В. Социологические методы исследования в практике медико-социальной работы. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2020;28(2):261—265. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2020-28-2-261-265>

Для корреспонденции: Мартыненко Александр Владимирович, д-р мед.наук, профессор, член-корреспондент РАО, заведующий кафедрой социальной медицины и социальной работы ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А. И. Евдокимова» Минздрава России, e-mail: martynenko_av@mail.ru

Falkovskaya K. I., Martynenko A. V.

THE SOCIOLOGICAL RESEARCH METHODS IN PRACTICE OF MEDICAL SOCIAL WORK

The State Budget Educational Institution of Higher Professional Education “The A. E. Evdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry”, 127473, Moscow, Russia

The specificity of medical and social work as professional activity targeted to restoring, preserving and promoting population health determines related focus of research practice and interdisciplinary nature of research. In accordance with purpose of medical and social work, specificity of emerging research practice is related to the fact that comprehensive assistance in maintaining and promoting population health implies the presence in activities of social worker medical and social profile of psychological, pedagogical, legal, technological and research competence. The article also applies the concept of “professional social worker involved in the provision of medical and social assistance to the population.” This concept has following meaning: these are citizens who work in the positions of “social worker” and “specialist in social work” in medical organizations and social service organizations of population, who have job function related to restoring, maintaining and improving population health in general, social and in particular social and medical services. Therefore, content of the problem field, choice of areas of scientific support is concerned to each of these aspects of activity and associated social reflection. The article presents the results of theoretical study of the role of sociological methods in implementation of medical and social work.

Keywords: medical and social work; sociological research; professional social worker; provision; medical and social assistance; population.

For citation: Falkovskaya K. I., Martynenko A. V. The sociological research methods in practice of medical social work. *Problemy socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2020;28(2):261—265 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2020-28-2-261-265>

For correspondence: Martynenko A. V., doctor of medical sciences, professor, corresponding member of the Russian Academy of Education, the Head of the Chair of Social Medicine and Social Work of the State Budget Educational Institution of Higher Professional Education “The A. E. Evdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry”. e-mail: martynenko_av@mail.ru

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support

Received 15.10.2019
Accepted 23.01.2020

Введение

Принципиальную роль в выборе методов исследования, которые используются профессиональными социальными работниками, участвующими в

оказании медико-социальной помощи населению, играет специфика медико-социальной работы. Несмотря на различия патогенетических и профилактических мероприятий, выполняемых в рамках медико-социальной работы, набор используемых ис-

следовательских инструментов, в первую очередь социологических, идентичен или близок по своему характеру.

Так, при осуществлении патогенетических мероприятий, предполагающих организацию социальной работы в отдельных областях здравоохранения, и профилактических мероприятий, подразумевающих предупреждение социально зависимых нарушений здоровья, формирование здорового образа жизни, профессиональный социальный работник может использовать метод опроса, наблюдение, контент-анализ, кейс-стади и т. д.

Ведущая роль в исследованиях, проводимых в рамках мероприятий патогенетической направленности медико-социальной работы, отведена опросу и мониторингу. Детерминировано это ее реабилитационной составляющей, предусматривающей повышение качества жизни пациентов. По оценкам экспертов ООН, социальная категория качества жизни включает 12 параметров, из которых на первом месте стоит здоровье (WHOQOL — World Health Organization's Quality of Life). Европейская экономическая комиссия систематизировала 8 групп социальных индикаторов качества жизни, при этом здоровье также поставлено на первое место. Следовательно, качество жизни, связанное со здоровьем и рассматриваемое как интегральная характеристика физического, психического и социального функционирования здорового и больного человека, основанная на его субъективном восприятии, является особым объектом изучения в медико-социальной работе.

В исследованиях, проводимых в рамках профилактической направленности медико-социальной работы, рассмотрению подлежат уровень сформированности представлений о здоровом образе жизни и его значении в предупреждении заболеваний, вредных привычках, диагностика социальных факторов, оказывающих отрицательное влияние на здоровье человека, качество и эффективность реализации социально-медицинских услуг гражданам, признанным нуждающимися в них, оценка совместной деятельности с получателем социальных услуг в организациях социального обслуживания и пациентов в медицинских организациях.

Материалы и методы

Для медико-социальной работы представляют значительный интерес результаты проведенных медико-социологических исследований.

Так, Н. Ф. Герасименко, О. Ю. Александрова, А. М. Биксолт при проведении медико-социологических исследований факторов, влияющих на табакокурение молодого населения, выявили не только эти факторы, но и приоритетные условия, сдерживающие его [1].

О. А. Чернявской и Е. А. Иоанниди изучена проблема стигматизации и дискриминации людей, живущих с ВИЧ/СПИДом, показаны распространенность этих явлений в различных социальных группах, причины, способствующие их возникновению и сохранению, основные характеристики [2].

А. В. Решетников, В. А. Решетников, В. В. Козлов, В. В. Рюк при исследовании социального портрета больного артериальной гипертензией на основании социальных характеристик таких больных и сопоставления этих данных с мнением пациентов о доступности и качестве оказываемой медицинской помощи пришли к выводу, что изучение социально-демографических характеристик может повысить эффективность профилактики этого вида заболевания у трудоспособных граждан [3].

М. А. Гусевой в исследовании «Семейный стресс и возможности психолого-социальной адаптации семьи в детской онкологии» показана необходимость организации медико-социальной и психологической помощи семье на этапе лечения с целью мобилизации ее собственных ресурсов и привлечения новых для выхода из кризиса. На основании когортного исследования продемонстрировано, что семья больного ребенка нередко оказывается в положении социальной изоляции, без необходимой поддержки со стороны ближайшего окружения и государства [4].

Исследовательским комитетом «Социология медицины» Российского общества социологов (2016) был отмечен ряд актуальных для нас вопросов. Так, разработан тест для выявления склонности к суициду в подростковой среде, обозначена необходимость обязательного мониторинга рисков ввиду высокой социальной нестабильности [5].

Исследовательская практика определила два больших класса опросных методов — интервьюирование и анкетирование. Это самый продуктивный способ получения информации о внутреннем мире людей, их склонностях, мотивах действия, выбора тех или иных решений, об отношении к своему здоровью в том числе. Метод опроса клиентов был описан еще основоположницей социальной работы Мэри Э. Ричмонд. Она разработала анкету, ставшую одним из первых вариантов проведения социологического опроса, которая до сих пор может служить ориентиром для социальных работников.

Фактически тема исследования в практике медико-социальной работы локализует выбор метода. Например, вполне достаточно анкетного опроса, когда наступает переход от лечения пациента к социальной реабилитации. Анкета, вопросы которой соединяют цель, программные задачи на уровне личности и организации, где проходит лечение или социальное обслуживание, является оптимальным методом исследования с точки зрения соотношения трудозатрат и результата. Также в данном случае целесообразно использовать вариант опросника качества жизни, разработанного Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ). Он фактически является инструментом оценки жизнеспособности людей независимо от социального, культурного, демографического и политического статуса (ВОЗКЖ-100, WHOQOL-100). Полная версия содержит 100 вопросов и рассчитана на получение 6 значений сфер, 24 значений субсфер и оценки общего восприятия качества жизни и здоровья.

Здоровье и общество

Краткая версия опросника содержит 26 вопросов и рекомендована ВОЗ как инструмент, который следует использовать в значимых научных исследованиях или клинических испытаниях. Одним из примеров использования типового международного опросника является исследование, проведенное в Центре медико-социологических исследований Института социального образования в г. Саратов (филиал Российского государственного социального университета). Е. А. Черкасова, И. Л. Кром, И. Ю. Новичкова изучали совокупные показатели качества жизни больных, страдающих раком молочной железы. Авторы отметили, что результаты исследования 134 женщин позволяют объективизировать стратегии реабилитационного направления медико-социальной работы с онкобольными. Показатель качества жизни может при этом выполнять роль социального реабилитационного стандарта, помогать в оценке эффективности медико-социальной работы с больными этой категорией [6].

Ничто не может заменить профессиональным социальным работникам опрос, когда надо определить, чем руководствуется получатель социально-медицинских услуг, не соглашаясь, например, на предлагаемый метод социальной терапии, адаптации или реабилитации. Всеми признанный метод дает возможность получить не менее надежные сведения, чем в наблюдении или контент-анализе документов, но всегда с той долей личной рефлексии, эмоций, чувственной окраски, которая добавляет свои особенности.

В реальной практике интервью используется для сбора информации, обсуждения результатов обследования получателей социально-медицинских услуг, мониторинга оказания этих услуг. В значительной мере такой метод становится ключевым в процессе коммуникации между профессиональным социальным работником и нуждающимся гражданином. Он тем более результативен, если одновременно со сбором информации посредством задаваемых вопросов во время беседы на респондента оказывается социально-терапевтическое, социально-психологическое воздействие.

Не менее значительным интервью видится в коммуникации профессионального социального работника с населением, например в городском микрорайоне. Особенность метода заключается в том, что в ходе беседы благодаря грамотно разработанному опроснику должны быть получены несколько полноценных срезов информации разного типа: биографической, самооценочной по здоровью, потребностям в медико-социальной помощи, правам в целом в рамках системы социального обслуживания; правам относительно получения конкретного вида социальных услуг, коммуникационным каналам (включая сетевой интернет-контроль) и т. д.

Примерами анкетирования могут служить опросы, которые проводят Минтруда России и региональные министерства с целью выявления мнений граждан о качестве оказания услуг организациями социального обслуживания (степень охвата —

сплошной опрос, процедура — индивидуальный опрос) [7].

Независимо от организационных форм анкетный опрос, судя по научным публикациям и личным впечатлениям, пользуется наибольшей популярностью среди исследователей. Чаще всего в масштабах федерального опроса используется именно анкета.

Зачастую в медико-социальной работе применяется количественный формат контент-анализа. В качестве смысловых единиц обычно используются:

- понятия, выраженные в отдельных терминах («социальная работа», «медико-социальная работа»);
- тема, обозначенная словами, фразой, программным слоганом («бегом к долголетию»);
- имена персон, названия объектов, причастных к исследуемой проблеме («хоспис», «территориальный центр социального обслуживания», «центр здоровья»);
- официальный документ, факт, событие (выбор смысловой единицы конкретизирует сам текст исследования).

Указанными категориями перечень вариантов смысловых единиц не исчерпывается. Они рождаются в зависимости от характера гипотез исследований и методологических подходов.

В качестве примера провести контент-анализ можно для текста профессионального стандарта «Социальный работник»¹. Выбор в качестве единиц измерения терминов «социально-медицинская» и «медицинская» (в разных падежах и единственном и множественном числе) позволит сформировать представление о значимости медико-социальной составляющей в деятельности социального работника.

В исследовании С. А. Ефименко представлен контент-анализ публикаций более чем в 20 научно-практических журналах за 1990—2005 гг. (всего проанализировано 209 статей) [8]. Изучены публикации, в которых объектом социологических исследований выступает пациент, а также проблемы населения, связанные со здоровьем и оказанием медицинской помощи. Отобранные для анализа материалы были разделены на 7 смысловых блоков: пациенты лечебно-профилактических организаций, отношение к платной медицине, взаимоотношения с обслуживающим персоналом, условия и образ жизни получателя медицинских услуг, проблемы употребления алкоголя, табачных изделий и наркотиков молодежью, репродуктивное поведение, образ жизни и здоровье пожилых людей.

Контент-анализ научных публикаций за полтора десятка лет позволил подтвердить последовательный рост внимания к социологическим опросам населения, проблемам отношения людей к своему здоровью, оценке качества медицинской помощи. При этом выявились определенные тенденции в самой организации медико-социологических исследований: они проводятся во всех регионах страны, но ча-

¹ Приказ Минтруда России от 18.11.2013 № 677н «Об утверждении профессионального стандарта «Социальный работник».

ще других в Центральном и Приволжском федеральных округах. Изучаются удовлетворенность обслуживанием и лечением, оплата медицинской помощи, самооценка здоровья и причины его ухудшения.

Использование контент-анализа также демонстрирует исследование И. А. Ушаковой, посвященное здоровьесбережению иностранных студентов-медиков в России [9]. В соответствии с избранной методологией и поставленными задачами текстовому анализу подверглись документы 2000—2012 гг., причем на первом этапе исследования, когда проводился контент-анализ отечественных и зарубежных источников, главным образом изучался опыт работы с иностранными учащимися в учреждениях высшего профессионального образования, но затем в качестве смысловых единиц стали преобладать связанные непосредственно со здоровьем студентов. Проанализировано большое количество научных изданий, дающих основание утверждать, что вопросам здоровьесберегающих технологий в вузовской среде сегодня уделяется явно недостаточное внимание.

Контент-анализ, будучи разновидностью анализа документов, сохраняет общую особенность — умение воспринимать текстовые данные и их смысловой подтекст на языке гипотез исследования, т. е. способность профессионального социального работника заранее определиться с содержательными признаками (индикаторами) ключевых ориентиров. Об этом в общем плане уже шла речь, но следует обратиться к вопросу и с учетом того, насколько документальных данных будет достаточно, чтобы обеспечить количественной оценкой репрезентативность получаемых результатов, оправдать усилия, связанные с количественной обработкой исследуемого материала, и быть уверенным, что его достаточно для обоснования необходимости и обязательности суммарных оценок появляющихся с достаточной частотой событий и характеристик.

Еще один распространенный метод исследовательской практики в медико-социальной работе — наблюдение. Этот метод подразумевает прямую регистрацию событий непосредственным очевидцем (с сопутствующей профессиональной рефлексией). Любое знание начинается с наблюдения — живого восприятия действительности. В какой-то момент социальный работник наблюдает сам, становясь очевидцем, в другой ситуации — пользуется наблюдением своих коллег, которые могут быть членами мультидисциплинарной бригады, — медицинскими и социальных работников, психологов и педагогов, но обязательным условием остается достоверность.

Метод наблюдения применяется в исследовании наряду с другими методами. В зависимости от изучаемого объекта и организации процедур исследования один и тот же метод может быть отнесен к количественному и к качественному. Это относится к контент-анализу, видам опроса и наблюдения.

Рассмотрим метод наблюдения в контексте взаимодействия профессиональных социальных работников с людьми, имеющими нарушения опорно-двигательного аппарата, например инвалидами-ко-

лясочниками. Наблюдение со стороны за жизнью этой категории граждан в своем районе или даже при осуществлении помощи кому-то из них в передвижении (используя техническое средство реабилитации) несравнимо по информативности с «личным тестированием» социальной среды, когда специалист сам садится в коляску и проезжает с объектом изучения по его обыденному маршруту, на себе чувствует все особенности ограниченных возможностей передвижения, общественные реакции на него.

Подобные события при их обобщении по всей группе инвалидов-колясочников представляют значимый материал для анализа:

- условий безбарьерной (доступной) среды в районе;
- условий передвижения в тех или иных организациях, в том числе социальной, медицинской, образовательной, досуговой и бытовой направленности;
- персональных условий по каждому инвалиду, имеющему на данной территории индивидуальную программу реабилитации и абилитации;
- степени удовлетворенности со стороны получателя социально-медицинских услуг;
- трансформации профессионального мышления социального работника после знакомства с результатами наблюдения.

В практике медико-социальной работы и простое наблюдение (на уровне констатации факта), и включенное, соучастующее наблюдение дают значимую информацию для оценок и действий профессионального социального работника. Разница между простым и включенным наблюдением — именно в качестве исследования. Не случайно включенное или соучастующее наблюдение в еще одной научной трактовке выступает как вариант «наблюдающего участия», что правомерно интерпретировать как «познание через действие», поскольку в ходе такого соучастия исследователь вводит в оборот импровизацию, элементы эксперимента, т. е. он настроен на получение определенного результата в отношении своего объекта, эффект им планируется, организуется и транспонируется в аналогичных ситуациях и социальных практиках.

Метод наблюдения в медико-социальной работе занимает особое место еще и потому, что он является трудовым действием в рамках трудовой функции социальных работников, который называется «Оказание социально-медицинских услуг клиентам организации социального обслуживания» в профессиональном стандарте «Социальный работник», утвержденном приказом Минтруда России от 18.11.2013 № 677н. В документе трудовое действие описано, в том числе, как «наблюдение за состоянием здоровья клиента, измерение температуры, артериального давления» и «содействие в выполнении медицинских процедур по назначению врача (вызов соответствующего специалиста для выполнения медицинских процедур, накладывание горчичников, компрессов, закапывание капель), наблюдение за

Здоровье и общество

своевременным приемом лекарственных препаратов, назначенных врачом».

Заключение

Медико-социальная работа в России как профессиональная деятельность проходит процесс конституирования. Проведенное теоретическое исследование показало, что все более очевидным становится приоритетное использование разнообразных социологических методов в ее практической реализации. Социология имеет в своем распоряжении широкий спектр методик, позволяющий исследовать здоровьесберегающую проблематику во всех ее аспектах.

В рамках медико-социальной работы любой применяемый метод (наблюдение, анализ документов, опрос) предполагает организацию исследования, для которого прежде всего следует установить его цель. Рабочие ситуации, в которых профессиональный социальный работник нуждается в применении исследовательских методов, могут касаться основополагающих вопросов микроуровня социальной работы — определения нуждаемости отдельно взятого гражданина в социально-медицинских услугах, степени удовлетворенности их объемом и качеством — и вопросов мезо- и макроуровней, связанных с организационными аспектами предоставления этих услуг и организацией самой медико-социальной работы.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Герасименко Н. Ф., Александрова О. Ю., Биксолт А. М. Медико-социологические исследования факторов, влияющих на табакокурение молодого населения. *Социология медицины*. 2014;(1):22—5.
2. Чернявская О. А., Иоанниди Е. А. Некоторые аспекты проблемы стигматизации и дискриминации людей, живущих с ВИЧ/СПИД. *Социология медицины*. 2014;(2):55—7.
3. Решетников А. В., Решетников В. А., Козлов В. В., Роюк В. В. Социальный портрет больного с артериальной гипертензией. *Социология медицины*. 2016;(2):80—6.
4. Гусева М. А. Семейный стресс и возможности психолого-социальной адаптации семьи в детской онкологии. *Социология медицины*. 2017;(1):18—22.
5. Решетников А. В., Присяжная Н. В., Павлов С. В., Петров М. А., Исенов С. К. Медико-социологические исследования проблем здоровья: зона социальной ответственности. *Социология медицины*. 2016;(2):68—72.
6. Черкасова Е. А., Кром И. Л., Новичкова И. Ю. Медико-социологическое обоснование реабилитации онкологических боль-

- ных. *Современные проблемы науки и образования*. 2013;(2):11—8.
7. Опрос граждан о качестве оказания услуг организациями социального обслуживания. Доступно по ссылкам: https://rosmintrud.ru/nsok/survey_citizens; <http://mtsz.tatarstan.ru/opros-grazhdan-o-kachestve-okazaniya-uslug.htm> (дата обращения 12.12.2019).
8. Ефименко С. А. Социология пациента. М.; 2007.
9. Ушакова И. А. Здоровьесберегающая социализация иностранных студентов в медицинских вузах России. Волгоград; 2012.
10. Тателадзе Д. Г., Симонов С. Н., Гулин А. В. Медико-социальный статус комбустиологических больных и клинично-экономический анализ результатов их лечения. *Вестник Авиценны*. 2017;19(1):57—62.
11. Абубакиров А. С., Ананченкова П. И., Амонова Д. С., Зудин А. Б., Снегирева Ю. Ю. Медицинская помощь в системе обязательного медицинского страхования. Москва—Берлин: Директ-Медиа; 2019.

Поступила 15.10.2019
Принята в печать 23.01.2020.

REFERENCES

1. Gerasimenko N. F., Aleksandrova O. Yu., Biksolt A. M. Medical and sociological studies of factors affecting the young people smoking. *Sociologiya mediciny*. 2014;(1):22—5 (in Russian).
2. Chernyavskaya O. A., Ioannidi E. A. Some aspects of the stigmatization and discrimination problem of living with HIV/AIDS people. *Sociologiya mediciny*. 2014;(2):55—7 (in Russian).
3. Reshetnikov A. V., Reshetnikov V. A., Kozlov V. V., Royuk V. V. Social portrait of a patient with arterial hypertension. *Sociologiya mediciny*. 2016;(2):80—6 (in Russian).
4. Guseva M. A. Family stress and the possibilities of psychological and social adaptation of the family in pediatric Oncology. *Sociologiya mediciny*. 2017;(1):18—22 (in Russian).
5. Reshetnikov A. V., Prisyazhnaya N. V., Pavlov S. V., Petrov M. A., Isenov S. K. Medical and sociological studies of health problems: area of social responsibility. *Sociologiya mediciny*. 2016;15(2):68—72 (in Russian).
6. Cherkasova E. A., Krom I. L., Novichkova I. Yu. Medical and sociological rationale for the rehabilitation of cancer patients. *Sovremennye problemy nauki i obrazovaniya*. 2013;(2):11—8.
7. A citizens survey on the quality of the provision of social service organizations services (2019). Available at: https://rosmintrud.ru/nsok/survey_citizens; <http://mtsz.tatarstan.ru/opros-grazhdan-o-kachestve-okazaniya-uslug.htm> (accessed 12.12.2019) (in Russian).
8. Efimenko S. A. Sociology of the patient [*Sotsiologiya patsienta*]. Moscow; 2007 (in Russian).
9. Ushakova I. A. Health-saving socialization of foreign students in medical universities in Russia [*Zdorov'esberegayushchaya sotsializatsiya inostrannykh studentov v meditsinskikh vuzakh Rossii*]. Volgograd; 2012 (in Russian).
10. Tateladze D. G., Simonov S. N., Gulina A. V. Medico-social status of combuстиological patients and clinico-economic analysis of the results of their treatment. *Vestnik Avitsenny-Avicenna Bulletin*. 2017;19(1):57—62.
11. Abubakirov A. S., Ananchenkova P. I., Amonova D. S., Zudin A. B., Snegireva Yu. Yu. Medical assistance in the system of compulsory health insurance [*Medicinskaya pomoshch' v sisteme obyazatel'nogo medicinskogo strahovaniya*]. Moscow—Berlin: Direkt-Media; 2019.

© Коломийченко М. Е. 2020
УДК 614.2

Коломийченко М. Е.

К ВОПРОСУ ОБ УСЛОВИЯХ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н. А. Семашко» Минобрнауки России, 105064, г. Москва

В 2019 г. произошло обновление нормативной базы, регламентирующей предоставление паллиативной медицинской помощи в Российской Федерации: внесены изменения в Федеральный закон, расширившие определение «паллиативная медицинская помощь» и условия ее оказания, а также вступило в силу совершенно новое положение об организации оказания паллиативной медицинской помощи, включающее в себя порядок взаимодействия медицинских организаций, организаций социального обслуживания и общественных объединений, иных некоммерческих организаций, осуществляющих свою деятельность в сфере охраны здоровья.

В публикации использованы данные собственного исследования, касающиеся госпитализации в отделение паллиативной медицинской помощи, а также обсуждены вопросы потребности пациентов старших возрастных групп в паллиативной медицинской помощи и мероприятиях долговременного ухода. Приведены ссылки на нормативные правовые акты Российской Федерации, статистические данные, а также использованную в работе литературу по теме исследования.

Ключевые слова: паллиативная медицинская помощь; отделение паллиативной медицинской помощи; долговременная помощь.

Для цитирования: Коломийченко М. Е. К вопросу об условиях предоставления паллиативной медицинской помощи. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2020;28(2):266—269. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2020-28-2-266-269>

Для корреспонденции: Коломийченко Мария Евгеньевна, младший научный сотрудник сектора координации научных исследований и информации ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н. А. Семашко» Минобрнауки России, e-mail: niiskni@mail.ru

Kolomiychenko M. E.

ON ISSUE OF CONDITIONS OF RENDERING PALLIATIVE MEDICAL CARE

N. A. Semashko National Research Institute of Public Health, 105064, Moscow, Russia

The legal base framework regulating provision of palliative care in the Russian Federation was updated. In particular, the Federal law was amended to expand definition of "palliative care" and determine conditions for its provision. The completely new regulation of organization of palliative care has also come into force, including the procedure of interaction between medical organizations, social service organizations and public associations and other non-profit organizations operating in the field of health care. The publication uses data from genuine research on hospitalization in palliative care unit the needs of patients of older age groups in palliative care and long-term care activities are discussed.

Keywords: palliative medical care; palliative care unit; long-term care.

For citation: Kolomiychenko M. E. On issue of conditions of rendering palliative medical care. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2020;28(2):266—269 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2020-28-2-266-269>

For correspondence: Kolomiychenko M. E., junior researcher of the Department of Coordination of Research Studies and Information of the N. A. Semashko National Research Institute of Public Health. e-mail: niiskni@mail.ru

Conflict of interests. The author declares absence of conflict of interests.

Acknowledgment. The study had no sponsor support

Received 12.10.2019
Accepted 28.11.2019

В Послании Президента РФ Федеральному Собранию от 20.02.2019 г. отмечено, что организация паллиативной помощи представляет собой комплекс медицинского, общественного и нравственно-го компонентов. Подчеркнута необходимость создания системы, включающей здравоохранение и социальное обслуживание, в том числе для пациентов, нуждающихся в длительном уходе¹.

В «Стратегии действий в интересах граждан старшего поколения в Российской Федерации до 2025 года»² (далее — Стратегия) указано, что подавляющее большинство лиц старших возрастных групп страда-

ет множественной хронической патологией. В этом же документе отмечается уменьшение эффективности медицинской и социальной помощи в случае недостаточной координации действий между медицинскими организациями и учреждениями социальной защиты.

В марте 2019 г. в Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ³ внесены изменения, среди прочих обновлена дефиниция «паллиативная медицинская помощь», которая теперь звучит в следующей редакции «комплекс мероприятий, включающих медицинские вмешательства, мероприятия психологического характера и уход». Подчеркнуто, что медицинские организации осуществляют взаимодействие с

¹Послание Президента РФ Федеральному Собранию от 20.02.2019 г.

²Распоряжение Правительства РФ от 05.02.2016 № 164-р «Об утверждении Стратегии действий в интересах граждан старшего поколения в Российской Федерации до 2025 года».

³Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Возрастной состав пациентов отделения паллиативной медицинской помощи в 2015—2018 гг.

Показатель	Возраст									
	18—44 года		45—59 лет		60—74 года		75—89 лет		90 лет и старше	
	абс.	доля от всех госпитализаций, %	абс.	доля от всех госпитализаций, %	абс.	доля от всех госпитализаций, %	абс.	доля от всех госпитализаций, %	абс.	доля от всех госпитализаций, %
Количество госпитализаций, всего	61	2	235	8	747	26	1569	54	274	10

П р и м е ч а н и е. Возрастные группы приводятся согласно классификации ВОЗ.

организациями социального обслуживания в целях предоставления пациенту социальных услуг, мер социальной защиты (поддержки).

Разработанный подзаконный акт — Приказ Министерства здравоохранения РФ и Министерства труда и социальной защиты РФ от 31.05.2019 № 345н/372н⁴ — регламентирует, в том числе, порядок взаимодействия медицинских организаций и организаций социального обслуживания.

Несмотря на рекомендации ВОЗ о целесообразности оказания паллиативной медицинской помощи как компонента лечения на всем протяжении развития неизлечимой болезни с момента установления диагноза [1—4], в России данный вид помощи оказывается при наличии у пациента показаний к проведению симптоматического лечения при условии исчерпанности иных вариантов лечения, что в европейской литературе описано как «помощь в конце жизни» [5].

Цель исследования — изучить контингент отделения паллиативной медицинской помощи стационара, определить оптимальные условия предоставления помощи данной категории пациентов.

Материалы и методы

Исследование проведено на базе отделения паллиативной медицинской помощи (далее — Отделение) Государственной клинической больницы г. Москвы с коечным фондом 30 коек. В рамках темы НИР «Организационно-экономические механизмы повышения эффективности оказания медицинской помощи населению» с целью изучения контингента отделения был проведен сбор статистических данных обо всех госпитализированных пациентах, находившихся на лечении в 2015—2018 гг. Был также проведен анализ данных Федеральной службы государственной статистики и данных в сборниках «Ресурсы и деятельность медицинских организаций здравоохранения» [6].

Результаты исследования

За период 2015—2018 гг. в отделение госпитализировано 2886 пациентов. Из них у 324 пациентов за-

фиксированы повторные случаи госпитализации (в данном исследовании рассмотрены все случаи госпитализации пациента в отделение за период 2015—2018 гг.). Среднее число госпитализаций составило 2,8, диапазон — от 2 до 14 госпитализаций. Общее число госпитализаций у повторно госпитализированных составило 917 случаев (32% всех случаев госпитализации), из них только 90 (10%) эпизодов имели летальный исход, а случаев повторных госпитализаций — 593 (20,5% всех случаев госпитализации). Средний возраст пациентов в этой группе составил 76 лет.

При анализе медицинских карт стационарного больного пациентов, госпитализированных повторно, обращал на себя внимание факт наличия у пациентов такого показания для госпитализации, как «тяжелые проявления заболеваний, требующие симптоматического лечения в стационарных условиях». При этом пациентам не требовалось наблюдение врача. Паллиативная медицинская помощь могла быть оказана в условиях отделения сестринского ухода медицинских организаций, домах (больницах) сестринского ухода, одним из основных показаний для госпитализации в которые является необходимость постоянного динамического наблюдения и осуществления сестринского ухода при отсутствии круглосуточной работы врачебного персонала. Подавляющее большинство пациентов данной категории пассивны, постоянный квалифицированный уход требуется, в том числе, по причине необходимости использования технических средств реабилитации (абсорбирующее белье, специальные средства при нарушениях функций выделения).

Подавляющее большинство ($n=2590$; 90%) случаев госпитализации имело место в старших возрастных группах (60 лет и старше; табл. 1).

Детальный анализ нозологий (табл. 2) позволил сделать вывод о госпитализации пациентов преимущественно с болезнями системы кровообращения (около $\frac{2}{3}$). Доля пациентов с этой группой патологии возрастает в старшем возрасте и при злокачественных новообразованиях ($\frac{1}{3}$). Среди госпитализированных высок уровень цереброваскулярных болезней (дисциркуляторная энцефалопатия, хроническая ишемия головного мозга, церебральный атеросклероз, последствия перенесенного острого нарушения мозгового кровообращения), которые составляют 87% всех болезней системы кровообращения.

⁴ Приказ Министерства здравоохранения РФ и Министерства труда и социальной защиты РФ от 31.05.2019 № 345н/372н «Об утверждении Положения об организации оказания паллиативной медицинской помощи, включая порядок взаимодействия медицинских организаций, организаций социального обслуживания и общественных объединений, иных некоммерческих организаций, осуществляющих свою деятельность в сфере охраны здоровья».

Распределение случаев госпитализации в отделение паллиативной медицинской помощи лиц старших возрастных групп по классам заболеваний (согласно МКБ-10)

Название класса по МКБ-10	Возраст					
	60—74 года		75—89 лет		90 лет и старше	
	абс.	доля нозологии в возрастной группе, %	абс.	доля нозологии в возрастной группе, %	абс.	доля нозологии в возрастной группе, %
Злокачественные новообразования	255	34	275	18	18	7
Болезни нервной системы	39	5	115	7	24	9
Болезни системы кровообращения	401	54	1150	73	226	82
из них:						
ишемическая болезнь сердца	40	5	156	10	30	11
цереброваскулярные болезни	356	48	991	63	196	71
Травмы	20	3	8	1	2	1
Другое*	32	4	21	1	4	1

Примечание. МКБ-10 — Международная классификация болезней 10-го пересмотра. *Заболевания, классифицируемые в других классах МКБ-10.

Т а б л и ц а 3

Число и обеспеченность населения койками сестринского ухода в Российской Федерации (2011—2018) [6]

Койки сестринского ухода	Год							
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Число коек	21 082	20 861	20 415	20 323	17 768	17 231	16 114	15 869
Обеспеченность на 10 тыс. населения	1,47	1,46	1,42	1,39	1,21	1,17	1,1	1,08

Т а б л и ц а 4

Сведения о стационарных организациях социального обслуживания для взрослых в Российской Федерации (2011—2018)*

Показатель	2011 г.	2012 г.	2013 г.	2014 г.	2015 г.	2016 г.	2017 г.	2018 г.
Число организаций социального обслуживания для взрослых	1417	1406	1411	1354	1293	1277	1307	1280
В них:								
число мест, тыс.	249	251	251	252	254	257	263	263
число проживающих, тыс. человек	245	247	247	248	246	253	283	281

*Сведения о стационарных организациях социального обслуживания для граждан пожилого возраста и инвалидов (взрослых и детей): Федеральная служба государственной статистики [Электронный ресурс]. Режим доступа: http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/healthcare/#

Выявленная закономерность в распределении заболеваний соответствует оценке мировой потребности в паллиативной помощи в конце жизни [1].

По данным статистических сборников, в Российской Федерации в целом в 2011—2018 гг. наблюдалось устойчивое снижение количества коек сестринского ухода, наиболее выраженное в 2015—2018 гг. (табл. 3), в ряде субъектов по состоянию на 2018 г. койки отсутствуют. В Москве всего 50 таких коек со

Т а б л и ц а 5

Распределение населения Российской Федерации по возрастным группам (тыс. человек)*

Возрастная группа	2011 г.	2012 г.	2013 г.	2014 г.	2015 г.	2016 г.	2017 г.	2018 г.
20—44 года	54 763	54 773	54 517	55 011	54 394	53 819	53 100	52 383
45—59 лет	31 798	31 363	31 005	30 970	30 642	30 270	29 920	29 506
60 лет и старше	26 656	27 242	27 805	29 065	29 794	30 477	31 226	32 003

*Распределение населения по возрастным группам: Федеральная служба государственной статистики [Электронный ресурс]. Режим доступа: http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/demography/#

значениями показателей в 2018 г.: «оборот койки» (8,1), «средняя длительность пребывания пациента на койке в днях» (50,6), «средняя занятость койки в году в днях» (407).

Наблюдается снижение числа организаций социального обслуживания для взрослых (табл. 4). На конец 2018 г. в очереди для помещения в учреждения для взрослых состоял 1571 человек.

Анализ данных официальной статистики о распределении населения Российской Федерации по возрастным группам выявил возрастающее число лиц старших возрастных групп при уменьшении численности людей трудоспособного возраста (табл. 5).

Заключение

Учитывая возрастающую долю людей старших возрастных групп с полиморбидностью, длительностью течения хронических заболеваний, предполагается увеличение потребности в паллиативной медицинской помощи и мероприятиях длительного ухода. Несомненно, некоторую часть этой потребности возможно удовлетворить при использовании стационарзамещающих технологий, улучшении работы с пациентом на дому. Однако части пациентов, которым показано оказание паллиативной медицинской помощи, требуется круглосуточное медицинское наблюдение. В то же время количество коек сестринского ухода снижается.

Здоровье и общество

Возможно, с целью повышения качества жизни пациентов паллиативного профиля, а также качества оказания им данного вида помощи целесообразно создание нового условия предоставления помощи — учреждения долговременного ухода, сочетающего в себе предоставление сестринского ухода, медицинской и психологической помощи, физиотерапевтических процедур, а также социальной поддержки [7].

Исследование не имело спонсорской поддержки.

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Global Atlas of Palliative Care at the End of Life. World Palliative Care Alliance; World Health Organization; 2014.
2. Davies E., Higginson I. J. Palliative Care — The Solid Facts. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2004.
3. Davies E., Higginson I. J. Better Palliative Care for Older People. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe; 2004.
4. Hall S., Petkova H., Tsouros A. D., Costantini M., Higginson I. J., eds. Palliative care for older people: better practices. Copenhagen: WHO Regional office for Europe; 2011.
5. Payne S., Radbruch L. WhitePaper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe. *Eur. J. Palliative Care*. Part 1. 2009;16(6):278—89. Part 2. 2010;17:22—33.
6. Александрова Г. А., Поликарпов А. В., Голубев Н. А., Тюрин Е. М., Огрызко Е. В., Шелепова Е. А., Гладких Т. Е., Щербак Г. А., Гриничева А. В., Обломов М. А., Пронина Т. В. Ресурсы и деятельность медицинских организаций здравоохранения. Статистические материалы. М.: Департамент мониторинга, анализа и стратегического развития здравоохранения Минздрава Российской Федерации; ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава Российской Федерации; 2012—2019.

7. Reitinger E., Froggatt K., Brazil K., Heimerl K., Hockley J., Kunz R., Morbey H., Parker D., Husebo B. S. Palliative care in long-term care settings for older people. EAPC taskforce 2010—2012. EAPC press; 2013. Доступно по ссылке: <https://www.eapcnet.eu/publications/eapc-documents-in-other-languages>

Поступила 12.10.2019
Принята в печать 28.11.2019.

REFERENCES

1. Global Atlas of Palliative Care at the End of Life. World Palliative Care Alliance; World Health Organization; 2014.
2. Davies E., Higginson I. J. Palliative Care — The Solid Facts. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2004.
3. Davies E., Higginson I. J. Better Palliative Care for Older People. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe; 2004.
4. Hall S., Petkova H., Tsouros A. D., Costantini M., Higginson I. J., eds. Palliative care for older people: better practices. Copenhagen: WHO Regional office for Europe; 2011.
5. Payne S., Radbruch L. WhitePaper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe. *Eur. J. Palliative Care*. Part 1. 2009;16(6):278—89. Part 2. 2010;17:22—33.
6. Aleksandrova G. A., Polikarpov A. V., Golubev N. A., Tyurina E. M., Ogryzko E. V., Shelepova E. A., Gladkih T. E., Shcherbakova G. A., Grinicheva A. V., Oblomova M. A., Pronina T. V. Resources and activities of health care organizations. Statistical data [*Resursy i deyatel'nost' medicinskih organizacij zdavoohraneniya. Statisticheskie materialy*]. Moscow: Departament monitoringa, analiza i strategicheskogo razvitiya zdavoohraneniya Minzdrava Rossijskoj Federacii, FGBU «Central'nyj nauchno-issledovatel'skij institut organizacii i informatizacii zdavoohraneniya» Minzdrava Rossijskoj Federacii; 2012—2019 (in Russian).
7. Reitinger E., Froggatt K., Brazil K., Heimerl K., Hockley J., Kunz R., Morbey H., Parker D., Husebo B. S. Palliative care in long-term care settings for older people. EAPC taskforce 2010—2012. EAPC press; 2013. Available at: <https://www.eapcnet.eu/publications/eapc-documents-in-other-languages>

© Коллектив авторов, 2020
УДК 614.2

Воробцова Е. С., Мартыненко А. В., Овчинникова С. В.

МНЕНИЕ ВРАЧЕЙ О ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ СОЦИАЛЬНЫХ РАБОТНИКОВ В ОРГАНИЗАЦИЯХ, ОКАЗЫВАЮЩИХ ПАЛЛИАТИВНУЮ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ

ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А. И. Евдокимова» Минздрава России, 127473, г. Москва

Развитие в стране паллиативной медицинской помощи, оказание которой согласно Федеральному закону от 06.03.2019 № 18-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» по вопросам оказания паллиативной медицинской помощи», помимо медицинских организаций, возложено на организации социального обслуживания, требует оптимизации механизма межведомственного взаимодействия между медицинскими организациями, оказывающими паллиативную медицинскую помощь, и организациями социального обслуживания, а также между медицинским персоналом и специалистами иных профилей, включая профессионального социального работника, участвующих в ее оказании.

В статье представлены результаты исследования, посвященного оценке информированности врачей медицинских организаций, оказывающих паллиативную медицинскую помощь, о профессиональной социальной работе, а также роли профессиональных социальных работников в оказании данного вида медицинской помощи пациентам и их семьям.

Участники исследования отмечают многоаспектность проблем, с которыми сталкиваются пациенты организаций, оказывающих паллиативную медицинскую помощь, и их семьи, а потому считают нужным участие в ее оказании профессиональных социальных работников. Наиболее значимыми для них умениями респонденты считают содействие в получении пациентами и их семьями комплексной медико-социальной помощи, реализацию их прав на меры социальной поддержки, мероприятий медико-социальной реабилитации, навыки организации ухода за пациентами, а также взаимодействия с социальными и иными службами.

К л ю ч е в ы е с л о в а : *медико-социальная работа в медицинских организациях, оказывающих паллиативную медицинскую помощь; профессиональный социальный работник, участвующий в оказании медико-социальной помощи населению.*

Для цитирования: Воробцова Е. С., Мартыненко А. В., Овчинникова С. В. Мнение врачей о деятельности профессиональных социальных работников в организациях, оказывающих паллиативную медицинскую помощь. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2020;28(2):270—274. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2020-28-2-270-274>

Для корреспонденции: Воробцова Елена Сайдзяновна, канд. мед. наук, доцент, профессор кафедры социальной медицины и социальной работы ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А. И. Евдокимова» Минздрава России, e-mail: docvorobtsova@gmail.com

Vorobtsova E. S., Martynenko A. V., Ovchinnikova S. V.

THE OPINION OF PHYSICIANS ABOUT ACTIVITIES OF PROFESSIONAL SOCIAL WORKERS IN ORGANIZATIONS RENDERING PALLIATIVE MEDICAL CARE

The State Budget Educational Institution of Higher Professional Education “The A. E. Evdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry”, 127473, Moscow, Russia, 127473, Moscow, Russia

The development of palliative medical care in Russia that according to the Federal Law of 06.03.2019 № 18-FZ “Introduction of amendments to the Federal Law “The basic principles of medical care in Russian Federation” in the matter of rendering palliative medical care” is assigned to social service institutions, requires optimizing mechanism of intersectoral cooperation, including cooperation between medical organizations of palliative care and social welfare institutions and also between medical personnel and experts of other specialization who participate in providing this kind of assistance, as well as professional social workers.

The article presents findings of research, dedicated to evaluation of level of awareness that doctors in medical organizations of palliative care have on professional social work and also the role of professional social workers in rendering palliative medical care to patients of such organizations as well as their families.

The respondents noticed multidimensionality of issues that patients of medical organizations of palliative care, as well as their families, come across. That is why they consider it necessary for psychologists, rehabilitation therapists, social workers as a part of in polyprofessional teams of specialists to take part in rendering this kind of care. The ability to provide complex medical social care to patients and their families; enjoyment of the rights to social welfare and support, skills of practical application of social work methods, organizing patients’ care, interaction with social and other kinds of services, realizing complex of activities in within the framework of psychological pedagogical and social directions of rehabilitation and habilitation of patients are considered as the most important issues of performance of social work specialists in medical organizations of palliative medical care.

К е y o r d s : *medical social work; system; palliative medical care; professional social worker; medical social support.*

For citation: Vorobtsova E. S., Martynenko A. V., Ovchinnikova S. V. The opinion of physicians about activities of professional social workers in organizations rendering palliative medical care. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2020;28(2):270—274 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2020-28-2-270-274>

For correspondence: Vorobtsova E. S., candidate of medical sciences, associate professor of the Chair of Social Medicine and Social Work of the State Budget Educational Institution of Higher Professional Education “The A. E. Evdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry”. e-mail: docvorobtsova@gmail.com

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support

Введение

Развитие паллиативной медицинской помощи связано с принятием Федерального закона от 06.03.2019 № 18-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» по вопросам оказания паллиативной медицинской помощи», в котором уточнено понятие «паллиативная медицинская помощь», а также законодательно закреплены изменения в порядке ее организации¹. В соответствии с Законом в оказании данного вида медицинской помощи должны принимать участие специалисты не только медицинских организаций, но и организаций социального обслуживания.

Приказом Минздрава России и Минтруда России от 31.05.2019 № 345н/372н утвержден порядок взаимодействия медицинских организаций, организаций социального обслуживания, общественных объединений и организаций, участвующих в оказании гражданам паллиативной медицинской помощи².

Пациенты, получающие паллиативную медицинскую помощь, а также их семьи испытывают проблемы не только медицинского, но и социального, психологического и иного характера, которые в совокупности способствуют ухудшению условий их жизнедеятельности, снижению возможностей самостоятельно обеспечивать свои основные жизненные потребности.

По этой причине оказание паллиативной медицинской помощи требует участия психологов, юристов, специалистов по реабилитационной работе, а также профессиональных социальных работников, деятельность которых должна строиться с учетом принципа солидарности, в основе которого находится взаимосвязь и преемственность в достижении общей цели — поддержании на максимально возможном уровне физического и психического здоровья пациентов и их социального благополучия.

В настоящее время врачебному сообществу понятны особенности профессиональной деятельности специалистов по реабилитационной работе, педагогов, психологов, в то время как роль профессиональных социальных работников в оказании медико-социальной помощи в понимании врачей чаще всего сводится к оказанию больным, лицам с ограниченными возможностями здоровья и инвалидам социально-бытовых услуг.

Недопонимание врачами роли профессиональных социальных работников в охране здоровья граждан связана с тем, что в России профессиональ-

ная социальная работа начала формироваться в начале 1990-х годов, а медико-социальная работа как профильное направление социальной работы в охране здоровья — лишь в конце 1990-х годов. По этой причине до настоящего времени профессиональная деятельность специалистов по социальной работе в медицинских организациях не получила широкого распространения.

Объективная потребность формирования в медицинских организациях, оказывающих паллиативную медицинскую помощь, командного метода работы специалистов различных профилей, включая профессиональных социальных работников, объясняет необходимость изучения представлений работающих в них врачей о сущности, содержании и технологиях медико-социальной работы.

Материалы и методы

Для изучения представлений врачей о роли профессиональных социальных работников в оказании паллиативной медицинской помощи было проведено исследование среди 30 врачей — участников общероссийского медицинского конгресса «Паллиативная медицина в здравоохранении Российской Федерации», из которых 25 работают в организациях, оказывающих паллиативную медицинскую помощь в различных регионах страны, а пятеро являются научно-педагогическими работниками медицинских вузов.

В исследовании были поставлены следующие задачи:

- оценить степень понимания врачами сущности профессиональной социальной работы и ее особенностей в организациях, оказывающих паллиативную медицинскую помощь;
- провести анализ понимания врачами комплексного характера проблем, с которыми сталкиваются пациенты данных медицинских организаций и их семьи;
- представить компетенции, которыми, по мнению врачей, должны обладать профессиональные социальные работники организаций, оказывающих паллиативную медицинскую помощь;
- получить от респондентов сведения о наличии в медицинских организациях, оказывающих паллиативную медицинскую помощь, специалистов по социальной работе (социальных работников), а также провести анализ информированности врачей об особенностях их профессиональной подготовки в образовательных организациях.

Методом исследования являлся анкетный опрос.

Исследование базировалось на авторской анкете, включающей 29 вопросов открытого и закрытого типа.

Результаты исследования

Анализ должностного статуса респондентов выявил, что 23% опрошенных занимают должность руководителя организации, оказывающей паллиатив-

¹ Федеральный закон от 06.03.2019 № 18-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» по вопросам оказания паллиативной медицинской помощи».

² Приказ Минздрава России и Минтруда России от 31.05.2019 № 345н/372н «Об утверждении Положения об организации оказания паллиативной медицинской помощи, включая порядок взаимодействия медицинских организаций, организаций социального обслуживания и общественных объединений, иных некоммерческих организаций, осуществляющих свою деятельность в сфере охраны здоровья».

Т а б л и ц а 1
Мнение респондентов о профессиональных функциях
специалистов по социальной работе

Функция	Доля респондентов, %
Помощь престарелым гражданам в организации быта, содействие в получении пенсий, пособий и компенсационных выплат, оказание различного вида социальных услуг в рамках социального обслуживания на дому и/или в стационарной форме, доставка продуктов питания	83
Помощь в формировании безбарьерной (доступной) среды для инвалидов и других категорий лиц с ограниченными возможностями здоровья	47
Участие в организации и проведении медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов	37
Оказание психологической помощи пациентам	37
Содействие в получении пациентами различных видов медицинской помощи, включая высокотехнологичные	27
Защита прав пациентов на медицинскую помощь, в том числе социально-правовое консультирование и защита интересов пациента в органах власти и судебных органах	20
Социальное сопровождение лиц, оказавшихся в трудной жизненной ситуации	40

ную медицинскую помощь, или ее подразделения. Работают в такой организации врачом 50%; 17% являются научно-педагогическими работниками в медицинских вузах (1 заведующий кафедрой и 4 преподавателя), а остальные 10% занимают иные должности в медицинских организациях данного профиля. Стаж работы в медицинских организациях $\frac{2}{3}$ опрошенных составляет 15 лет и более.

Анализ возрастного состава респондентов показал, что только 8 (27%) из них были моложе 40 лет, возраст 14 (46%) составил 50 лет и старше, а 8 (27%) — от 40 до 50 лет. Возраст и продолжительный стаж работы в медицинских организациях объясняет тот факт, что 40% респондентов имеют высшую или первую (20%) категорию, 5 (17%) респондентов — ученую степень и/или ученое звание (кандидат/доктор медицинских наук, доцент/профессор).

Все участники опроса понимают, что тяжелое хроническое заболевание обуславливает появление у пациента проблем не только сугубо медицинского характера. К проблемам немедицинского характера подавляющее большинство респондентов отнесли изменение из-за утраты трудоспособности и/или инвалидности его социального статуса, психологический дискомфорт, нарушение семейных взаимоотношений, необходимость обеспечения ухода за больным, проблемы финансового характера, необходимость организации досуга и отдыха пациентов и членов их семей. Поэтому все респонденты уверены в том, что пациенты, получающие паллиативную медицинскую помощь, и их семьи нуждаются не только в медицинской, но и в социальной, психологической, юридической, педагогической и иных видах немедицинской помощи.

Однако на вопрос, касающийся профиля специалистов, участвующих в оказании немедицинских видов помощи, пациентам организаций, в которых работают респонденты, все участники опроса отметили, что оказание таких видов помощи возложено преимущественно на лечащих врачей. И только два

респондента (6%) указали на «специалиста по социальной работе», по одному участнику опроса — на «волонтеров» и «священнослужителей», а 8 (27%) респондентов отметили, что такую помощь пациентам оказывает руководитель организации, заведующий отделением или старшая медицинская сестра.

Несмотря на то что многие врачи рассматривают социальную работу достаточно «узко», анализ ответов на вопрос: «Что, на Ваш взгляд, представляет собой профессиональная социальная работа?», содержащий 10 возможных вариантов ответа, отражающих основные профессиональные функции специалистов по социальной работе, позволил респондентам несколько «расширить» их представления о социальной работе. Результаты анализа ответов на данный вопрос представлены в табл. 1.

Все участники опроса указали на наличие в их регионах организаций, оказывающих паллиативную медицинскую помощь, однако ни в одной из тех, в которых они работают, не введена должность специалиста по социальной работе и/или социального работника. Видимо, по этой причине практически все респонденты затруднились с ответами на вопрос, касающийся выполняемых таким специалистом функций, а также наличия нормативных актов, регламентирующих его деятельность в медицинских организациях данного профиля.

«Выполняет ли медицинский персонал Ваших организаций функции специалиста по социальной работе?» — лишь 13% участников опроса ответили на этот вопрос утвердительно, почти 30% дали отрицательный ответ, а остальные 57% затруднились с ответом.

Готовы ли респонденты передать профессиональному социальному работнику не свойственные медицинскому персоналу таких организаций функции по оказанию немедицинских видов помощи пациентам? Как показали результаты исследования, 13% респондентов готовы это сделать, такое же количество (13%) опрошенных вообще не видят необходимости в таком специалисте, а более 74% респондентов затруднились с ответом на данный вопрос по причине того, что не считают себя «осведомленными в вопросах социальной работы».

Несмотря на это 64% врачей полагают, что в организациях, оказывающих паллиативную медицинскую помощь, профессиональный социальный работник нужен, при этом он должен оказывать помощь не только самому пациенту и его семье, но и сотрудникам организации в случае возникновения у них «трудной жизненной ситуации». Тем самым респондентами были определены объекты социальной работы в данных организациях.

Следующий вопрос анкеты касался представлений респондентов о том, какими же знаниями, умениями и навыками должен обладать профессиональный социальный работник для успешной работы в данных организациях. Этот вопрос закрытого типа содержал более 20 вариантов ответа, среди которых 83% опрошенных врачей выбрали наличие у профессионального социального работника базовых зна-

ний по профилактике, диагностике и лечению заболеваний, психологии, биомедицинской этике, организации медико-социальной реабилитации инвалидов, а также по основам их профессиональной деятельности — теории, технологии, организации и правовому обеспечению социальной работы.

Среди умений, которыми должен обладать такой специалист, 93% участники исследования отметили в качестве наиболее значимых умение применять на практике различные технологии социальной работы, содействие пациентам в получении различных видов медико-социальной помощи, а также помощь в реализации их прав на меры социальной поддержки.

Помимо указанных знаний и умений, профессиональным социальным работникам, по мнению врачей, необходимо обладать навыками организации ухода за пациентами, получающими паллиативную медицинскую помощь (45%), взаимодействия с социальными и иными службами, обеспечивающими меры социальной поддержки инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья (50%), а также организации и проведения мероприятий психолого-педагогического и социального направлений реабилитации (16%).

Лишь 20% участников опроса указали на важность умений у специалистов по социальной работе организовать работу полипрофессиональных команд специалистов, и только 37% — на наличие у социальных работников умений и навыков взаимодействия специалистов такой команды.

На вопрос «Что требуется предпринять, чтобы профессиональные социальные работники участвовали в оказании паллиативной медицинской помощи?» были получены ответы, представленные в табл. 2.

Важно отметить, что никто из респондентов не согласился с утверждением: «Нет необходимости в принятии мер по организации социальной работы в организациях паллиативной медицинской помощи». Это, на наш взгляд, связано с тем, что имеющиеся в предшествующем вопросе варианты ответов, поясняющие сущность социальной работы, ее содержание и технологии в организациях, оказывающих паллиативную медицинскую помощь, позволили участникам опроса иначе взглянуть на социальную работу, увидеть ее возможности в расширении спектра услуг и повышения качества паллиативной медицинской помощи. По этой же причине 87% респондентов считают целесообразным организовать работу полипрофессиональных команд специалистов в организациях, оказывающих паллиативную медицинскую помощь. А на вопрос «Готовы ли Вы взять на работу или рекомендовать руководителю организации, оказывающей паллиативную медицинскую помощь, специалиста по социальной работе?» 63% опрошенных дали утвердительный ответ.

К сожалению, лишь 5 (17%) участников опроса знают о наличии в их регионах образовательных организаций, осуществляющих подготовку профессиональных социальных работников; еще меньше (3%)

Таблица 2

Мнение респондентов о мерах, необходимых для участия профессиональных социальных работников в оказании паллиативной медицинской помощи

Мера	Доля респондентов, %
Разработка профессионального стандарта «Специалист по социальной работе в организациях, оказывающих паллиативную медицинскую помощь»	67
Разработка нормативных актов, регламентирующих деятельность профессионального социального работника в организациях, оказывающих паллиативную медицинскую помощь	33
Специальная подготовка в образовательных организациях высшего и среднего образования специалистов по социальной работе/социальных работников для деятельности в организациях, оказывающих паллиативную медицинскую помощь	37
Расширение штата организации для введения должности специалиста по социальной работе/социального работника	27
Закрепление права руководителя организации самостоятельно решать вопрос о приеме на работу такого специалиста	10
Повышение уровня информированности руководителей и сотрудников о направлениях, формах и методах социальной работы в организациях, оказывающих паллиативную медицинскую помощь	10

уверены, что в программу их подготовки включены вопросы, касающиеся деятельности таких специалистов в организациях, оказывающих паллиативную медицинскую помощь. Лишь четвертая часть участников опроса знают о работе таких специалистов в медицинских организациях наркологического (10%), психиатрического (13%), геронтологического (14%) и реабилитационного (1%) профилей.

Заключение

Проведенное исследование позволяет сделать вывод о том, что представление подавляющего числа участников опроса — врачей организаций, оказывающих паллиативную медицинскую помощь, — о социальной работе как профессиональной деятельности остается весьма «узким» и ассоциируется преимущественно с помощью престарелым гражданам и инвалидам в организации социально-бытовых услуг. Однако в ходе исследования большинство его участников «расширили» свое представление о социальной работе, включив в функции профессиональных социальных работников организацию и проведение медико-социальной реабилитации/абилитации инвалидов, формирование для них безбарьерной (доступной) среды, защиту прав пациентов на медицинскую помощь, социальную поддержку, а также представление интересов пациентов в органах власти и судебных органах.

Практически все участники исследования отметили многоаспектность проблем, с которыми сталкиваются пациенты организаций данного профиля и их семьи. По причине отсутствия профессиональных социальных работников в организациях, в которых они работают, помощь в решении немедицинских проблем пациентов и их семей возложена на лечащих врачей, руководителей организации (или ее

структурного подразделения) и/или средний медицинский персонал.

Большинство (87%) респондентов считают нужным включить в состав полипрофессиональных команд для оказания пациентам и их семьям паллиативной медицинской помощи не только врачей, но и психологов, специалистов по реабилитационной работе, а также специалистов по социальной работе.

Среди наиболее значимых для специалистов по социальной работе умений для работы в организациях, оказывающих паллиативную медицинскую помощь, практически все участники опроса (93%) указали на умение содействовать пациентам и их семьям в получении комплексной медико-социальной помощи, реализации прав данной категории лиц на меры социальной поддержки. У специалистов по социальной работе, по мнению врачей, должны быть сформированы навыки организации ухода за пациентами, а также проведения комплекса мероприятий психолого-педагогического и социального направлений реабилитации, взаимодействия с социальными и иными службами, обеспечивающими пациентам меры социальной поддержки, а также умения и навыки использования различных технологий социальной работы.

На момент проведения исследования практически все его участники отметили отсутствие в органи-

зациях, в которых они работают, профессиональных социальных работников, хотя каждому четвертому из них известно о деятельности таких специалистов в медицинских организациях психиатрического, наркологического и геронтологического профиля.

Несмотря на то что в настоящее время во всех регионах страны в образовательных организациях различного уровня ведется подготовка профессиональных социальных работников, менее $\frac{1}{5}$ опрошенных знают об этом, в то время как каждый третий уверен, что подготовка таких специалистов не проводится, а половина вообще затруднилась ответить на этот вопрос.

На наш взгляд, подобные исследования позволяют не только провести анализ представлений врачей о сущности профессиональной социальной работы, но и расширить их знания о содержании и технологиях социальной работы, а также особенностях медико-социальной работы в медицинских организациях, оказывающих паллиативную медицинскую помощь, направленной на поддержание социального благополучия и повышение качества жизни пациентов и их семей.

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

Поступила 02.09.2019
Принята в печать 23.01.2020

Коновалов О. Е.^{1,2}, Жильцова Е. Е.³, Чахоян Л. Р.⁴

ИНФОРМИРОВАННОСТЬ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ ДЕРМАТОЗАМИ О ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГАХ И ПРАВАХ ПРИ ИХ ПОЛУЧЕНИИ

¹ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов», 117198, г. Москва;

²ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н. А. Семашко» Минобрнауки России, 105064, г. Москва;

³ООО «Клиника омоложения Левона Чахояна», 127051, г. Москва;

⁴ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет имени академика И. П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 390026, г. Рязань

Информация о заболевании, его причине, прогнозе, методах диагностики, лечения и профилактики всегда является очень важной для пациента и его родственников. В статье представлены результаты анкетного опроса 412 пациентов с хроническими дерматозами, проживающих в г. Москве.

Цель исследования — оценка информированности о предоставляемых медицинских услугах и правах при их получении пациентов с хроническими дерматозами, проживающих в столице России.

Установлено, что наиболее часто предоставляемой врачом пациенту информацией являются сведения о диагнозе. По данным опроса, информацию о диагнозе врачи предоставляют «всегда» в 84,9% случаев. На втором месте — информация о методах лечения и возможных осложнениях при лечении (82%). Несколько реже врачи информируют пациентов о методах обследования, возможных неприятных ощущениях и осложнениях, о побочных действиях лекарственных средств и о праве пациента отказаться от обследования и лечения, а также о последствиях такого отказа. На необходимость защиты прав пациентов при их нарушении в процессе оказания медицинской помощи указали абсолютно все пациенты. При этом более половины были уверены в необходимости обращения к руководству учреждения (59,6%), 16,3% пациентов считали необходимым обратиться с жалобами в страховые компании, 15,7% — в Министерство здравоохранения, 8,3% — в суд.

Ключевые слова: больные хроническими дерматозами; медицинские услуги; права и информированность пациентов.

Для цитирования: Коновалов О. Е., Жильцова Е. Е., Чахоян Л. Р. Информированность пациентов с хроническими дерматозами о предоставляемых медицинских услугах и правах при их получении. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2020;28(2):275—278. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2020-28-2-275-278>

Для корреспонденции: Коновалов Олег Евгеньевич, д-р мед. наук, профессор кафедры общественного здоровья, здравоохранения и гигиены ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов», e-mail: konovalov_oe@mail.ru

Kononov O. E.^{1,2}, Jiltsova E. E.³, Chakhoyan L. R.⁴

THE AWARENESS OF PATIENTS WITH CHRONIC DERMATITIS ABOUT RENDERING MEDICAL SERVICES AND RIGHTS AT THEIR ACCEPTANCE

¹The Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education “The Peoples’ Friendship University of Russia” (RUDN University), 117198, Moscow, Russia;

²N. A. Semashko National Research Institute of Public Health, 105064, Moscow, Russia;

³The Society with Limited Liability “The Levon Chakhoyan Rejuvenation Clinic”, 127051, Moscow, Russia;

⁴The Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The academician I. P. Pavlov Rязан State Medical University” of Minzdrav of Russia, 390026, Ryazan, Russia

The information about disease, its cause, prognosis, methods of diagnostics, treatment and prevention is always very important for patient and relatives. The article presents the results of questionnaire survey of 412 patients with chronic dermatitis residing in Moscow.

The purpose of study was to evaluate awareness of patients with chronic dermatitis and residing in the capital of Russia about medical services provided and their rights to receive them.

It was established that the information most frequently provided to patient by physician relates diagnosis. According to the survey, physicians always provide information about diagnosis in 84.9% of cases. The second place is for information about treatment methods and possible complications during treatment (82.0%). More rarely, physicians inform patients about the examination methods, possible unpleasant sensations and complications, side effects of medications and patient's right to refuse examination and treatment, as well as the consequences of such a refusal. Absolutely all patients indicated the need to protect the rights of patients in case of their violation in the process of providing medical care. Moreover, 59.6% of them were sure about necessity to appeal to the administration of medical institution, 16.3% of patients considered it necessary to complain to insurance companies, 15.7% of patients to the Ministry of Health and 8.3% of patients to the court.

Keywords: patient; chronic dermatitis; medical services; patient's rights; patient awareness.

For citation: Kononov O. E., Jiltsova E. E., Chakhoyan L. R. The awareness of patients with chronic dermatitis about rendering medical services and rights at their acceptance. *Problemy socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2020;28(2): 275—278 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2020-28-2-275-278>

For correspondence: Kononov O. E., doctor of medical sciences, professor, of the Chair of Public Health, Health Care and Hygiene of the Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education “The Peoples’ Friendship University of Russia”. e-mail: konovalov_oe@mail.ru

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support

Введение

Повышение доступности и качества медицинской помощи для широких слоев населения определены ориентирами социально-экономической стратегии развития Российской Федерации на период до 2020 г. Главной целью преобразований в здравоохранении должно быть обеспечение такого объема и качества медицинских услуг, которые соответствовали бы потребностям пациентов [1–3]. При этом важнейшей составляющей эффективной и качественной медицинской помощи, включая услуги дерматовенерологического профиля, является соблюдение прав пациента [4, 5].

Цель настоящего исследования заключалась в оценке информированности жителей столицы, больных хроническими дерматозами, о предоставляемых медицинских услугах и правах при их получении.

Материалы и методы

Проведено анкетирование 412 пациентов с хроническими дерматозами, получающих специализированную помощь в медицинских организациях дерматовенерологического профиля г. Москвы. Все опрошенные являлись жителями столицы, имели преимущественно среднее специальное и высшее образование, в основном были служащими государственных учреждений и работниками коммерческих структур, со средним материальным положением, состояли в зарегистрированном браке. Большая часть из них считали себя практически здоровыми, значимая доля — имели высокую медицинскую активность.

По материалам социологического опроса изучалось распределение пациентов по получению информации о различных аспектах оказания медицинской помощи. В специально разработанную анкету был включен также ряд вопросов, касающихся знания пациентами своих прав при получении медицинских услуг.

Математическая обработка полученных данных проводилась с использованием методов вариационной статистики. Доверительный интервал для средних величин вычислялся с заданным уровнем достоверности 0,95. Для оценки достоверности различий применялся параметрический критерий Стьюдента. Обработку полученных результатов производили с помощью пакета статистических программ Statistica v. 6.1 и программы Microsoft Office Excel 2010.

Результаты исследования

Анализ анкетных данных позволил выявить наличие или отсутствие у пациентов возможности получения исчерпывающей информации по всем вопросам, касающимся их заболевания. Распределение ответов пациентов о предоставлении той или иной информации по поводу заболевания представлено в таблице.

Наиболее часто предоставляемой врачом является информация о диагнозе. По данным опроса, ин-

формацию о диагнозе врач предоставляет «всегда» в 84,9% случаев. Возрастных и половых различий по данному вопросу отмечено не было. На втором месте располагаются методы лечения и возможные осложнения при лечении. Ответ «всегда» дали 82% пациентов, причем самой многочисленной была группа пациентов в возрасте 20—29 лет, среди которых 84,6% ответили на данный вопрос «всегда».

Несколько реже, по мнению опрошенных, врачи информируют пациентов о методах обследования, возможных неприятных ощущениях и осложнениях, о побочных действиях лекарственных средств и о праве пациента отказаться от обследования и лечения и последствиях такого отказа.

На получение информации о методах обследования, возможных неприятных ощущениях и осложнениях указали 72,7% пациентов в возрастной группе до 20 лет и 63,2% в возрастной группе старше 60 лет. Различий между мужчинами и женщинами отмечено не было, уровень образования также достоверно не влиял на характер ответов.

С частотой 64,7% врачи сообщают пациентам информацию о побочных действиях лекарственных средств, в 18,6% случаев это происходит не всегда, и в 16,7% случаев пациенты такой информации не получают. Было установлено, что с возрастом информированность пациентов по данному вопросу уменьшается. Если в возрастной группе до 20 лет 72,7% респондентов указали на получение такой информации, то в последующих возрастных группах частота ее получения не превышала 50%.

О том, что врачи всегда предоставляют им информацию о праве пациента отказаться от обследования и лечения и последствиях такого отказа, сообщили 63,5% респондентов, 26,9% указали, что не всегда, 9,6% ее не предоставляли. Частота положительных ответов зависела от возраста пациентов. Пациенты в возрасте до 20 лет дали положительный ответ в 81,8% случаев, в возрасте 50—59 лет — в 65%, в остальных возрастных группах их частота колебалась в пределах 60%. При этом мужчины были информированы в 67,8% случаев, а женщины — в 53% ($p < 0,05$). Зависимость от уровня образования установлена не была.

Распределение информации о различных вопросах оказания медицинской помощи среди пациентов (в %)

Вид информации	Вариант ответа		
	всегда	не всегда	не предоставляют
О диагнозе	84,9	11,9	3,2*
О методах обследования, возможных неприятных ощущениях и осложнениях	65,4	18,3	16,3
О методах лечения и возможных осложнениях при лечении	82,0	14,4	3,5*
О побочных действиях лекарственных средств	64,7	18,6	16,7
О праве пациента отказаться от обследования и лечения и последствиях такого отказа	63,5	26,9	9,6*

Примечание. *Межгрупповые различия достоверны; $p < 0,05$.

Здоровье и общество

Доверие врачу — одна из самых главных составляющих успешно завершеного лечения. Выявлено, что подавляющее большинство (82,3%) респондентов предпочли получать медицинскую помощь в государственной медицинской организации, 15,4% — у знакомого врача и 2,2% — в частном медицинском центре.

По данным опроса, на выбор врача влияют возраст пациентов и уровень образования: с увеличением возраста доля пациентов, желающих лечиться в государственном учреждении, была более 90%, тогда как в группах до 20 и 20—29 лет составила менее 50%.

На вопрос «Имеете ли вы право и возможность ознакомиться с результатами обследования, историей болезни и амбулаторной картой?» утвердительно ответили 76,1% опрошенных.

На необходимость защиты прав пациентов при их нарушении в процессе оказания медицинской помощи указали абсолютно все пациенты, при этом 59,6% были уверены в необходимости обращения к руководству учреждения, 16,3% считали необходимым обращаться с жалобами в страховые компании, 15,7% — в Министерство здравоохранения, а 8,3% — в суд.

У респондентов всех возрастных групп преобладающим было мнение о необходимости обращения к руководству медицинского учреждения для урегулирования ситуаций ущемления прав пациента при получении медицинской помощи. Однако пациенты в возрасте 30—39 лет предлагали обращаться в Министерство здравоохранения чаще остальных (в 19,6% случаев), а пациенты группы 40—49-летних чаще других рекомендовали обращаться с жалобами в страховые медицинские организации (в 21,3% случаев). Мужчины и женщины были едины во мнении по урегулированию правовых аспектов.

При анализе анкетных данных было выявлено, что обращаться к руководству медицинских учреждений чаще предлагали респонденты, имеющие высшее образование (57,8%), в страховые медицинские организации — лица, имеющие общее среднее образование (33,3%), в суд — пациенты с неполным средним образованием (36,4%).

На жалобы по поводу качества оказания дерматологической помощи указали 9,3% респондентов, среди них преобладали пациенты среднего возраста и имеющие среднее специальное образование. Достоверных различий между количеством мужчин и женщин отмечено не было.

Пациенты в большинстве случаев были удовлетворены оказываемой им медицинской помощью, не испытывали трудностей при посещении медицинского учреждения, а помощь, оказанная им, вполне соответствовала их нуждам и позволила справиться с проблемами здоровья. Однако около $\frac{1}{3}$ пациентов не были удовлетворены информацией о болезни и лечении. Как следует из данных исследования, информированность пациентов о правах при получении медицинских услуг является недостаточной.

Заключение

По данным анкетирования установлено, что большинство (82,3%) респондентов предпочли получать медицинскую помощь в государственной медицинской организации, 15,4% — у знакомого врача, 2,2% — в частном медицинском центре. Наиболее часто предоставляемой врачом пациентам информацией являются сведения о диагнозе. Информацию о диагнозе врачи предоставляют «всегда» в 84,9% случаев. Возрастных и половых различий по данному вопросу не отмечено. На втором месте по частоте предоставляемой информации находятся методы лечения и возможные осложнения при лечении. Ответ «всегда» дали 82,0% пациентов, причем самая многочисленная группа состояла из пациентов в возрасте 20—29 лет, среди которых 84,6% ответили «всегда» на данный вопрос. Намного реже, по мнению опрошенных, врачи информируют пациентов о методах обследования, возможных неприятных ощущениях и осложнениях, о побочных действиях лекарственных средств и о праве пациента отказаться от обследования и лечения и последствиях такого отказа. На необходимость защиты прав пациентов при их нарушении в процессе оказания медицинской помощи указали абсолютно все респонденты. При этом обращение к руководству медицинских учреждений по поводу жалоб на медицинское обслуживание чаще предлагали респонденты, имеющие высшее образование (57,8%), в страховые компании — лица, имеющие общее среднее образование (33,3%), обращаться в суд рекомендовали пациенты с неполным средним образованием (36,4%). На возникавшие когда-либо жалобы по поводу качества оказания дерматологической помощи указали 9,3% респондентов, среди них преобладали пациенты среднего возраста и имеющие среднее специальное образование. Достоверных различий между количеством мужчин и женщин отмечено не было.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Ходакова О. В., Шильникова Н. Ф. Значение уровня правовой грамотности населения в системе управления качеством медицинской помощи. *Сибирский медицинский журнал*. 2013;120(5):144—7.
2. Позднякова М. А., Красильникова О. Н., Жильцова Е. Е. Медико-социальные и юридические аспекты косметологической помощи. *Наука молодых (Eruditio Juvenium)*. 2017;5(4):509—19. doi: 10.23888/HMJ20174509-519
3. Жильцова Е. Е. Этико-деонтологические и правовые аспекты оказания дерматовенерологической помощи населению. *Российский медико-биологический вестник им. академика И. П. Павлова*. 2013;21(3):114—7. doi: 10.17816/PAVLOVJ20133114-117
4. Кочкина Н. Н., Красильникова М. Д., Шишкин С. В. Доступность и качество медицинской помощи в оценках населения. М.: Издательский дом Высшей школы экономики; 2015.
5. Артемьева М. А. Удовлетворенность пациентов медицинской помощью в различных условиях ее предоставления. *Наука молодых (Eruditio Juvenium)*. 2017;5(3):389—99. doi: 10.23888/HMJ20173389-399

REFERENCES

1. Khodakova O. V., Shilnikova N. F. The significance of legal competence of the population in the management of health care quality. *Sibirskij medicinskij žurnal*. 2013;120(5):144—7 (in Russian).
2. Pozdniakova M. A., Krasilnikova O. N., Zhiltsova E. E. Medico-social and legal aspects of medical care in cosmetology. *Nauka molodykh (Eruditio Juvenium)*. 2017;5(4):509—19 (in Russian). doi: 10.23888/HMJ20174509-519
3. Zhiltsova E. E. Aspects of ethic-deontological and legal aspects of rendering the dermatovenerological help to the population. *Rossiiskij medico-biologicheskij vestnik im. akademika I. P. Pavlova*. 2013;21(3):114—7 (in Russian). doi: 10.17816/PAVLOVJ20133114-117
4. Kochkina N. N., Krasilnikova M. D., Shishkin S. V. Accessibility and quality of medical care in population estimates. [*Dostupnost' i kachestvo meditsinskoj pomoshchi v otsenkakh naseleniya*]. Moscow: Izdatel'skiy dom Vysshey shkoly ekonomiki; 2015 (in Russian).
5. Artemeva M. A. Patient satisfaction with medical assistance provided in different conditions. *Nauka molodykh (Eruditio Juvenium)*. 2017;5(3):389—99 (in Russian). doi: 10.23888/HMJ20173389-399

Скворцова Е. С., Лушкина Н. П.

РОССИЙСКИЕ СЕЛЬСКИЕ ПОДРОСТКИ-ШКОЛЬНИКИ КАК ПОЛЬЗОВАТЕЛИ ИНТЕРНЕТА

ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России, 127254, г. Москва

В обществе сложилось мнение, что дети, подростки и молодежь являются главными пользователями интернета в России. Однако информационное влияние интернета на формирующееся сознание, интеллект, жизненные ценности подрастающего поколения неоднозначно и требует всестороннего и глубокого изучения. В 2016—2017 гг. в России проведено широкомасштабное выборочное изучение распространенности и особенностей пользования интернетом среди сельских подростков-школьников 15—17 лет, которое охватило 17 областей из 6 федеральных округов России. Объем выборки составил 18 222 сельских подростка (8208 мальчиков и 10 014 девочек). Свод материалов (анкет), формирование баз данных и их статистическая разработка проводились с помощью компьютерной программы «Факторы риска». Исследование показало, что распространенность пользования интернетом среди сельских подростков 96,1, среди девочек — 97,2 из 100 подростков соответствующего возраста и пола, причем 85,4% мальчиков и 90% девочек пользовались интернетом ежедневно, а 44,4% мальчиков и 60,4% девочек — 3 ч и более в сутки. Подростки, ежедневно пользующиеся интернетом 3 ч и более, являются «группой риска», так как у них не только возникают сложности социальной-психологического характера, но и высок риск развития интернет-зависимости. Несмотря на различия в возрасте опрошенных подростков, градах частоты и продолжительности пользования интернетом, результаты нашего исследования коррелируют с данными исследований, проводимых в разные годы Фондом развития Интернет, и свидетельствуют о высоком уровне распространенности пользования интернетом среди современных школьников. Результаты исследования позволили выявить проблемы, возникающие у сельских подростков-школьников в связи с длительным использованием интернетом, а также необходимость обучения их целесообразному, дозированному и эффективному использованию сети, которое расширило бы кругозор, повысило успеваемость, обогатило досуговую деятельность.

К л ю ч е в ы е с л о в а: сельские подростки-школьники; распространенность; интернет.

Для цитирования: Скворцова Е. С., Лушкина Н. П. Российские сельские подростки-школьники как пользователи интернета. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2020;28(2):279—284. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2020-28-2-279-284>

Для корреспонденции: Скворцова Елена Сергеевна, д-р мед. наук, профессор, главный научный сотрудник отделения медико-социальных проблем ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России, e-mail: scvortsova@mednet.ru

Skvortsova E. S., Lushkina N. P.

THE RUSSIAN RURAL SCHOOL CHILDREN OF ADOLESCENT AGE AS INTERNET USERS

The Federal State Budget Institution “The Central Research Institute for Health Organization and Informatics” of Minzdrav of Russia, 127254, Moscow, Russia

In Russia, the society shares the opinion that children, adolescents and the youth are the main users of the Internet. However, the information impact of the Internet on the emerging consciousness, intelligence, life values of younger generation is ambiguous and requires comprehensive and in-depth study. Materials and methods. In 2016—2017, large-scale sample study of prevalence and peculiarities of Internet use in rural teenagers aged 15—17 years was carried out in Russia, covering 17 Oblasts from 6 Federal Okrugs of Russia. The sampling consisted of 18 222 rural teenagers (8 208 boys and 10 014 girls). The set of material (questionnaires), formation of databases and their statistical processing was carried out using software program “The Risk Factors”. According to the data study, prevalence of Internet use among boys was 96.1 and among girls 97.2 out of 100 adolescents of the appropriate age and sex. Besides, 85.4% of boys and 90.0% of girls used the Internet on daily basis and 44.4% of boys and 60.4% of girls — 3 hours or more per day. Teenagers using the Internet every day during 3 hours or more constitute “risk group” since they have both social and psychological difficulties and high risk of developing Internet addiction. Despite the differences in the age of the respondent’s gradations in frequency and duration of Internet using, the results of study correspond to data of studies carried out in different years by the Internet Development Fund and testify high level of prevalence of Internet use among schoolchildren. The results of the study revealed the emerging problems in rural schoolchildren of adolescent age due to long (3 hours or more per day) use of the Internet, as well as the need to teach them to appropriate, dosed and effective use of the Internet, which would broaden mind, increase academic performance and enrich leisure activities.

К e y w o r d s: rural teenagers; schoolchildren; prevalence; Internet.

For citation: Skvortsova E. S., Lushkina N. P. The Russian rural school children of adolescent age as Internet users. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2020;28(2):279—284 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2020-28-2-279-284>

For correspondence: Skvortsova E. S., doctor of medical sciences, professor, the major researcher of the Department of Medical Social Problems of the Federal State Budget Institution “The Central Research Institute for Health Organization and Informatics”, e-mail: scvortsova@mednet.ru

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support

Received 12.08.2019
Accepted 28.11.2019

Введение

В настоящее время интернет стал неотъемлемой частью жизни современных людей. Как утверждают

исследователи, самыми активными пользователями интернета в России являются подростки [1].

Однако информационное влияние интернета на формирующееся сознание, интеллект, жизненные

ценности подрастающего поколения неоднозначно. Оно может быть положительным и отрицательным, требует всестороннего и глубокого изучения. Однако большинство научных работ, посвященных изучению влияния интернета на подростков, касается в основном феномена интернет-зависимости [2—4].

Всестороннее изучение взаимодействия подростков и интернета представлено Фондом развития Интернет (ФРИ), который провел широкомасштабные выборочные исследования по этой тематике. По данным Фонда, в 2009 г. около 90% подростков 14—17 лет пользовались интернетом [5], а в исследовании 2013 г. отмечено, что 89% российских подростков ежедневно пользовались интернетом [6].

Масштабы пользования интернетом подростками и молодежью, неоднозначность влияния этого киберпространства на формирующуюся личность молодого человека диктуют необходимость отслеживания ситуации в данной области (распространенность, цели, мотивации, последствия).

С 2010 г. Центр мониторинга вредных привычек среди детей и подростков Минздрава России, наряду с исследованиями потребления алкоголя, наркотиков и табачной продукции среди подростков 15—17 лет, проводит на регулярной основе изучение занятий компьютерными играми и интернетом среди этого контингента.

По нашим данным (исследование 2010—2011 гг.), распространенность пользования интернетом среди городских подростков-школьников 15—17 лет составляла 95% среди мальчиков и 95,4% среди девочек, а среди учащихся училищ начального профессионального образования (2013—2014) пользовались интернетом 97,1% мальчиков и 97,9% девочек [7—10].

Результаты изучения пользования интернетом среди сельских подростков-школьников 15—17 лет, проведенного в 2016—2017 гг., представлены в настоящей статье.

Материалы и методы

По единой методике, разработанной в Центре мониторинга вредных привычек среди детей и подростков Центрального научно-исследовательского института организации и информатизации здравоохранения (ЦНИИОИЗ) Минздрава России, в 2016—2017 гг. проведено широкомасштабное выборочное исследование распространенности и особенностей пользования интернетом сельских подростков-школьников 15—17 лет, учащихся 9—11-х классов общеобразовательных школ. Оно охватило 17 областей РФ из 6 федеральных округов (ФО) России. В этих ФО в 2016 г. проживало 75% общей численности сельских подростков 15—17 лет. В каждом ФО были выбраны по 3 или 4 субъекта РФ, в которых доля сельских подростков 15—17 лет на 1 января 2016 г. составляла от 20 до 60%. В Центральном ФО (ЦФО) в исследование вошли Воронежская, Калужская и Тульская области, доля сельских подростков в которых в составе ЦФО составляла 20,1%. В Южном ФО (ЮФО) в исследовании участвовали

Краснодарский край и Волгоградская область, доля сельских подростков в которых в составе ЮФО составляла 59,6%. В Сибирском ФО (СФО) в исследовании участвовали Красноярский и Забайкальский края и Кемеровская область, доля сельских подростков в которых в составе СФО составляла 26,5%. Уральский ФО (УФО) был представлен Свердловской областью, доля сельских подростков в которой составляла 26,3% от их численности в УФО. В Приволжском ФО (ПФО) в исследовании участвовали Республика Татарстан, Удмуртская и Чувашская Республики, а также Самарская область. Доля сельских подростков, проживающих на этих территориях, составила 31,2% от общего числа подростков ПФО [11].

Выборочная совокупность сельских подростков-школьников 15—17 лет в каждой отобранной области формировалась в несколько этапов. На первом этапе в каждой отобранной области целенаправленно отбирались сельские районы с учетом их географической расположенности (север, юг, запад, восток) и фактора удаленности от областного центра (близкорасположенные и удаленные). На втором этапе в каждом отобранном сельском районе методом случайной выборки отбирались 2—3 сельские общеобразовательные школы. На третьем этапе в отобранных школах проводилось сплошное анонимное анкетирование учащихся 9, 10 и 11-х классов.

Объем выборки в каждой области был одинаков и определялся расчетом необходимого числа наблюдений по известной формуле с учетом 5% брака при заполнении анкет [12]. Необходимое репрезентативное расчетное число наблюдений составило 1076 подростков. В большинстве регионов опрашивалось больше подростков, в некоторых — меньше из-за малого количества подростков, проживающих в сельской местности (Мурманская область).

Всего было опрошено 18 222 сельских подростка-школьника, из них 8208 (45%) мальчиков и 10 014 (55%) девочек.

Свод материалов анкетирования, формирование баз данных и их статистическая разработка проводились с помощью компьютерной программы «Факторы риска» [13]. Статистическая разработка баз данных включала: получение абсолютных и относительных показателей и их ошибок, расчет достоверности различий между показателями по критерию Стьюдента (t).

Результаты исследования

Уровень распространенности пользования интернетом среди сельских подростков-школьников 15—17 лет в 2016—2017 гг. в РФ колебался среди мальчиков от 95,6 до 99,3 и составил в среднем 96,1 на 100 мальчиков-школьников 15—17 лет. Среди девочек уровень распространенности пользования интернетом колебался в еще более узком диапазоне: от 97,3 до 100, составляя в среднем 97,2 на 100 подростков-девочек 15—17 лет (рис. 1).

Здоровье и общество

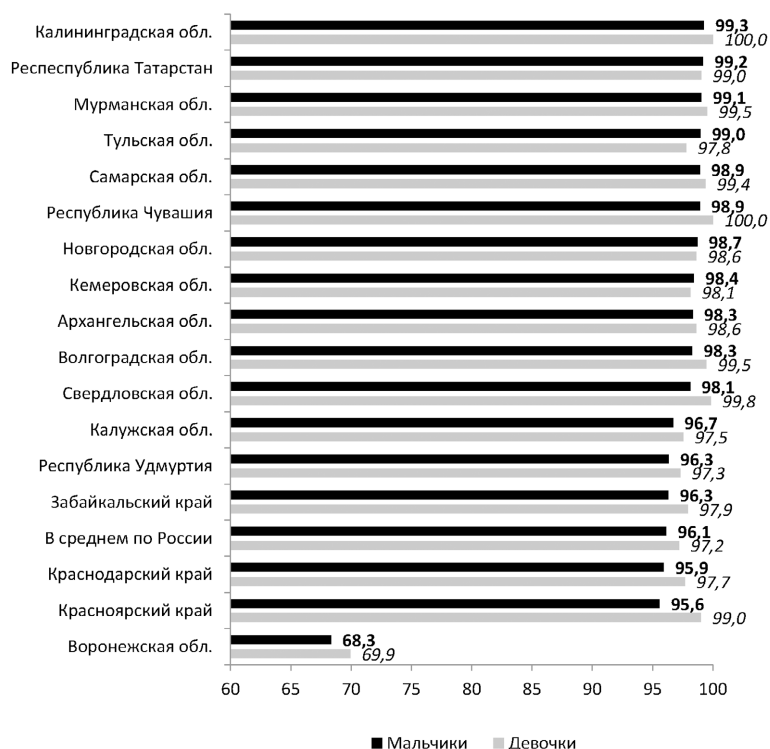


Рис. 1. Частота распространности пользования интернетом среди сельских подростков-школьников 15—17 лет в РФ в 2016—2017 гг. (на 100 подростков соответствующего возраста и пола).



Рис. 2. Основные целевые направления использования интернета сельскими подростками-школьниками 15—17 лет в РФ в 2016—2017 гг. (в % от числа пользователей).

Исключением являлась Воронежская область, где пользовались интернетом 68,3 из 100 подростков-мальчиков 15—17 лет и 69,9 из 100 девочек-школьниц 15—17 лет (см. рис. 1).

Несмотря на то что показатель распространенности у девочек, пользовавшихся интернетом, в среднем по России мало отличался от соответствующего показателя у мальчиков, различие было статистически значимо ($p < 0,001$).

Цели и интересы использования интернета у сельских подростков-школьников довольно разнообразны: от подготовки к школьным занятиям до

покупок в интернете (рис. 2). Однако для большинства сельских подростков основной целью являлся поиск информации для учебы (56,9% у мальчиков и 67,1% у девочек).

Использовали интернет как средство общения и для знакомств около 15% сельских подростков (15,7% мальчиков и 15,1% девочек). Каждый седьмой мальчик и каждая десятая девочка пользовались интернетом для поиска информации в рамках своего хобби, а 5,8% мальчиков и 4,6% девочек смотрели фильмы, слушали музыку. Электронной почтой пользовались всего 1% мальчиков и 0,7% девочек, еще по 1% мальчиков и девочек совершали покупки в интернете (см. рис. 2). «От нечего делать» во всемирной паутине «сидели» 1,6% мальчиков и 1,2% девочек. Необходимо отметить, что сельские мальчики статистически значимо чаще использовали интернет для поиска информации для хобби, а девочки — для подготовки к школьным занятиям ($p < 0,001$).

Неотъемлемыми характеристиками пользования интернетом являются частота и продолжительность. Анализ этих характеристик показал, что частота пользования интернетом варьирует от ежемесячного до ежедневного, а продолжительность — от нескольких часов в месяц до 3 ч и более ежедневно. Частота и продолжительность пользования интернетом сельскими подростками-школьниками 15—17 лет в РФ представлены в табл. 1.

Подавляющее большинство (85,4% мальчиков и 90% девочек) сельских подростков-школьников пользовались интернетом ежедневно, причем 44,4% мальчиков и 60,4% девочек — ежедневно 3 ч и более. Редко пользовались интернетом (ежемесячно или еженедельно) 14,4% мальчиков и 9,8% девочек.

Между мальчиками и девочками по данным характеристикам имелись существенные различия. Так, девочки преобладали над мальчиками в ежедневном продолжительном использовании интернетом (3 ч и более; $p < 0,001$), а мальчики — в ежедневном использовании интернета до 2 ч.

Таблица 1

Частота и продолжительность пользования интернетом среди сельских подростков-школьников 15—17 лет в РФ в 2016—2017 гг. (в % от числа пользователей)

Частота и продолжительность пользования интернетом	Пол		P
	мальчики*	девочки*	
Ежемесячно (но не каждую неделю)	3,4±0,4	1,8±0,3	>0,005
Еженедельно (но не каждый день)	11,3±0,7	8,0±0,5	<0,01
Ежедневно (от 30 мин до 2 ч в день)	41,0±1,1	29,6±0,9	<0,001
Ежедневно (3 ч и более) — «группа риска»	44,4±1,1	60,4±1,0	<0,0001

Примечание. *M ± m.

Социальные и психологические проблемы, возникающие у подростков, пользующихся интернетом редко и ежедневно 3 ч и более
(в % от числа пользующихся)

Социально-психологические проблемы	Пользуются интернетом, $M \pm m$				Достоверность различий между группами	
	редко (ежемесячно и еженедельно)		ежедневно 3 ч и более		мальчики	девочки
	мальчики	девочки	мальчики	девочки		
Нет проблем	81,8±2,2	80,9±2,5	75,6±1,4	71,9±1,2	$p < 0,0001$	$p < 0,0001$
Ссоры с родителями	3,7±1,1	5,0±1,4	6,6±0,8	9,7±0,8	$p < 0,001$	$p < 0,001$
Снижение успеваемости	5,1±1,3	4,1±1,3	9,0±0,9	8,8±0,7	$p < 0,05$	$p < 0,05$
Сложности в общении	2,2±0,8	2,6±1,0	3,0±0,6	3,2±0,5	$p > 0,05$	$p > 0,05$
Ухудшение самочувствия	1,1±0,6	3,4±1,2	1,0±0,3	2,7±0,4	$p > 0,05$	$p > 0,05$
Невыполнение домашних поручений	3,5±1,1	2,7±1,0	3,3±0,2	2,9±0,4	$p > 0,05$	$p > 0,05$
Пропуск занятий в школе	1,3±0,6	0,4±0,4	1,1±0,3	0,3±0,1	$p > 0,05$	$p > 0,05$

Неизбежными последствиями ежедневного продолжительного пользования интернетом являются нарушение режима дня, невыполнение школьных домашних заданий и поручений родителей и даже сокращение длительности ночного сна, пропуск приема пищи.

Анализ последствий ежедневного продолжительного пользования интернетом сельскими подростками-школьниками показал, что 55,8% мальчиков и 60% девочек ради интернета приходилось жертвовать ночным сном и приемом пищи, пропускать прогулки с друзьями, занятия в секциях и кружках. Из-за «сидения» во всемирной паутине 6,2% мальчиков и 5% девочек не выполняли школьные домашние задания, 5,1% мальчиков и 5,9% девочек игнорировали выполнение домашних поручений, 1,7% мальчиков и 1% девочек не участвовали в домашних праздниках и семейных торжествах, а 1,6% мальчиков и 1,1% девочек даже прогуливали занятия в школе.

Кроме того, на фоне вышеперечисленных последствий у данной части подростков возникал еще ряд проблем: ссоры с родителями (4,9% мальчиков и 7,8% девочек), снижение успеваемости (7% мальчиков и девочек), сложности в общении с другими людьми и друзьями (2,4% мальчиков и 2,8% девочек). Ухудшение самочувствия отмечали 1,1% мальчиков и 2,5% девочек: головную боль (8,6% мальчиков и 15,1% девочек), резь и сухость в глазах (4,8% мальчиков и 8,5% девочек), бессонницу (4,4% мальчиков и 6,5% девочек), боль в спине и шее (3,3% мальчиков и 5,7% девочек), боль в кистях и онемение пальцев (2,0% мальчиков и 2,6% девочек).

Сравнительный анализ социальных и психологических проблем, возникающих у подростков, «редко» (ежемесячно и еженедельно) пользующихся интернетом и ежедневно пользующихся интернетом 3 ч и более, показал, что эти проблемы статистически значимо чаще возникают во втором случае (табл. 2).

Так, ссоры с родителями у подростков, «редко» пользующихся интернетом, бывали в 3,7% случаев у мальчиков и в 5% у девочек, а в группе пользующихся интернетом ежедневно 3 ч и более — у 6,6% мальчиков и 9,7% девочек ($p < 0,001$). Снижение успеваемости

в первой группе отмечали 5,1% мальчиков и 4,1% девочек, а во второй — 9% мальчиков и 8,8% девочек ($p < 0,001$).

Подростки, «редко» пользующиеся интернетом (81,8% мальчиков и 80,9% девочек), статистически значимо чаще пользующихся интернетом ежедневно 3 ч и более (75,6% мальчиков и 71,9% девочек) отмечали, что у них не возникает проблем в связи с использованием интернетом ($p < 0,0001$; см. табл. 2).

По остальным позициям достоверных различий между этими группами не выявлено.

На наш взгляд, подростков, проводящих в интернете ежедневно 3 ч и более, необходимо выделять в «группу риска», поскольку такое длительное, чрезмерное «пребывание» в интернете не только нарушает распорядок дня, приводит к сбою биологических норм чередования труда и отдыха, порождает целый ряд социальных и психологических проблем, но и таит в себе потенциальный риск развития интернет-зависимости. О начале формирования зависимости от интернета свидетельствуют такие психологические проявления, как беспокойство, раздражительность и невозможность думать о чем-то другом в отсутствие интернета. По нашим данным, такие проявления имелись у 8,6% опрошенных мальчиков и 13,6% девочек.

Подростки-школьники «группы риска» имелись на всех сельских территориях, вошедших в исследование. В среднем по России в «группу риска» входили 42,9 из 100 мальчиков и 59 из 100 девочек соответствующего возраста (рис. 3).

В среднем по России и на всех территориях, вошедших в исследование, ежедневно продолжительно пользовавшихся интернетом девочек было статистически значимо больше, чем мальчиков ($p < 0,001$). Наибольшие по численности «группы риска» по пользованию интернетом среди мальчиков выявлены в Республике Удмуртия, Волгоградской и Свердловской областях, а среди девочек — в Республике Удмуртия, Калининградской, Волгоградской и Свердловской областях. Наименьшие по численности «группы риска» среди девочек и среди мальчиков отмечены в Самарской области, Краснодарском и Забайкальском краях. Между уровнем распространенности пользования интернетом и величиной

Здоровье и общество

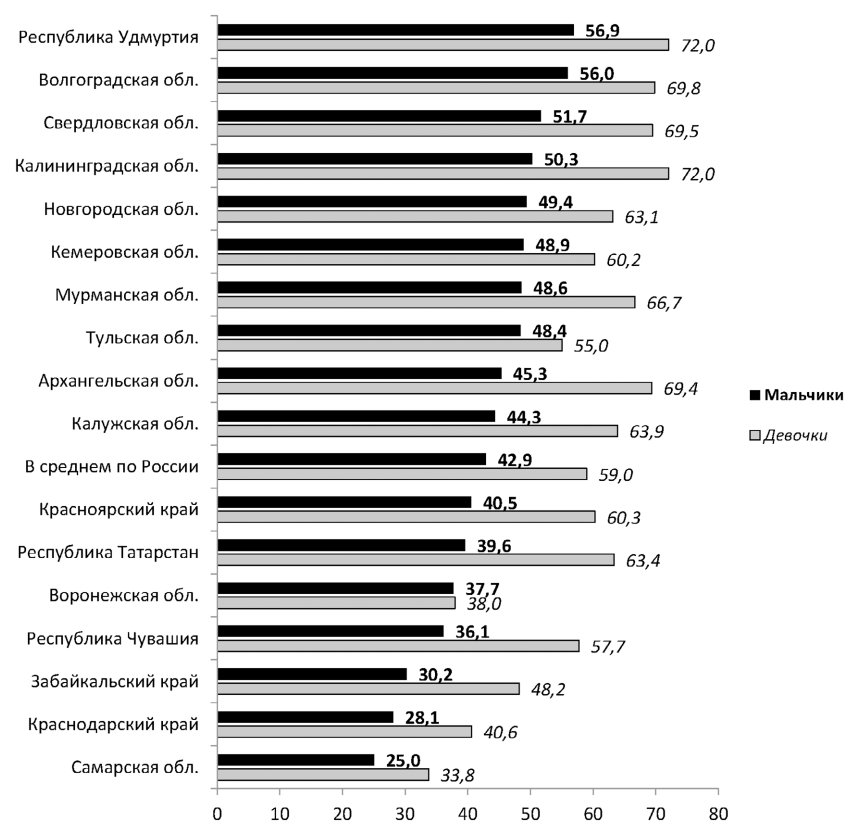


Рис. 3. Распространенность ежедневного, продолжительного (3 ч и более) пользования интернетом среди сельских школьников 15—17 лет в РФ в 2016—2017 гг. (на 100 подростков соответствующего пола).

«группы риска» выявлена достоверная прямая корреляционная взаимосвязь средней силы ($r=0,4$; ошибка коэффициента корреляции 0,009).

Обсуждение

Сопоставить и сравнить данные нашего исследования с данными других исследований сложно, так как они проводились в разные временные интервалы, в каждое исследование были включены подростки разных возрастных групп, использовались различные градации частоты и продолжительности пользования интернетом.

Однако некоторые сопоставления и сравнения все-таки возможны. По нашим данным, в 2010—2011 гг. среди городских подростков-школьников 15—17 лет пользовались интернетом 95% мальчиков и 95,4% девочек. По данным Фонда общественного мнения (ФОМ), в 2008 г. пользовались интернетом 77% мальчиков и 74% девочек в возрасте 14—17 лет [14].

По нашим данным 2016—2017 гг., ежедневно пользовались интернетом 85,4% сельских мальчиков и 89,6% девочек. По данным ФРИ, в 2013 г. 89% школьников пользовались интернетом каждый день или почти каждый день [15]. Ежедневно пользовались интернетом, по нашим данным, 11,3% сельских мальчиков и 8% девочек. По данным ФРИ, 9% подростков пользовались интернетом 1—2 раза в неделю [15]. Ежемесячно пользовались интернетом, по нашим данным, 3,1% сельских мальчиков и 3,8% де-

вочек; по данным ФРИ, 1% школьников пользовались интернетом 1—2 раза в месяц.

Таким образом, несмотря на различия в возрасте опрошенных подростков, градациях частоты и продолжительности времяпрепровождения в интернете, результаты нашего исследования коррелируют с данными ФРИ и свидетельствуют о высоком уровне распространенности пользования интернетом среди современных школьников.

Кроме того, необходимо отметить, что российские школьники отличаются от своих зарубежных сверстников по характеру пользования интернетом. Если российским подросткам свойственно ежедневное пользование интернетом, то европейским — умеренное пользование интернетом (1—2 раза в неделю) [15].

Выводы

Характеризуя в целом уровень распространности и особенности пользования интернетом российскими сельскими подростками-школьниками 15—17 лет в 2016—2017 гг., необходимо констатировать следующее.

1. Практически все современные сельские подростки-школьники 15—17 лет пользуются интернетом. В среднем по России пользовались интернетом среди мальчиков 96,1, а среди девочек — 97,2 из 100 подростков соответствующего возраста, причем 85,4% мальчиков и 90% девочек пользовались интернетом ежедневно, из них 44,4% мальчиков и 60,4% девочек — 3 ч и более в сутки.

2. Почти у 60% мальчиков и 70% девочек основным направлением использования интернета являлся поиск информации для школьных занятий, что четко соответствует их основной деятельности — учебе. Только 15% подростков использовали интернет для общения и знакомств. Около 10% девочек и 14,1% мальчиков искали в интернете информацию для своего хобби.

3. Более чем у половины подростков (55,4% мальчиков и 59% девочек) ежедневное длительное пользование интернетом приводит к тем или иным негативным последствиям. Возникает ряд проблем социального и психологического плана: ссоры с родителями, снижение успеваемости, пропуски занятий в школе. Из-за продолжительного пользования интернетом у части подростков отмечаются различные функциональные соматические нарушения, а у 5—6% подростков возникает риск формирования интернет-зависимости.

4. Подростки, ежедневно длительно (3 ч и более) пользующиеся интернетом, входят в «группу риска», поскольку такое «занятие» интернетом порождает не только социально-психологические проблемы,

функциональные соматические нарушения, но и потенцирует риск формирования интернет-зависимости.

Таким образом, современный широко востребованный, доступный инструмент поиска информации (интернет) почти у 60% сельских подростков-школьников вместо позитивных результатов приводит к отрицательным последствиям вследствие неправомерного его использования.

Подростков необходимо обучать целесообразному, дозированному и эффективному использованию интернета, который расширял бы кругозор, повышал успеваемость, обогащал досуговую деятельность.

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

ЛИТЕРАТУРА

- Солдатова Г. У., Кропалева Е. Ю. Территория свободы: особенности российских школьников как пользователей Интернета. *Дети в информационном обществе*. 2009;(2):36—43. Доступно по ссылке: <https://istina.msu.ru/publications/article/855860/> (дата обращения 07.02.2019).
- Кузнецов К. В. Влияние интернет-зависимости на личность подростка. *Журнал научных исследований аспирантов и докторантов*. 2013;82(4):190—2. Доступно по ссылке: <http://www.jurnal.org/articles/2014/psih18.html> (дата обращения 07.05.2014).
- Hossain A., Afrin D., Ul Islam M., Rabbi F. The School-Level Factors Associated with Internet Addiction among Adolescents: Across-Sectional Study in Bangladesh. *J. Addict. Depend.* 2017;3(2):170—4. doi: 10.15436/2471-061X.17.1686
- Min-Pei Lin, Jo Yung-Wei Wu, Jianing You, Wei-Hsuan Hu, Cheng-Fang Yen. Prevalence of internet addiction and its risk and protective factors in a representative sample of senior high school students in Taiwan. *J. Adolescence*. 2018;62:38—46. doi: 10.1016/j.adolescence.2017.11.004
- Солдатова Г. В., Зотова Е. Ю., Чекалина А. И., Гостимская О. С. Пойманные одной сетью: социально-психологическое исследование представлений детей и взрослых об интернете. М.; 2011.
- Солдатова Г. У., Нестик Т. А., Рассказова Е. И., Зотова Е. Ю. Цифровая компетентность родителей. Результаты всероссийского исследования. М.; 2013.
- Скворцова Е. С., Постникова Л. К. Занятия компьютерными играми и интернетом среди городских российских школьников 15—17 лет (по данным мониторинга 2010—2011 гг.). Информационное письмо. М.: РИО ЦНИИОИЗ; 2014.
- Скворцова Е. С., Постникова Л. К., Сошников С. С., Гончарова М. В. Занятия компьютерными играми и интернетом среди городских подростков, учащихся училищ начального профессионального образования в России. Ч. II (по данным мониторинга 2013—2014 гг.) Информационное письмо. М.: РИО ЦНИИОИЗ; 2015.
- Скворцова Е. С., Постникова Л. К. Распространенность и структура занятий интернетом среди учащихся подростков. *Вопросы наркологии*. 2015;(4):29—40.
- Скворцова Е. С., Постникова Л. К. Распространенность и особенности пользования интернетом учащимися учреждений начального профессионального образования в России. *Наркология*. 2017;16(6):94—9.
- Численность населения Российской Федерации по полу и возрасту на 1 января 2016 г. (Статистический бюллетень). М.; 2016.
- Королев М. А. Ошибка выборочной доли. *Статистический словарь*. М.: Финансы и статистика; 1989. С. 329—31.
- Скворцова Е. С., Коновалов Д. Н. Свидетельство о государственной регистрации программы для ЭВМ № 2013619820 AnkPro. Дата гос. регистрации в Реестре программ для ЭВМ 17 октября 2013 г.
- Галицкий Е. Подростки и интернет. Результаты опроса подростков в возрасте от 14 до 17 лет. 2008. Доступно по ссылке: <https://bd.fom.ru/pdf/podinter.pdf> (дата обращения 16.03.2019).
- Солдатова Г. В., Рассказова Е. И., Зотова Е. Ю., Лебешева М. И., Роггендорф П. А. Дети России онлайн. Результаты международного проекта EU Kids Online II в России. М.; 2013.

Поступила 12.08.2019
Принята в печать 28.11.2019

REFERENCES

- Soldatova G. V., Kropaleva E. Yu. Territory of freedom: features of Russian schoolchildren as Internet users. *Deti v informacionnom obshchestve*. 2009;(2):36—43. Available at: <https://istina.msu.ru/publications/article/855860/> (accessed 07.02.2019) (in Russian).
- Kuznetsov K. V. The influence of Internet addiction on the personality of a teenager. *Zhurnal nauchnyh issledovaniy aspirantov i doktorantov*. 2013;82(4):190—2. Available at: <http://www.jurnal.org/articles/2014/psih18.html> (accessed 07.05.2014) (in Russian).
- Hossain A., Afrin D., Ul Islam M., Rabbi F. The School-Level Factors Associated with Internet Addiction among Adolescents: Across-Sectional Study in Bangladesh. *J. Addict. Depend.* 2017;3(2):170—4. doi: 10.15436/2471-061X.17.1686
- Min-Pei Lin, Jo Yung-Wei Wu, Jianing You, Wei-Hsuan Hu, Cheng-Fang Yen. Prevalence of internet addiction and its risk and protective factors in a representative sample of senior high school students in Taiwan. *J. Adolescence*. 2018;62:38—46. doi: 10.1016/j.adolescence.2017.11.004
- Soldatova G. V., Zotova E. Yu., Chekalina A. I., Gostimskaya O. S. Caught by one network: a socio-psychological study of children's and adults' perceptions of the Internet [*Pojmannye odnoj set'yu: social'no-psihologicheskoe issledovanie predstavlenij detej i vzroslyh ob internete*]. Moscow; 2011 (in Russian).
- Soldatova G. U., Nestik T. A., Rasskazova E. I., Zotova E. Yu. Digital competence of parents. Results of the all-Russian research [*Cifrovaya kompetentnost' roditel'ev. Rezul'taty vs Rossijskogo issledovaniya*]. Moscow; 2013 (in Russian).
- Skvortsova E. S., Postnikova L. K. Classes in computer games and the Internet among urban Russian schoolchildren 15—17 years (according to monitoring 2010—2011). Information letter [*Zanyatiya komp'yuternymi igrami i internetom sredi gorodskih rossijskikh shkol'nikov 15—17 let (po dannym monitoringa 2010—2011 gg.) Informacionnoe pis'mo*]. Moscow: RIO CNIIOIZ; 2014 (in Russian).
- Skvortsova E. S., Postnikova L. K., Soshnikov S. S., Goncharova M. V. Classes computer games and the Internet among urban adolescents, students of schools of primary vocational education in Russia. Part II (according to the monitoring data of 2013—2014) (Information letter) [*Zanyatiya komp'yuternymi igrami i internetom sredi gorodskih podrostkov, uchashchihya uchilishch nachal'nogo professional'nogo obrazovaniya v Rossii. Ch.II (po dannym monitoringa 2013—2014 gg.) Informacionnoe pis'mo*]. Moscow: RIO CNIIOIZ; 2015 (in Russian).
- Skvortsova E. S., Postnikova L. K. Prevalence and structure of Internet activities among adolescent students. *Voprosy narkologii*. 2015;(4):29—40 (in Russian).
- Skvortsova E. S., Postnikova L. K. Prevalence and features of Internet use by students of primary vocational education institutions in Russia. *Narkologiya*. 2017;16(6):94—9 (in Russian).
- Population of the Russian Federation by sex and age as of January 1, 2016 (Statistical Bulletin) [*Chislennost' naseleniya Rossijskoj Federacii po polu i vozrastu na 1 yanvarya 2016 g. (Statisticheskij byulleten')*]. Moscow; 2016 (in Russian).
- Korolev M. A. Sample share error. *Statistical dictionary [Oshibka vyborochnoj doli. Statisticheskij slovar']*. Moscow: Finansy i statistika; 1989. P. 329—31 (in Russian).
- Skvortsova E. S., Konvalov D. N. Certificate of state registration of computer programs № 2013619820 AnkPro. Date of state Registration in the register of computer programs October 17, 2013 [*Svidetel'stvo o gosudarstvennoj registracii programmy dlya EVM № 2013619820 AnkPro. Data gos. Registracii v Reestre programmi dlya EVM 17 oktyabrya 2013 g.*] (in Russian).
- Galiczkij E. Teenagers and the Internet. The results of a survey of adolescents aged 14 to 17 years. [*Podrostki i internet. Rezul'taty oprosa podrostkov v vozraste ot 14 do 17 let*]. 2008. Available at: <https://bd.fom.ru/pdf/podinter.pdf> (accessed 16.03.2019 g.) (in Russian).
- Soldatova G. V., Rasskazova E. I., Zotova E. Yu., Lebesheva I. M., Roggenдорф P. A. Children of Russia online. Results of the EU Kids Online II international project in Russia [*Deti Rossii onlajn. Rezul'taty mezhdunarodnogo proekta EU Kids Online II v Rossii*]. Moscow; 2013 (in Russian).

Абросимов В. Н., **Косяков А. В.**, **Якушин С. С.**

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет имени академика И. П. Павлова» Минздрава России, 390026, г. Рязань

Хроническая обструктивная болезнь легких — важная проблема современного здравоохранения. Заболевание все более остро отражается в повестке дня нашего общества, экономической и социальной сфере государства. Неуклонно прогрессирующее течение, инвалидизация, растущие экономические затраты ставят задачи поиска и совершенствования диагностических методов в условиях реальной клинической практики. Цель работы — оценить медико-социальную значимость новых подходов исследования функционального статуса пациентов с хронической обструктивной болезнью легких в рутинной клинической практике. Обследовано 105 мужчин: 64 пациента и 41 доброволец контрольной группы без заболеваний респираторной системы. Всем обследуемым проводились: спирометрия, 6-минутный шаговый тест, анализ вариабельности сердечного ритма, проба с внешней периферической сосудистой окклюзией. Полученные результаты продемонстрировали высокий уровень значимости комплексной оценки функционального статуса пациентов в рутинной клинической практике. Больные хронической обструктивной болезнью легких с дыхательной недостаточностью при проведении пробы с внешней периферической сосудистой окклюзией продемонстрировали стойкую гиперактивность эргорефлекса. В связи с этим метод оценки эргорефлекса по показателям вариабельности сердечного ритма применим в клинической практике и имеет перспективы внедрения как способ дополнительной диагностики функциональных нарушений.

Ключевые слова: хроническая обструктивная болезнь легких; оценка функционального статуса; 6-минутный шаговый тест; вариабельность ритма сердца; эргорефлекс; проба с внешней периферической сосудистой окклюзией.

Для цитирования: Абросимов В. Н., Косяков А. В., Якушин С. С. Медико-социальная значимость функциональных нарушений при хронической обструктивной болезни легких. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2020;28(2):285—290. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2020-28-2-285-290>

Для корреспонденции: Косяков Алексей Викторович, ассистент кафедры госпитальной терапии Рязанского государственного медицинского университета им. акад. И. П. Павлова, e-mail: Kosyakov_alex@rambler.ru

Abrosimov V. N., **Kosiyakov A. V.**, **Yakushin S. S.**

THE MEDICAL SOCIAL IMPORTANCE OF FUNCTIONAL DISORDERS UNDER CHRONIC OBSTRUCTIVE DISEASE OF LUNGS

The Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The academician I. P. Pavlov Ryazan State Medical University” of Minzdrav of Russia, 390026, Ryazan, Russia

The chronic obstructive disease of lungs is considered as important problem of modern public health system. The disease is increasingly keenly reflected in agenda of our society, economic and social sphere of the state. The steadily progressing course of disease, disability and increasing diagnostic costs assigns task of finding and improving diagnostic methods in real clinical practice. The purpose of the study is to assess the medical social significance of new approaches to studying functional status of patients with chronic obstructive disease of lungs in routine clinical practice. The sampling of 105 males were examined: 64 patients with chronic obstructive disease of lungs and 41 volunteers from control group without any diseases of respiratory system. All examined patients underwent spirometry, sixth minute step test, analysis of heart rate variability and test with external peripheral vascular occlusion. The study results established high level of importance of complex assessment of functional status of patients in routine clinical practice. The patients with chronic obstructive disease of lungs with respiratory failure demonstrated persistent hyperactivity of ergoreflex during test with external peripheral vascular occlusion. Therefore, method of assessing ergoreflex according to heart rate variability indices is applicable in clinic and has perspectives of implementation as mode of additional diagnostics of functional disorders.

Keywords: chronic obstructive disease of lungs; functional status assessment; sixth minute step test; heart rate variability; ergoreflex; external peripheral vascular occlusion.

For citation: Abrosimov V. N., Kosiyakov A. V., Yakushin S. S. The medical social importance of functional disorders under chronic obstructive disease of lungs. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2020;28(2):285—290 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2020-28-2-285-290>

For correspondence: Kosiyakov A. V., the assistant of the Chair of Hospital Therapy of the Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The academician I. P. Pavlov Ryazan State Medical University”. e-mail: Kosyakov_alex@rambler.ru

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support

Received 08.10.2019
Accepted 28.11.2019

Ежегодно от хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ), по данным ВОЗ, умирает свыше 2,8 млн человек [1]. Заболевание протекает с частыми обострениями и имеет прогрессирующий характер [2]. В качестве значимых клинических проявлений ХОБЛ выступают прогрессирую-

щая дыхательная недостаточность (ДН) и системные эффекты заболевания: системное воспаление, кахексия, проявления со стороны сердечно-сосудистой системы, дисфункция скелетной мускулатуры, депрессия [3—5]. Заболевание является социально значимым и имеет глобальные медико-со-

циальные и экономические последствия для государства [6].

Способы оценки функционального статуса при ХОБЛ хорошо изучены, однако только в последнее время появляются первые работы, свидетельствующие, что дополнительным методом определения ДН, эффективности лечения и прогноза при ХОБЛ выступает 6-минутный шаговый тест (6МШТ) [7—9]. Последнее подтверждается, в частности, наличием связи между результатом 6МШТ и риском смерти [8]. Кроме нарушений со стороны респираторной системы, определенное влияние на результат 6МШТ оказывает состояние периферической мускулатуры: хроническая усталость в мышцах нижних конечностей снижает толерантность к физической нагрузке [3].

Самостоятельным методом оценки функционального статуса пациентов с ХОБЛ является определение параметров variability сердечного ритма, возможности оценить работу всего организма и активность вегетативной нервной системы (ВНС) [10, 11].

Расширить оценку функционального статуса пациентов с ХОБЛ нам представилось возможным путем применения комплексного подхода, объединившего определение 6МШТ, пробы с внешней периферической сосудистой окклюзией, ВСП для оценки эргорефлекса [12]. Цель пробы заключалась в попытке снижения афферентной импульсации с нервных окончаний в скелетной мускулатуре нижних конечностей. Явление рефлекторной регуляции систем организма в ответ на накопление продуктов метаболизма и механическое растяжение мышцы, изучаемое при пробе с окклюзией, получило название эргорефлекса [13, 14], который может служить стойким источником усиления симпатического отдела ВНС.

Ввиду неоспоримой медико-социальной значимости ХОБЛ необходимы научный поиск новых методов, применение комплексного подхода в диагностике функциональных нарушений.

Целью исследования явилась оценка медико-социальной значимости новых подходов функционального статуса пациентов с ХОБЛ в рутинной клинической практике.

Материалы и методы

Обследовано 105 мужчин: 64 пациента с ХОБЛ и 41 доброволец без заболеваний респираторной системы. Исследование проходило на базе кафедры терапии и семейной медицины факультета дополнительного профессионального образования (ФДПО) с курсом медико-социальной экспертизы (МСЭ) и кафедры госпитальной терапии с курсом МСЭ ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет имени академика И. П. Павлова». Средний возраст пациентов с ХОБЛ составил $65,0 \pm 8,7$ года, исследуемых добровольцев — $61,7 \pm 9,21$ года. Группы не имели статистически значимых различий по возрасту и антропометрическим характеристикам ($p > 0,05$). Все больные с ХОБЛ имели значимый стаж

курения, индекс курильщика составил $21,5 [16,0; 30,5]$ пачка/лет. В группе контроля 26 (63,4%) человек являлись активными курильщиками или бросили курить на момент включения в исследование, индекс курильщика составил $5,6 [5,0; 7,5]$ пачка/лет. Критериями включения в группу больных с ХОБЛ были подписанное и датированное информированное согласие, мужской пол, возраст старше 40 лет, установленный диагноз ХОБЛ (GOLD 2016), наличие обструктивных изменений, подтвержденное методом спирометрии. В группу добровольцев включались здоровые или практически здоровые мужчины старше 40 лет без установленного диагноза ХОБЛ в анамнезе. Критериями исключения были бронхиальная астма, заболевания сосудов нижних конечностей, декомпенсация сопутствующих хронических заболеваний (при их наличии), низкая вероятность соблюдения пациентами протокола исследования.

Всем исследуемым проводили спирометрию, 6МШТ, анализ ВСП, пробу с внешней периферической сосудистой окклюзией.

Исследование функции внешнего дыхания и проведение 6МШТ были осуществлены на оборудовании Spiropalm 6MWT (Cosmed, Италия). Результаты спирометрии оценивали по стандартам Американского торакального общества (ATS) и Европейского респираторного общества (ERS) (Series «ATS/ERS Task Force: Standardisation of Lung Function Testing», 2005) [15]. 6МШТ проводился согласно рекомендациям ATS (2014) и ERS (2014) [16].

С целью оценки ВСП применяли методику Р. М. Баевского [13] и аппаратно-программный комплекс «Варикард» (ООО «Рамена», Россия). Анализ проводили по коротким записям ВСП (до 5 мин).

Эргорефлекс или системное эрготропное влияние изучали по изменениям ВСП во время и сразу по завершении пробы с внешней периферической сосудистой окклюзией. Для этого на 3 мин заполняли герметичную систему из манометра, груши и манжет, наложенных на бедро, воздухом до значений, превышающих уровень систолического артериального давления исследуемого на $30—50$ мм рт. ст.

Полученные данные подвергали статистической обработке в программе Statistica 13.0 (StatSoft Inc., США). Соответствие переменных нормальному распределению определялось критерием Шапиро—Уилка. В случае нормального распределения количественных данных рассчитывали среднее значение (M) \pm стандартное отклонение (σ), при распределении, не соответствующем нормальному, — медиану и интерквартильный размах $Me [Q1; Q3]$. Для сравнения данных несвязанных групп применяли: при нормальном распределении в группах — t -критерий Стьюдента, в противном случае — U -критерий Манна—Уитни. С целью сравнения данных в зависимых группах применяли при нормальном распределении парный t -критерий Стьюдента, при распределении, отличном от нормального — парный критерий Вилкоксона. Значения считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования

В группе пациентов с ХОБЛ наблюдалось закономерное снижение показателей спирометрии в сравнении с добровольцами из группы контроля. Результаты исследования указывают на наличие obstructивных нарушений функции внешнего дыхания у исследуемых, подтверждающая диагноз ХОБЛ. В группе контроля зарегистрировать значимое уменьшение показателей не удалось. Результаты сравнения групп по показателям спирометрии представлены в табл. 1.

Также статистически значимо различалось пройденное расстояние за время стандартного 6МШТ (табл. 2).

У пациентов с ХОБЛ оценивали показатели спирометрии в зависимости от пройденной дистанции за время 6МШТ по аналогии с критериями четырех функциональных классов хронической сердечной недостаточности (ХСН) по классификации Нью-Йоркской ассоциации кардиологов (NYHA). В исследование были включены пациенты, преодолевшие более 551 м (ФК 0 по NYHA), 426—550 м (ФК I по NYHA), 301—425 м (ФК II по NYHA), 151—300 м (ФК III по NYHA) и те, кто преодолел дистанцию менее 150 м (ФК IV по NYHA). Пациенты, преодолевшие дистанцию менее 150 м (ФК IV по NYHA) и в диапазоне 151—300 м (ФК III по NYHA), были объединены в одну группу (ФК III+IV). Результаты представлены в табл. 3.

Было установлено, что по мере снижения показателей 6МШТ от ФК 0 до ФК III+IV закономерно сни-

Таблица 4

Показатель ВСП пациентов с ХОБЛ и группы контроля			
Показатель	Пациенты с ХОБЛ	Контрольная группа	<i>p</i>
Индекс ПАРС	5,0 [4,0; 6,0]	4,0 [4,0; 6,0]	0,22
RMSSD, мс	25,0 [13,0; 66,0]	14,0 [10,0; 25,0]	0,001
SDNN, мс	30,0 [19,0; 55,0]	23,0 [17,0; 31,0]	0,028
CV, %	3,5 [2,3; 5,7]	2,6 [2,0; 3,6]	0,007
Mean, мс	842,6±125,1	873,4±113,4	0,20
Mo, мс	838,9±117,0	873,7±116,6	0,14
TP, мс ²	595,1 [226,5; 1796,9]	344,4 [185,8; 825,2]	0,047
PHF, %	46,3 [29,0; 66,5]	29,7 [14,5; 46,4]	0,0003
PLF, %	27,7 [16,8; 39,7]	34,4 [25,3; 42,3]	0,044
PVLF, %	20,0 [7,8; 31,0]	27,9 [19,8; 47,6]	0,001
LF/HF	0,6 [0,3; 1,2]	1,4 [0,6; 2,8]	0,0004
IC	1,2 [0,5; 2,5]	2,4 [1,2; 5,9]	0,0003

Примечание. Индекс ПАРС — показатель активности регуляторных систем организма, RMSSD — среднеквадратическое различие между длительностью соседних интервалов R—R, SDNN — стандартное отклонение интервалов N—N, отражает суммарный эффект вегетативной регуляции ритма сердца, CV — коэффициент вариации; Mean — среднее значение продолжительности интервала R—R, Mo — наиболее часто встречающееся значение длительности интервалов R—R, TP — общая мощность спектра; PHF — относительная мощность высокочастотных колебаний, PLF — относительная мощность низкочастотных колебаний, PVLF — относительная мощность «очень» низкочастотных колебаний, LF/HF — соотношение влияния симпатической и парасимпатической ВНС на ритм сердца, IC — индекс централизации.

жаются результаты практически всех показателей спирометрии.

Анализ ВСП продемонстрировал статистически значимое различие по большинству исследуемых показателей между пациентами с ХОБЛ и группой контроля (табл. 4).

В табл. 5 представлены данные ВСП пациентов с ХОБЛ, приведенные в соответствии со значениями пройденной дистанции в ходе стандартного 6МШТ. При этом установлено, что наиболее серьезные изменения ВСП по показателям индекса ПАРС, HF, PVLF, LF/HF, IC встречаются при самом тяжелом ФК III+IV с наименьшими результатами пройденной дистанции за 6 мин.

С целью изучения системной эрготропной реакции организма (эргорефлекса) нами проанализированы показатели ВСП, полученные до пробы, во время и сразу по окончании пробы с внешней периферической сосудистой окклюзией. Результаты представлены в табл. 6.

Таблица 1

Показатели спирометрии у пациентов с ХОБЛ и добровольцев группы контроля

Показатель	Пациенты с ХОБЛ (n=64)	Группа контроля (n=41)	<i>p</i>
ОФV ₁ , л	1,40 [0,93; 1,97]	3,3 [3,0; 3,8]	<0,001
ОФV ₁ , % от должного	46,5 [32,0; 61,0]	103,0 [92,0; 112,0]	<0,001
ФЖЕЛ, л	2,97±0,80	4,59±0,87	<0,001
ФЖЕЛ, % от должного	75,14±18,93	110,39±14,53	<0,001
ОФV ₁ /ФЖЕЛ, %	46,0 [37,0; 58,0]	73,0 [70,0; 76,0]	<0,001

Таблица 2

Данные 6МШТ

Показатель	Пациенты с ХОБЛ (n=64)	Группа контроля (n=41)	<i>p</i>
Дистанция, м	411,0 [326,5; 515,0]	726,0 [629,0; 812,0]	<0,01

Таблица 3

Показатели спирометрии у пациентов с ХОБЛ в зависимости от результатов 6МШТ

Показатель	ФК III+IV <300 м (n=13)	ФК II 301—425 м (n=22)	ФК I 426—550 м (n=18)	ФК 0 >551 м (n=11)
Дистанция, м	231,0 [178,0; 247,0]*	376,5 [344,0; 392,0]***	482,5 [442,0; 516,0]	714,0 [612,0; 725,0]**
ФЖЕЛ, л	2,2 [1,9; 2,7]*	3,2 [2,6; 3,6]	2,6 [2,3; 3,3]	3,4 [3,0; 4,2]**
ФЖЕЛ, % от должного	63,0 [52,0; 72,0]*	81,0 [65,0; 92,0]	71,0 [61,0; 85,0]	86,0 [77,0; 96,0]**
ОФV ₁ , л	1,0 [0,8; 1,2]*	1,3 [1,0; 2,0]***	1,4 [0,9; 1,8]	2,0 [2,0; 2,3]**
ОФV ₁ , % от должного	35,0 [29,0; 44,0]	46,5 [30,0; 58,0]***	49,5 [31,0; 58,0]	62,0 [60,0; 71,0]**
ОФV ₁ /ФЖЕЛ, %	41,0 [38,0; 47,0]	39,5 [33,0; 55,0]***	46,0 [34,0; 60,0]	77,0 [72,0; 83,0]**

Примечание. **p*<0,05 при сравнении групп ФК III+IV и ФК II; ***p*<0,05 при сравнении ФК 0 и ФК III+IV; ****p*<0,05 при сравнении ФК II и ФК 0.

Показатели ВСП у пациентов с ХОБЛ в зависимости от результатов 6МШТ

Показатель	ФК III+IV <300 м (n=13)	ФК II 301—425 м (n=22)	ФК I 426—550 м (n=18)	ФК 0 >551 м (n=11)
Индекс ПАРС	6,0 [4,0; 8,0]	5,0 [5,0; 6,0]	5,0 [4,0; 6,0]	4,0 [2,0; 5,0]*
RMSSD, мс	33,0 [15,0; 213,0]	24,0 [13,0; 52,0]	25,0 [13,0; 62,0]	22,0 [13,0; 44,0]
SDNN, мс	32,0 [21,0; 139,0]	31,0 [17,0; 56,0]	29,0 [16,0; 54,0]	27,0 [20,0; 48,0]
CV, %	3,8 [2,7; 15,6]	3,4 [1,9; 5,9]	3,3 [2,1; 5,4]	3,7 [2,6; 5,1]
Mo, мс	793,0 [736,0; 839,0]	862,5 [792,0; 922,0]	838,5 [754,0; 964,0]	835,0 [741,0; 967,0]
SI	410,0 [26,0; 656,0]	509,0 [263,0; 1036,0]	390,0 [247,0; 1057,0]	363,0 [129,0; 886,0]
TP, мс ²	892,5 [362,0; 12987,6]	675,8 [204,2; 1556,1]	506,8 [221,5; 2305,7]	601,9 [224,9; 1703,5]
HF, %	58,8 [43,9; 70,0]	41,0 [26,6; 77,6]	54,3 [33,9; 63,5]	29,4 [24,2; 44,2]*
LF, %	25,2 [16,3; 29,8]	24,6 [13,6; 39,7]	27,7 [20,0; 41,2]	35,2 [24,3; 47,8]
VLF, %	11,4 [6,2; 28,4]	21,5 [7,0; 31,0]	19,8 [9,0; 25,7]	27,9 [19,4; 37,6]*
LF/HF	0,5 [0,2; 0,7]	0,7 [0,2; 1,4]	0,5 [0,3; 1,2]	1,1 [0,6; 1,8]*
IC	0,7 [0,4; 1,3]	1,5 [0,3; 2,8]	0,8 [0,6; 2,0]	2,4 [1,3; 3,1]*

Примечание.* $p < 0,05$ при сравнении групп ФК 0 и ФК III+IV.

Таблица 6

Динамика показателей ВСП при оценке эргорефлекса у пациентов с ХОБЛ и контрольной группы

Показатель	ХОБЛ (n=64)			Контрольная группа (n=41)		
	исходно	во время пробы	в период восстановления	исходно	во время пробы	в период восстановления
Индекс ПАРС	5,0 [4,0; 6,0]	6,0 [4,0; 6,5]**	5,0 [4,0; 6,0]	4,0 [4,0; 6,0]*	5,0 [3,0; 6,0]**	4,0 [3,0; 5,0]
RMSSD, мс	25,0 [13,0; 66,0]	27,0 [12,0; 57,0]	27,5 [13,5; 60,5]	14,0 [10,0; 25,0]	16,0 [10,0; 25,0]	14,0 [11,0; 22,0]
SDNN, мс	30,0 [19,0; 55,0]	27,0 [18,5; 49,5]	33,0 [23,0; 52,5]	23,0 [17,0; 31,0]*^	27,0 [17,0; 37,0]	27,0 [20,0; 37,0]
CV, %	3,5 [2,3; 5,7]	3,4 [2,4; 5,8]	4,0 [2,9; 5,8]	2,6 [2,0; 3,6]*^	3,1 [2,2; 4,3]	3,0 [2,1; 4,1]
Meanp, мс	842,6±125,1*	843,7±119,6**	854,5±121,2	873,4±113,4*	866,4±116,6**	887,7±112,4
Mo, мс	838,9±117,0*	843,4±117,2**	854,9±111,6	873,7±116,6*	865,8±118,4**	890,2±113,7
TP, мс ²	595,1 [226,5; 1796,9]	483,0 [211,3; 1828,6]	815,9 [299,6; 1739,3]	344,4 [185,8; 825,2]*	451,1 [243,2; 940,9]	597,3 [327,7; 1051,2]
PHF, %	46,3 [29,0; 66,5]	51,3 [29,9; 68,6]	47,2 [27,0; 69,3]	29,7 [14,5; 46,4]*	23,6 [15,4; 38,3]	24,1 [17,2; 31,2]
PLF, %	27,7 [16,8; 39,7]	27,9 [17,4; 41,9]	28,8 [16,9; 39,7]	34,4 [25,3; 42,3]^	43,9 [28,9; 52,3]	35,9 [29,0; 44,2]
PVLF, %	20,0 [7,8; 31,0]	14,2 [7,6; 30,3]**	22,7 [11,4; 34,9]	27,9 [19,8; 47,6]	26,1 [17,4; 39,7]**	37,3 [32,0; 49,0]
LF/HF	0,6 [0,3; 1,2]	0,6 [0,3; 1,4]	0,7 [0,3; 1,2]	1,4 [0,6; 2,8]	2,1 [0,9; 2,7]	1,7 [1,0; 2,8]
IC	1,2 [0,5; 2,5]	1,0 [0,5; 2,4]	1,1 [0,4; 2,7]	2,4 [1,2; 5,9]*	3,2 [1,6; 5,5]	4,1 [2,2; 5,6]

Примечание.* $p < 0,05$ при сравнении исходных данных с периодом восстановления; ** $p < 0,05$ при сравнении данных во время пробы и в период восстановления, ^ $p < 0,05$ при сравнении исходных данных с периодом во время проведения пробы.

Установлено, что у больных с ХОБЛ по сравнению с контрольной группой обнаруживается стойкий гиперэргорефлекс, о чем свидетельствует сдержанность изменений ВСП при пробе с внешней периферической сосудистой окклюзией. В группе контроля в ответ на пробу с окклюзией получены статистически значимые изменения показателей SDNN, CV, TP, PHF, PLF, IC, что можно рассматривать как положительный результат снижения афферентной импульсации с нижних конечностей.

Обсуждение

Полученные при спирометрии и 6МШТ результаты продемонстрировали уменьшение показателей 6МШТ по мере прогрессирования обструктивных показателей спирометрии у пациентов с ХОБЛ, что свидетельствует о снижении толерантности к физической нагрузке по мере прогрессирования ДН.

Одним из направлений дополнительной оценки функционального статуса пациентов явилось изучение ВСП совместно с проведением 6МШТ. Нами получены данные, свидетельствующие о стойком дисбалансе ВНС с преобладанием симпатического компонента у пациентов с ХОБЛ: значения RMSSD, SDNN, TP, PHF, PLF, PVLF, индекса ПАРС статистически значимо различались с результатами в группе

контроля ($p < 0,05$ для всех перечисленных показателей).

При сравнительном анализе данных ВСП у пациентов с ХОБЛ, разделенных по значению пройденного расстояния в 6МШТ, статистически значимые различия получены между группами пациентов с ХОБЛ, преодолевших дистанцию <300 м и >551 м, по показателям: индекс ПАРС, HF, VLF, LF/HF, IC. С увеличением пройденной дистанции наблюдали снижение индекса ПАРС, RMSSD, SDNN. Отмечалась тенденция к росту параметров VLF, IC, отношения LF/HF. Полученные изменения можно объяснить нормализацией активности регуляторных систем организма. С увеличением пройденной дистанции в 6МШТ наблюдается нормализация показателей ВСП.

Нами установлена взаимосвязь вегетативного статуса с результатами 6МШТ, что подтверждается нарастанием изменений ВСП по мере нарастания ФК при выполнении 6МШТ, что подтверждает рациональность комплексной оценки функционального статуса и позволяет детальнее оценить причины снижения толерантности к физической нагрузке.

Дисфункция ВНС при ХОБЛ может рассматриваться как один из важных механизмов в развитии системных эффектов ХОБЛ: системного воспаления, кахексии, дисфункции респираторной и скелетной

Здоровье и общество

мускулатуры. Предпринятая нами попытка изучения эргорефлекса и выявленная стойкая гиперактивность последнего впервые показали, что эргорефлекс является важным компонентом регуляции систем организма и может представлять связующее звено между мышцами, метаболическими изменениями в них, вентиляционной функцией и дисбалансом ВНС. Изученный нами комплексный подход расширяет наши представления о механизмах функциональных нарушений у больных с ХОБЛ и может быть использован для уточненной диагностики в дополнение к стандартным методам спирометрического обследования, что позволит оптимизировать дальнейшую тактику ведения таких пациентов в реальной клинической практике и определяет высокую медико-социальную значимость данного диагностического направления.

Выводы

1. У пациентов с ХОБЛ установлено уменьшение показателей 6МШТ по мере прогрессирования бронхиальной обструкции, что свидетельствует о сниженной толерантности к физической нагрузке по мере прогрессирования ДН.

2. У пациентов с ХОБЛ при проведении пробы с внешней периферической сосудистой окклюзией и оценке ВСР определяется стойкая гиперактивность эргорефлекса.

3. Комплексная оценка функционального статуса пациентов с ХОБЛ в рутинной клинической практике с оценкой эргорефлекса по показателям ВСР имеет перспективы применения как способ дополнительной диагностики ДН и системной эрготропной реакции организма.

Широкая распространенность ХОБЛ в настоящее время, а также медико-социальная значимость заболевания в современном обществе диктуют необходимость своевременной диагностики и расширения данных о функциональном статусе пациентов.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. Revised 2019. Доступно по ссылке: <https://goldcopd.org/wp-content/uploads/2018/11/GOLD-2019-v1.7-FINAL-14Nov2018-WMS.pdf> (дата обращения 28.12.2019).
2. Зайцев А. А., Крюков Е. В. Обострение хронической обструктивной болезни легких: эпидемиология, основы диагностики, режимы антибактериальной терапии. *Практическая пульмонология*. 2017;(4):58—62.
3. Перцева Т. А., Санина Н. А. Выраженность системных воспалительных реакций у больных хронической обструктивной болезнью легких. *Пульмонология*. 2013;(1):38—41.
4. Barnes P. J., Celli B. R. Systemic manifestations and comorbidities of COPD. *Eur. Respir. J.* 2009;33:1165—85.
5. Абросимов В. Н., Косяков А. В., Дмитриева М. Н. Сравнительный анализ показателей кардиоинтервалографии, эргорефлекса и данных 6-минутного шагового теста у больных хронической обструктивной болезнью легких. *Российский медико-биологический вестник им. академика И. П. Павлова*. 2019;27(1):49—58. doi: 10.23888/PAVLOVJ201927149-58
6. Акулин И. М., Куколь Л. В., Пупышев С. А. Особенности организации медицинской помощи при хронической обструктивной

- ной болезни легких. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2016;24(1):21—7.
7. Andrianopoulos V., Wouters E. F., Pinto-Plata V. M., Vanfleteren L. E., Bakke P. S., Franssen F. M. Prognostic value of variables derived from the six-minute walk test in patients with COPD: Results from the ECLIPSE study. *Respir. Med.* 2015;109:1138—46. doi: 10.1016/j.rmed.2015.06.013
 8. McCarthy B., Casey D., Devane D., Murphy K., Murphy E., Lacasse Y. Pulmonary rehabilitation for chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2015;2:CD003793. doi: 10.1002/14651858.CD003793.pub3
 9. Абросимов В. Н., Перегудова Н. Н., Косяков А. В. Оценка функциональных показателей дыхательной системы у пациентов с хронической обструктивной болезнью легких при проведении 6-минутного шагового теста. *Наука молодых (Eruditio Juvenium)*. 2019;7(3):323—31. doi: 10.23888/HMJ201973323-331
 10. Волчкова Е. А., Затеищикова А. А., Шаврин И. В., Киселев Д. Г., Бражник В. А., Привалов Д. В. Ассоциация параметров вариабельности ритма сердца с тяжестью бронхиальной обструкции и наличием легочной гипертензии у больных хронической обструктивной болезнью легких. *Кардиология*. 2012;(7):42—9.
 11. Баевский Р. М. Анализ вариабельности сердечного ритма: история и философия, теория и практика. *Клиническая информатика и телемедицина*. 2004;1(1):54—64.
 12. Косяков А. В., Абросимов В. Н. Проба с внешней периферической сосудистой окклюзией в оценке эргорефлекса у больных с хронической обструктивной болезнью легких. *Российский медико-биологический вестник им. академика И. П. Павлова*. 2019;27(4):451—7. doi: 10.23888/PAVLOVJ2019274451-457
 13. Schmidt H., Francis D. P., Rauchhaus M., Werdan K., Piepoli M. F. Chemo- and ergoreflexes in health, disease and ageing. *Int. J. Cardiol.* 2005;98(3):369—78. doi: 10.1016/j.ijcard.2004.01.002
 14. Sharma S., Gupta R., Nautiyal A., Sindhvani G. Effects of ergoreflex on respiration and other efferent effects in adult male patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Ind. J. Physiol. Pharmacol.* 2012;56(3):201—12.
 15. Brusasco V., Crapo R., Viegi G. Series «ats/ers task force: standardisation of lung function testing» General considerations for lung function testing. *Eur. Respir. J.* 2005;26:153—61. doi: 10.1183/09031936.05.00034505
 16. Holland A. E., Spruit M. A., Troosters T., Puhan M. A., Pepin V., Saey D. An official European Respiratory Society. American Thoracic Society technical standard: field walking tests in chronic respiratory disease. *Eur. Respir. J.* 2014;44:1428—46. doi: 10.1183/09031936.00150314

Поступила 08.10.2019
Принята в печать 28.11.2019

REFERENCES

1. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. Revised 2019. Available at: <https://goldcopd.org/wp-content/uploads/2018/11/GOLD-2019-v1.7-FINAL-14Nov2018-WMS.pdf> (accessed 28.12.2019).
2. Zaytsev A. A., Kryukov E. V. Exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease: epidemiology, the basics of diagnosis, antibiotic treatment regimens. *Prakticheskaya pul'monologiya*. 2017;(4):58—62 (in Russian).
3. Pertseva T. A., Sanina N. A. The severity of systemic inflammatory reactions in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Pul'monologiya*. 2013;(1):38—41 (in Russian).
4. Barnes P. J., Celli B. R. Systemic manifestations and comorbidities of COPD. *Eur. Respir. J.* 2009;33:1165—85.
5. Abrosimov V. N., Kosyakov A. V., Dmitrieva M. N. Comparative analysis of parameters of cardiointervalometry, ergoreflex and data of 6 minute walk test in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Rossiiskij mediko-biologicheskij vestnik im. I. P. Pavlova*. 2019;27(1):49—58 (in Russian). doi: 10.23888/PAVLOVJ201927149-58
6. Akulin I. M., Kukol' L. V., Pupyshv S. A. The characteristics of organization of medical care under chronic obstructive disease of lungs. *Problemy sotsialnoi gigieny, zdoravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2016;24(1):21—7 (in Russian).
7. Andrianopoulos V., Wouters E. F., Pinto-Plata V. M., Vanfleteren L. E., Bakke P. S., Franssen F. M. Prognostic value of variables derived from the six-minute walk test in patients with COPD: Results from the ECLIPSE study. *Respir. Med.* 2015;109:1138—46. doi: 10.1016/j.rmed.2015.06.013

8. McCarthy B., Casey D., Devane D., Murphy K., Murphy E., Lacasse Y. Pulmonary rehabilitation for chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2015;2:CD003793. doi: 10.1002/14651858.CD003793.pub3
9. Abrosimov V. N., Peregudova N. N., Kosyakov A. V. Evaluation of functional parameters of respiratory system in patients with chronic obstructive pulmonary disease in 6-minute walking test. *Nauka molodyh (Eruditio Juvenium)*. 2019;7(3):323–31 (in Russian). doi: 10.23888/HMJ201973323-331
10. Volchkova E. A., Zateyshchikova A. A., Shavrin I. V., Kiselev D. G., Brazhnik V. A., Privalov D. V. Association of heart rate variability parameters with severity of bronchial obstruction and the presence of pulmonary hypertension in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Kardiologiya*. 2012;(7):42–9 (in Russian).
11. Baevskiy R. M. Heart Rate Variability analysis: history and philosophy, theory and practice. *Klinicheskaya informatika i telemeditsina*. 2004;1(1):54–64 (in Russian).
12. Kosyakov A. V., Abrosimov V. N. Test with external peripheral vascular occlusion in evaluation of ergoreflex in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Rossiiskij medico-biologicheskij vestnik im. I. P. Pavlova*. 2019;27(4):451–7 (in Russian). doi: 10.23888/PAVLOVJ2019274451-457
13. Schmidt H., Francis D. P., Rauchhaus M., Werdan K., Piepoli M. F. Chemo- and ergoreflexes in health, disease and ageing. *Int. J. Cardiol.* 2005;98(3):369–78. doi: 10.1016/j.ijcard.2004.01.002
14. Sharma S., Gupta R., Nautiyal A., Sindhwani G. Effects of ergoreflex on respiration and other efferent effects in adult male patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Ind. J. Physiol. Pharmacol.* 2012;56(3):201–12.
15. Brusasco V., Crapo R., Viegi G. Series «ats/ers task force: standardisation of lung function testing» General considerations for lung function testing. *Eur. Respir. J.* 2005;26:153–61. doi: 10.1183/09031936.05.00034505
16. Holland A. E., Spruit M. A., Troosters T., Puhan M. A., Pepin V., Saey D. An official European Respiratory Society. American Thoracic Society technical standard: field walking tests in chronic respiratory disease. *Eur. Respir. J.* 2014;44:1428–46. doi: 10.1183/09031936.00150314

Ахмедова Н. А.

АНАЛИЗ САМООЦЕНКИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ПАЦИЕНТОВ С ЧАСТИЧНЫМ ОТСУТСТВИЕМ ЗУБОВ

ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов», 117198, г. Москва

С помощью метода анкетирования, клинического осмотра пациентов и выкопировки данных анкет здоровья из медицинских карт пациентов были изучены аспекты самооценки стоматологического здоровья пациентов с частичным отсутствием зубов. Пациенты с частичным отсутствием зубов чаще всего обращаются в стоматологическую медицинскую организацию с жалобами на нарушение функции жевания. При этом наибольший удельный вес с жалобами на нарушение функции жевания предъявляют респонденты в возрастных группах 45–54 и 55–62 лет. Основными со стороны челюстно-лицевой области пациенты считают проблемы эстетического характера. Определена недостаточная информированность и грамотность пациентов относительно необходимости восстановления частичного отсутствия зубов, возможных последствий частичного отсутствия и современных методов ортодонтической помощи. Определен и описан критерий выполнения рекомендаций лечащего врача и регулярности чистки зубов пациентов. Использование полученных данных дает возможность оптимизировать организацию ортодонтической помощи пациентам с частичным отсутствием зубов.

Ключевые слова: самооценка; частичное отсутствие зубов; стоматологическое здоровье; челюстно-лицевая область; ортодонтическая помощь; организация ортодонтической помощи.

Для цитирования: Ахмедова Н. А. Анализ самооценки стоматологического здоровья пациентов с частичным отсутствием зубов. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2020;28(2):291–293. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2020-28-2-291-293>

Для корреспонденции: Ахмедова Надежда Алексеевна, аспирант ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов», e-mail: dr.nadejda@mail.ru

Akhmedova N. A.

THE ANALYSIS OF SELF-EVALUATION OF STOMATOLOGICAL HEALTH IN PATIENTS WITH PARTIAL ABSENCE OF TEETH

The Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education “The Peoples’ Friendship University of Russia” (RUDN University), 117198, Moscow, Russia

The aspects related to self-assessment of dental health in patients with partial absence of teeth were analyzed using questionnaire survey, clinical examination of patients and extracting data from health questionnaires from patient’s medical records were studied. Patients with a partial absence of teeth most often admit to dental medical organization with complaints about impaired chewing function. At the same time, most of respondents with largest number of such complaints belong to older age groups: 45–54 and 55–62 years. The main problems with maxillofacial region of patients are of aesthetic character — the general aesthetics of the face and smile. As well as main factors of patients’ anxiety, significant for dental health self-assessment are facial distortion and unattractive smile. The insufficient knowledge and literacy of studied group of patients regarding their need to restore partial absence of teeth, possible consequences of partial absence of teeth and the lack of information about modern methods of orthodontic care for patients with partial absence of teeth were established. The criterion of following the recommendations of attending physician and regularity of brushing teeth is defined and described. The application of study data makes it possible to optimize organization of orthodontic care for patients with partial absence of teeth.

Keywords: self-assessment; partial absence of teeth; dental health; orthodontic care; organization of orthodontic care.

For citation: Akhmedova N. A. The analysis of self-evaluation of stomatological health in patients with partial absence of teeth. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2020;28(2):291–293 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2020-28-2-291-293>

For correspondence: Akhmedova N. A., the post-graduate student of the Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education “The Peoples’ Friendship University of Russia”. e-mail: dr.nadejda@mail.ru

Conflict of interests. The author declares absence of conflict of interests.

Acknowledgment. The study had no sponsor support.

Received 10.10.2019
Accepted 28.11.2019

Введение

Сохранение и поддержание зубных рядов на протяжении всей жизни пациента является одной из наиболее важных целей стоматологии [1]. При этом сохранение здоровья полости рта пациента необходимо для поддержания общего состояния здоровья и качества жизни в целом [2, 3].

Внешние дефекты, связанные с проблемами эстетики зубных рядов, влияют на психологическое состояние пациентов. При частичном отсутствии зу-

бов важную роль играет особенность психического и соматического состояния пациентов, а также их отношение к лечению [3, 4].

Целью данного исследования стало изучение самооценки стоматологического здоровья пациентов с частичным отсутствием зубов.

Материалы и методы

Для осуществления задачи изучения самооценки стоматологического здоровья пациентов с частичным отсутствием зубов были использованы метод

анкетирования, данные анкет здоровья обследованных пациентов, выделенные из медицинских карт. Также проведено интервьюирование пациентов с использованием анкеты собственной разработки для опроса пациентов.

Объектом исследования являлись пациенты с частичным отсутствием зубов, в возрасте от 18 до 62 лет, причем возраст 95% пациентов не превышал 50 лет. Выборку составили 528 респондентов (43,1% мужчин, 56,9% женщин). Средний возраст пациентов и стандартное отклонение составили $34,73 \pm 7,97$ года. Возрастную группу 18—24 лет составили 5,2% респондентов, 25—34 лет — 53,4%, 35—44 лет — 31,9%, 45—54 лет — 5,2%, 55—62 лет — 4,3%.

Распределение респондентов по уровню образования показывает, что большинство (85,4%) лиц имеют высшее образование. Доля респондентов с неоконченным высшим образованием составила 4,3%, со средним профессиональным — 9,5%, со средним — 1,7%. Доля респондентов, занятых трудовой деятельностью, составила 94% (из них 2,6% — женщины, находящиеся в отпуске по уходу за ребенком), 5,1% респондентов не работали, 0,9% не дали ответа на вопрос. Пациенты женского пола достоверно чаще не имели постоянного места работы, чем пациенты мужского пола (точный критерий Фишера $p=0,001$).

Для анализа полученных данных использованы описательная статистика (средние арифметические и среднеквадратичные отклонения σ , частоты и таблицы сопряженности), сравнение средних по критерию T , коэффициент ранговой корреляции Спирмена. Для проверки статистических гипотез применялись: критерий χ^2 Пирсона, точный критерий Фишера, дисперсионный анализ при критическом уровне значимости $p=0,05$.

Результаты исследования

На первичной консультации у врача-стоматолога пациентам было предложено выделить основные проблемы, беспокоящие их со стороны челюстно-лицевой области (ЧЛО). Часть пациентов указали несколько проблем, поэтому сумма частот выделенных проблем превышает 100%.

Основные проблемы со стороны ЧЛО, которые выделили респонденты на первичной консультации у врача-стоматолога, в 47,2% случаев составили функциональные нарушения, в 39,5% случаев — эстетические признаки, в том числе внешний вид лица (13,8%), «кривые» зубы (23,9%), некрасивая улыбка (21,6%); 23,7% респондентов не выделили никаких проблем.

При этом в результате восстановления дефектов и деформаций зубных рядов 65,9% респондентов ожидали улучшения общей эстетики лица.

Также при опросе респондентов были выявлены основные жалобы, предъявляемые при обращении в стоматологическую медицинскую организацию. Среди них пациентов с частичным отсутствием зубов чаще беспокоит нарушение функции жевания

(47,2% случаев), чем нарушения эстетического характера ($p<0,001$).

Достоверно выявлено, что наибольший удельный вес с жалобами на нарушение функции жевания предъявляют респонденты возрастных групп 45—54 и 55—62 лет ($p=0,049$).

Распределение лиц по основным жалобам показывает, что пациентов с частичным отсутствием зубов беспокоят некрасивая улыбка и «кривые» зубы в 24,1% ($p<0,001$). При этом 23,7% пациентов не проявляют никаких жалоб со стороны ЧЛО.

Достоверно выявлено, что пациенты при первичном посещении стоматологической медицинской организации с целью получения медицинской помощи чаще обращаются к врачу стоматологу-терапевту (78,5%; $p<0,001$), при этом информацию об изменениях прикуса и последствиях частичного отсутствия зубов пациенты в 57% случаев получают от лечащего врача-стоматолога ($p=0,027$).

В результате восстановления дефектов и деформаций зубных рядов каждый пациент имеет свои ожидания. В 59,9% пациентов ожидают обрести «ровные» зубы и красивую улыбку, 27,2% — улучшение функции, 22,4% — улучшение внешнего вида лица, 11,2% — повышение самооценки, 3,4% — улучшение личной жизни.

При самооценке состояния стоматологического здоровья 78,2% респондентов отметили хотя бы одну жалобу или проблему со стороны ЧЛО. При этом, несмотря на жалобы и проблемы со стороны ЧЛО, полностью здоровыми считают себя 30,5% респондентов.

Среди факторов беспокойства пациентов значимыми для самооценки стоматологического здоровья явились нарушения внешнего вида лица ($p=0,011$) и некрасивая улыбка ($p=0,047$), но не нарушения жевания ($p=0,361$) и «кривые» зубы ($p=0,280$).

Основным элементом поддержания здоровья полости рта пациентов является чистка зубов. По результатам опроса, два раза в день чистят зубы только 32,8% пациентов с частичным отсутствием зубов.

Также нами установлено, что заболевания зубов и полости рта определяются у пациентов с частичным отсутствием зубов в 96,4% случаев (точный критерий Фишера $p<0,001$; ОШ 1,232; 95% ДИ 1,055—1,437).

Достоверно выявлено, что информацию о деформациях зубных рядов, последствиях частичного отсутствия зубов и современных методах ортодонтической помощи при частичном отсутствии зубов пациенты чаще получают от лечащего врача-стоматолога (62,5%; $p=0,027$).

Пациентам было предложено ответить на вопрос «Выполняете ли Вы рекомендации своего лечащего врача-стоматолога?». По результатам тестирования выявлено, что очень редко выполняют рекомендации лечащего врача-стоматолога 30,1% респондентов с частичным отсутствием зубов.

В процессе исследования выявлено, что достоверно чаще определяются заболевания щитовидной железы у пациентов с частичным отсутствием зубов

Здоровье и общество

(точный критерий Фишера $p=0,002$; ОШ 1,689; 95% ДИ 1,031—2,764).

При этом установлено, что при самооценке общего состояния здоровья заболевания щитовидной железы отмечают пациенты с частичным отсутствием зубов в возрастных группах 35—44, 45—54 и 55—62 лет ($p<0,001$).

Заключение

При изучении самооценки стоматологического здоровья пациентов с частичным отсутствием зубов выявлено, что основными жалобами и проблемами со стороны ЧЛЮ у них являются эстетические признаки — общая эстетика лица и улыбки. Поэтому основным ожиданием от восстановления дефектов и деформаций зубных рядов является также эстетическая составляющая. При этом функциональная составляющая имеет большее значение среди пациентов с частичным отсутствием зубов в старших возрастных группах.

Также определена недостаточная информированность и грамотность исследуемой категории пациентов относительно необходимости восстановления частичного отсутствия зубов, возможных последствиях и современных методах ортодонтической помощи при частичном отсутствии зубов, так как основным источником информации о перечисленных состояниях является врач-стоматолог.

Этот факт в очередной раз доказывает, что меры профилактики, разрабатываемые и применяемые со стороны стоматологического сообщества и государства в целом, необходимы для санитарного просве-

щения населения и требуют дальнейшей модернизации и адаптации к нуждам населения.

Результаты данного исследования могут быть использованы для оптимизации организации ортодонтической помощи пациентам с частичным отсутствием зубов.

Исследование не имело спонсорской поддержки.
Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Gati D., Vieira A. R. Elderly at greater risk for root caries: A look at the multifactorial risks with emphasis on genetics susceptibility. *Intern. J. Dent.* 2011; Article ID 647168. doi: 10.1155/2011/647168
2. World Health Organization. 2018. Доступно по ссылке: <http://www.who.int/en/> (дата обращения 12.07.2018).
3. World Health Organization. 2018. Доступно по ссылке: <http://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet> (дата обращения 12.07.2018).
4. Кича Д. И., Фомина А. В. Диспансеризация населения и содержание профилактической работы врачей первичного звена здравоохранения. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины.* 2014;(1):8—10.

Поступила 10.10.2019
Принята в печать 28.11.2019

REFERENCES

1. Gati D., Vieira A. R. Elderly at greater risk for root caries: A look at the multifactorial risks with emphasis on genetics susceptibility. *Intern. J. Dent.* 2011; Article ID 647168. doi: 10.1155/2011/647168
2. World Health Organization. 2018. Available at: <http://www.who.int/en/> (accessed 12.07.2018).
3. World Health Organization. 2018. Available at: <http://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet> (accessed 12.07.2018).
4. Kitcha D. I., Fomina A. V. The dispensarization of population and the content of prevention activities of physicians in primary health care system. *Problemy sotsial'noi gigieny, zdravookhraneniia i istorii meditsiny.* 2014;(1):8—10 (in Russian).

© Лещенко О. Я., Генич Е. В., 2020
УДК 614.2

Лещенко О. Я., Генич Е. В.

РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ И СЕКСУАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ ЖЕНЩИН ПРИ ВИЧ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

ФГБНУ «Научный центр проблем здоровья семьи и репродукции человека», 664003, г. Иркутск

Потребности, связанные с сексуальностью и репродукцией, имеют решающее значение для общего состояния здоровья и благополучия ВИЧ-инфицированных людей. Медицинские работники должны оказывать адекватную поддержку женщинам с ВИЧ в отношении сексуальности и репродукции. Целью исследования стал анализ современных научных работ, посвященных сексуальности, половому, контрацептивному поведению и реализации репродуктивной функции у ВИЧ-инфицированных женщин и условиям, влияющим на эту реализацию. Проведен обзор российских и международных научных публикаций, касающихся вопросов гинекологии, репродуктивного здоровья, сексуальности и репродуктивного поведения ВИЧ-положительных женщин, из индексированных онлайн-журналов и соответствующих веб-сайтов с использованием поиска PubMed и Google в период с 1997 г. по июнь 2019 г. Эффективное антиретровирусное лечение сделало ВИЧ сопоставимым с хроническим заболеванием с точки зрения продолжительности жизни. Анализ современных исследований по этой теме показал, что ВИЧ-инфекция была проблемой в отношении сексуальности и репродукции. Условия, делающие бремя ВИЧ тяжелее, были следующими: ВИЧ является барьером для начала и продолжения отношений, создает чувство страха и потери. Материнство, духовные убеждения и поддерживающие отношения делают бремя ВИЧ более легким. Сексуальное и репродуктивное здоровье женщины становится более сложным из-за ВИЧ-статуса. На фоне этого женщины сталкиваются с проблемами партнерских отношений, сексуального удовлетворения и вынашивания ребенка. Полученные результаты важны для разработки оптимальной медицинской помощи, облегчающей бремя ВИЧ-инфекции. Помимо медицинской помощи, медицинские работники должны учитывать социальные и психологические потребности, чтобы помочь пациентам с ВИЧ улучшить здоровье, включая сексуальное и репродуктивное.

К л ю ч е в ы е с л о в а : ВИЧ-инфекция; репродуктивное здоровье; репродуктивное поведение; сексуальная активность; контрацепция; беременность; качество жизни.

Для цитирования: Лещенко О. Я., Генич Е. В. Репродуктивное здоровье и сексуальное поведение женщин при ВИЧ (обзор литературы). Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2020;28(2):294—302. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2020-28-2-294-302>

Для корреспонденции: Лещенко Ольга Ярославна, д-р мед. наук, главный научный сотрудник отдела научных технологий Научного центра проблем здоровья семьи и репродукции человека, e-mail: loyairk@mail.ru

Leschenko O. Ya., Genich E. V.

THE REPRODUCTIVE HEALTH AND SEXUAL BEHAVIOR OF HIV-INFECTED WOMEN: THE REVIEW

The Federal State Budget Scientific Institution "The Research Center of Family Health and Human Reproduction", 664003, Irkutsk, Russia

The increased access to effective anti-retroviral treatment (ART) has made HIV comparable to chronic disease in terms of life expectancy. The advances in scientific knowledge and, in particular, in management of HIV-infected pregnant woman have reduced the risk of mother-to-child transmission of HIV. The analysis of current research demonstrates that HIV has been a problem in terms of sexuality and reproduction. The needs related to sexuality and reproduction are crucial ones to overall health and well-being of HIV-infected population. The future research is to focus not only on how sexual relations and relationships of HIV-positive women are manifested, but also on how health care system is to provide adequate support to women in relation with sexuality and reproduction. The purpose of study was to apply analysis of current research on sexuality, sexual and contraceptive behavior and implementation of reproductive function in HIV-infected women and the conditions affecting this realization. The review of national and international scientific publications concerning such areas as gynecology, reproductive health, sexuality and reproductive behavior of HIV-positive women from indexed on-line journals and relevant websites using such search engines as PubMed and Google in 1997—2019. The sample included 34 peer-reviewed qualitative studies, which covered 9523 HIV-positive surveyed women. The technique of interpretative meta-synthesis was applied to generalize and evaluate how experiences of HIV-positive women in sexuality and reproduction behavior have been described in qualitative studies. The effective anti-retroviral treatment has made HIV comparable to chronic disease in terms of life expectancy. The analysis of current research on this topic established that HIV was a problem in terms of sexuality and reproduction. The conditions that make the burden of HIV more severe are: HIV is an obstacle for starting and continuing relationship, providing sense of fear and loss. At the same time motherhood, spiritual beliefs, and supportive relationships made the burden of HIV easier. The HIV-positive test in women makes their sexual and reproductive health more complicated because of HIV status. Therefore, women face such unique challenges as problems in partnerships, sexual satisfaction and childbearing. The study results are important for developing optimal medical care to alleviate the burden of HIV infection. In addition to medical care, health care workers should consider social and psychological needs to support HIV-positive patients in improving their health and their sexual and reproductive health as well.

Key words: HIV infection; reproductive health; reproductive behavior; sexual activity; contraception; pregnancy; quality of life.

For citation: Leschenko O. Ya., Genich E. V. The reproductive health and sexual behavior of HIV-infected women: the review. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2020;28(2):294—302 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2020-28-2-294-302>

For correspondence: Leschenko O. Ya., doctor of medical sciences, the principal researcher of the Department of Scientific Technologies of the Federal State Budget Scientific Institution "The Research Center of Family Health and Human Reproduction". e-mail: loyairk@mail.ru

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support

Received 10.11.2019
Accepted 23.12.2019

Введение

Сексуальное и репродуктивное благополучие является важной частью хорошего здоровья и качественной жизни и неотъемлемой частью человеческого существования [1—3]. Многие состояния и физиологические события в жизни женщины могут значительно повлиять на сексуальность и репродукцию, и ВИЧ-инфекция является таким состоянием [4—7]. С момента обнаружения ВИЧ в начале 1980-х годов он является одной из основных причин смертности среди женщин репродуктивного возраста во всем мире [8]. В результате расширения доступа к эффективному антиретровирусному лечению ВИЧ-инфекция с точки зрения продолжительности жизни рассматривается как хроническое, а не смертельное заболевание [9, 10]. Помимо медицинской помощи, медицинские работники должны учитывать социальные и психологические потребности, чтобы помочь пациентам с ВИЧ улучшить здоровье, включая сексуальное и репродуктивное [11].

В современном обществе для ВИЧ-положительных людей вообще не предполагается половая жизнь из-за риска передачи заболевания [12]. Исследования в Канаде показывают, что большинство ВИЧ-инфицированных женщин сексуально активны после постановки диагноза [13]. Соответственно, проблемы сексуального и репродуктивного здоровья необходимо учитывать в высококачественных услугах по ВИЧ, которые могут способствовать повышению качества жизни и улучшению профилактики ВИЧ [5, 14].

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) определяет репродуктивное здоровье как состояние полного физического, психического и социального благополучия и регламентирует права женщин и мужчин на доступ к безопасным, эффективным, приемлемым методам планирования семьи по своему выбору, а также к определенным услугам здравоохранения, которые позволяют женщинам безопасно пройти период беременности и родов и получить достоверную информацию [15].

Репродуктивное поведение как неотъемлемая часть репродуктивного здоровья включает систему действий и отношений, опосредующих рождение или отказ от рождения ребенка в браке или вне брака. Контрацептивное поведение — система действий личности, направленных на предупреждение рождения ребенка, — реализуется путем применения методов контрацепции, искусственного аборта или воздержания [2]. Сексуальное (половое) поведение — это формы взаимодействия индивидов, мотивированных половой потребностью, а также социальное поведение, в котором человек преследует определенные цели, стремится к реализации определенных интересов на основе использования биологических механизмов. Половое поведение определяется репродуктивной, гедонической (получение наслаждения) и коммуникативной функциями индивида [3]. Репродуктивная установка рассматривается исследователями как регулятор репродуктивного поведения

и психологическая готовность индивида к тому, чтобы в конкретных условиях и в определенные сроки жизнедеятельности иметь то или иное число детей. Часто репродуктивную установку рассматривают с позиции трех слагаемых: когнитивного (познавательного), аффективного (эмоционального) и поведенческого (побудительного) [2, 3]. Исследования, посвященные изучению сексуального и репродуктивного здоровья среди ВИЧ-инфицированных, носят в основном количественный характер и часто сосредоточены на профилактике ВИЧ, незащищенных сексуальных контактах и использовании презервативов. Для ВИЧ-положительных женщин необходимо провести качественные исследования, которые позволили бы получить глубокие знания о конкретном состоянии.

Целью данного исследования стало проведение анализа современных исследований в отношении сексуальности, полового и контрацептивного поведения и реализации репродуктивной функции у ВИЧ-инфицированных женщин и условий, влияющих на эту реализацию. Проведен обзор российских и международных научных публикаций, касающихся вопросов гинекологии, репродуктивного здоровья, сексуальности и репродуктивного поведения ВИЧ-положительных женщин из индексированных онлайн-журналов и соответствующих веб-сайтов с использованием поиска Pubmed и Google в период с 1997 г. по июнь 2019 г. Всего было включено 34 рецензируемых качественных исследования, в которые вошли 9523 ВИЧ-положительные женщины.

ВИЧ-инфекция как барьер для половой жизни и осуществления репродуктивной функции. Зачастую диагноз ВИЧ воспринимается как негативный факт и препятствие для сексуальности и возможности иметь детей и означает для женщин всестороннюю ограниченность в отношениях с сексуальными партнерами [16—25]. Жизнь с ВИЧ-инфекцией привела к изменениям в поведении женщин и принятии ими решений в отношении сексуальности и репродукции [16—27]. ВИЧ заставляет женщин взвешивать решения между рисками и желаниями в отношении беременности. Беременность не только считается положительным событием, но и включает в себя повышенное беспокойство о здоровье, собственном и ребенка [16—21, 23, 24, 28—30]. «Ну, я действительно хотела иметь по крайней мере двух детей... но теперь, когда я знаю, что у меня ВИЧ, я знаю, что не должна. <...> Для меня не имеет смысла иметь еще ребенка, потому что ребенок может заразиться» [31].

Существуют проблемы с раскрытием ВИЧ-положительного статуса. Часто это основывалось на негативном опыте и реакции окружающих [16, 18, 20—24, 30, 32] и вызывало чувство вины и ощущение себя «человеком второго сорта» [25]. В большинстве больниц очень быстро навязывается стигма: у женщин все плохо, если у них есть ВИЧ [29]. В исследованиях мы нашли описание того, как некоторые женщины разработали стратегию, называемую пассивными переговорами [21, 22, 29], т. е. использовали косвенные методы для достижения безопасного

секса, не объясняя, почему они всегда хотели использовать презерватив. Женщины считали, что существует общественное мнение, а также мнение медицинских работников, что ВИЧ-инфицированным вообще не следует заниматься сексом и конечная цель — не забеременеть [16, 20, 24, 28, 32]. «Испуг на лице у медицинского работника... остался во мне... человеку очень трудно скрыть свою предвзятость...» [24]. Исследователями отмечается сильное чувство страха у женщин передать ВИЧ интимному партнеру [17, 19—23, 25, 29, 32]. Это беспокойство заставило женщин практиковать техники безопасного секса или отказа от секса. Они продемонстрировали сильную волю и ответственность не причинять вред другим или «не делать то, что другие сделали с ними» [25]. Для некоторых женщин страх был настолько сильным, что они выбирали безбрачие [19, 21, 22, 25, 29].

Еще один страх касался риска негативного влияния на здоровье плода с точки зрения как заражения его ВИЧ [16—18, 20—24, 30, 32], так и негативного воздействия с продолжающимся фармацевтическим лечением. Этот страх часто был связан с чувствами вины и сомнениями, которые приводили к решению избежать деторождения [16, 20, 24, 30, 31]. Страх передачи ВИЧ партнеру либо ребенку часто существовал бок о бок с сильным желанием иметь интимные партнерские отношения [22, 24, 33] и родить ребенка [16, 18, 20, 27—32], что усложняло ситуацию, поскольку беременность требует секса без презерватива [20, 23, 24, 29].

Страх также касался раскрытия своего ВИЧ-статуса возможному будущему партнеру, поскольку это могло закончиться отторжением и эмоциональной болью, что усложняло встречу с новым партнером. Страх раскрытия ВИЧ-статуса присутствовал у женщин, уже имеющих интимного партнера, из-за опасения стать отвергнутой [19, 21—25, 27, 29]. Такой страх был эмоциональным бременем, вызывая страдания и создавая ограничительные границы отношений [26]. Раскрытие ВИЧ-статуса делало женщин более уязвимыми для нездоровых отношений и насилия [19, 25, 29]. Страх раскрытия ВИЧ-положительного статуса означал, что большое количество женщин решили прекратить партнерские отношения [18, 22, 27, 33]. Некоторые женщины вместо раскрытия своего статуса формулировали альтернативные истории из-за страха быть отвергнутыми [18]. В отдельных источниках говорилось о страхе женщин за свою жизнь и страх сделать своего ребенка сиротой [20, 24, 32]. Такой страх приводил к более частым посещениям больниц. Многие респонденты описывали свое состояние как «двойную идентичность», или ВИЧ-положительную личность [27].

В нескольких исследованиях описано чувство потери физического влечения, вызванное изменениями внешности из-за ВИЧ или побочных медицинских эффектов антиретровирусной терапии (АРТ), а также субъективных симптомов, приводящих к снижению сексуального желания [17, 25, 28]. У ВИЧ-положительных женщин происходила потеря свободы,

поскольку они не могли свободно выбирать, какого партнера иметь, быть ли беременной, рожать ребенка или нет [16—25]. Потеря уверенности в себе и потеря привлекательности были следствием ощущения чувства вины, грязи, отвращения к себе и потерей женственности [14, 17—19, 21, 23, 24, 28].

Несмотря на то что ВИЧ является барьером в отношении беременности и родов, материнство часто воспринималось как нечто положительное. Многие женщины выражали сильное желание быть беременными и рожать, чувствовать себя «настоящей женщиной» [31], чувствовать себя цельной и завершенной [16, 18, 20, 22, 30, 28, 32, 33]. Материнство и воспитание ребенка означают новый шанс в жизни женщины, начало чего-то нового [16, 28, 33, 31]. Сама беременность и последующее материнство даже объяснялись как спасение [23]. Возможность быть матерью и удовлетворять потребности ребенка была связана с заботой и безусловной любовью, а также с надеждой [25, 31]. Некоторые женщины в прошлом не могли заботиться о ребенке из-за злоупотребления наркотиками [16, 28, 33]. Ребенок обеспечивал безусловную любовь [20], а также был метафорой надежды [23], он был причиной для жизни и представлял переход от смерти к жизни [16]. Ребенок давал повод смотреть в будущее [16, 18, 20, 21, 23, 24, 30, 31]. Материнство также обеспечивало социальную ценность. Быть матерью считалось личным достижением, которое обеспечивало уважение в обществе [16, 18].

Потребность в социальной поддержке была очень сильной среди женщин. Поддержка может быть оказана лицами, находящимися в разных ситуациях и на разных позициях [16—19]. Для всех женщин, а не только ВИЧ-положительных, было важно иметь поддерживающего интимного партнера [16, 20, 22, 23]. По-видимому, существует необходимость в поддержке для того, чтобы справиться с чувством вины, особенно для женщин, которые не раскрыли свой ВИЧ-статус [21, 23, 27]. У этих женщин присутствуют сильное желание рассказать другим о ВИЧ и боязнь негативных реакций общества и партнера. Поэтому необходима информационная поддержка в отношении того, когда и как раскрывать свой ВИЧ-статус [27].

Женщины заявили, что нуждаются в профессиональной поддержке специалистов-медиков [16—22, 28—30, 32] для конкретной и объективной информации о планировании семьи, медицинских рисках и профилактических вмешательствах при беременности, а также мерах устранения передачи ВИЧ ребенку [18, 24, 30—32].

Медицинские работники по-разному относятся к ВИЧ-инфицированным женщинам [31]. Так, подчеркивалась важность того, чтобы медицинские работники рассматривали жизнь женщин в целом. «Медицинские работники уделяют слишком много внимания ВИЧ-статусу и разговорам о ВИЧ», чем действительно расстраивают женщин [31].

Особенности репродуктивных установок, планов и контрацептивного поведения у ВИЧ-инфициро-

Здоровье и общество

ванных женщин. Зарубежные исследователи указывают, что более 70% женщин с ВИЧ-инфекцией ведут сексуально активный образ жизни, а более 30% планируют рождение детей в будущем. Анкетирование 182 ВИЧ-инфицированных женщин, средний возраст которых составил 34,5 года, показало, что 126 (69,2%) женщин ведут сексуально активную половую жизнь, имеют полового гетеросексуального партнера в течение последних 6 мес. У 53% женщин есть один или двое детей. Исследование показало, что 25,8% женщин выразили желание иметь детей в будущем. Это были молодые женщины, у которых в анамнезе отсутствовали беременности, которые не употребляли наркотические препараты, состояли в браке или в отношениях с постоянным партнером, а также получали высокоактивную АРТ (ВААРТ). Из них были инфицированы половым путем 56%, 44% — парентеральным путем. Средний уровень CD4 составил более 300 клеток, а вирусная нагрузка — менее 305 копий/мл [34].

В. Н. Запорожан и С. П. Посохова провели анализ репродуктивных планов, социального статуса, акушерско-гинекологического анамнеза у 870 женщин с ВИЧ-инфекцией. Парентеральный путь передачи вируса был у 192 (22,1%) женщин, принимавших внутривенные наркотические средства, у 576 (66,2%) — половой, а у 102 (11,7%) — неизвестный. Возраст исследуемых составил 16—41 год ($21,5 \pm 3,3$). Каждая пятая ВИЧ-инфицированная женщина указала на раннее (до 17 лет) начало половой жизни, каждая третья указала, что имела больше трех половых партнеров, а 85 (9,7%) женщин имели в среднем 5—8 половых партнеров. 50% опрошенных женщин имели ВИЧ-инфицированных партнеров, 104 (11,9%) имели неинфицированных партнеров, неизвестный статус партнеров был у остальных анкетированных [35].

Среди ВИЧ-инфицированных женщин высшее образование имели 36 (4,1%), среднее специальное — 126 (14,5%), среднее — 418 (48,1%), а 255 (29,3%) имели неполное среднее образование. Работала каждая десятая ВИЧ-инфицированная женщина. В зарегистрированном браке состояли у 128 (14,7%) женщин, одиночками были 248 (28,5%). Большинство ВИЧ-инфицированных женщин отметили, что находятся в постоянной стрессовой среде, обусловленной наличием у них инфекционного заболевания, неудовлетворительными условиями жизни и отрицательным отношением к ним окружающего общества. 30% ВИЧ-инфицированных женщин указали на частые эпизоды депрессии, агрессивности и другие нервно-психические расстройства. Менее 10% женщин пользовались поддержкой людей, которые живут с ВИЧ-инфекцией, так как не желали раскрывать наличие факта инфицирования ВИЧ [35].

Е. К. Harrington и соавт. провели интервьюирование 30 женщин с ВИЧ-инфекцией: 50% получали ВААРТ, их средний возраст составлял 29,5 года, 70% были замужем или живут с мужчиной, 27% — вдовы, 7% — одинокие. Авторы отметили у исследуемых женщин опасения преждевременной смерти, выра-

женные финансовые трудности. Страх перинатальной передачи ВИЧ стал основной причиной нежелания планировать деторождение. Женщины четко определили потребности в контрацепции, однако $\frac{2}{3}$ использовали только мужские презервативы или не использовали современные методы контрацепции. Женщины предпочитали специализированные ВИЧ-клиники в качестве места получения медицинской помощи по соображениям удобства, опыта поставщиков услуг и чувства принадлежности к ВИЧ [36].

R. K. Wanyenze, J. Matovu провели анкетирование 797 ВИЧ-инфицированных, среди которых было 512 (64%) женщин, 53,9% имели средний возраст 30—39 лет, 48,7% имели начальное, 48,7% — высшее образование, в настоящее время в браке состояли 68%. Большинство (82,8%) женщин имели одного сексуального партнера, почти половина имели партнеров с известным ВИЧ-положительным статусом. Большинство (79,3%) в настоящее время принимали АРВ-препараты. 39,5% женщин сообщили, что не были беременны после постановки диагноза ВИЧ-инфекции; 35,6% имели беременность на фоне инфекции, 25,4% прерывали беременность на ранних сроках, из них 16,5% планировали рождение детей позже. Стоит отметить, что половина респонденток не желала больше иметь детей. Основной метод контрацепции — барьерный (69,4%), и только 4,9% женщин отметили, что используют со своими партнерами прерванный половой акт [37].

А. В. Покровская и соавт. проанализировали амбулаторные карты и анкеты-опросники 7 тыс. пациентов старше 18 лет, посещающих центры СПИД в 27 регионах РФ. В итоге 3406 (49%) участников исследования составили женщины. На момент включения в исследование женщины были моложе мужчин (33 года против 36 лет; $p < 0,05$), как и на момент установки диагноза ВИЧ-инфекции (27 против 30 лет; $p < 0,05$). Половой путь заражения ВИЧ имели большинство (77,4%) исследуемых женщин. Сведения о парентеральном приеме наркотических средств в анамнезе отмечены у 22% женщин, а 5% сообщили о внутривенном употреблении наркотиков в течение последних 6 мес. В целом уровень образования женщин, принявших участие в исследовании, был выше, чем у мужчин (высшее образование у 21% женщин против 13% у мужчин; $p < 0,05$). В основном женщины имели среднее специальное образование (41,8%). Различными формами трудовой деятельности (полный или неполный рабочий день, временная работа, частное предпринимательство) были заняты 64% посещающих центры СПИД. В официальном или незарегистрированном постоянном сожительстве состояли 62,4% опрошенных женщин, 56% имели на иждивении детей младше 18 лет. Обращает на себя внимание факт, что 35,2% женщин имели роды уже после установления ВИЧ-статуса, тем не менее последующие роды были отмечены только у 4,8% всех респонденток (13% рожавших женщин). Большинство (72%) женщин указали на регулярную половую жизнь с одним партнером в течение прошедших

6 мес, а 16% отметили отсутствие сексуальной жизни в этот период. У 38% опрошенных, которые знали ВИЧ-статус своего партнера, был ВИЧ-отрицательный постоянный половой партнер. В целом 62% женщин с ВИЧ, вошедших в исследование, получали АРТ. При этом среди ВИЧ-положительных женщин из серодискордантных пар 64% получали АРТ, из них у 70% был недетектируемый уровень РНК ВИЧ в крови; 60% пациентов (мужчины и женщины) получали терапию, которая была начата при уровне CD4 в среднем $216 (224,6 \pm 138,9)$ кл/мкл. Женщины начинали АРТ при более высоких показателях CD4, чем мужчины (медиана — $229,5$ vs 205 кл/мкл; $p < 0,05$) [38].

ВИЧ-инфицированные мужчины чаще, чем ВИЧ-инфицированные женщины (Россия, Иркутск), состоят в браке, имеют регулярные половые сношения и не заинтересованы в беременности партнерши [39, 40]. Наиболее распространенными методами контрацепции для женщин и для мужчин являются презервативы и прерванный половой акт, 20% ВИЧ-положительных мужчин и 26,1% женщин не используют контрацептивы; 17,6% женщин с ВИЧ не употребляют алкоголь, 12,9% женщин употребляют его регулярно и чаще чем 1—2 раза в неделю; 68% опрошенных женщин курят, 17,7% из них курят более 10 сигарет в день, а 36% женщин сообщили о регулярном употреблении наркотиков. Авторы делают вывод, что ВИЧ-инфицированные мужчины чаще, чем ВИЧ-инфицированные женщины, состоят в брачных отношениях, имеют регулярные половые сношения и не заинтересованы в беременности своих партнерш [39, 40]. Регулярный секс имели 91% мужчин и 49% женщин с ВИЧ. Однако 57% мужчин не планируют иметь детей, тогда как у всех женщин в этом исследовании есть планы по рождению. Основной причиной отказа от рождения ребенка среди женщин было наличие детей (49% против 0% у мужчин). Мужчины и женщины причиной отказа от репродуктивных планов указали медицинские причины (41 и 57% соответственно), нестабильную личную жизнь (30 и 39%). Наиболее распространенными методами контрацепции для женщин и мужчин являются презервативы и прерванный половой акт. Только 3% ВИЧ-инфицированных мужчин-партнеров и 2% женщин с ВИЧ-инфекцией сообщили об использовании внутриматочной спирали, распространенность использования комбинированных оральных контрацептивов была очень низкой (0% среди женщин-партнеров ВИЧ-положительных мужчин), случаев лигирования труб не зарегистрировано. Проходят периодическое медицинское обследование (1 раз в 1—2 года) у гинеколога 58% женщин, 42% не проходили регулярное медицинское обследование, 44% указали причиной отсутствия периодического медицинского осмотра у гинеколога (других специалистов) неудовлетворительное отношение медицинского персонала к ним [41].

У ВИЧ-инфицированных женщин с репродуктивными нарушениями было выявлено повышение уровня пролактина, фолликулостимулирующего

гормона, кортизола, снижение уровня ДГЭА-S и Т3св гормона, а также снижение овариального резерва и стероидпродуцирующей функции яичников: снижение уровней тестостерона, эстрадиола, прогестерона и антимюллерова гормона [42] на фоне снижения концентрации α -токоферола и ретинола [43, 44].

Некоторые исследования подтверждают, что только 40% пар используют барьерные средства контрацепции, что является небезопасным фактором для распространения ВИЧ-инфекции, а также свидетельствует о недостаточном информировании ВИЧ-инфицированных лиц относительно необходимости использования презерватива и/или нежелании одного из партнеров или пары (60% случаев). ВИЧ-инфицированные женщины в 2 раза реже использовали гормональную контрацепцию по сравнению с контрольной группой. Это объяснялось недостаточным информированием о приемлемости использования гормональных комбинированных контрацептивов и высокой стоимостью препаратов. Внутриматочные контрацептивы использовали только 1,8% женщин, не использовали метод контрацепции каждая пятая пара. Анализ акушерско-гинекологического анамнеза ВИЧ-инфицированных женщин показал, что перед родами аборт как метод планирования семьи использовали 30% [45, 46].

Анализ исхода родов и использование вспомогательных репродуктивных технологий у ВИЧ-инфицированных женщин. Ряд исследователей провели анализ исхода родов у ВИЧ-инфицированных женщин, которые принимали ВААРТ во время беременности. Изучали преждевременные роды (срок меньше 37 нед), низкая масса тела при рождении (< 2500 г), плод, который отставал от своего гестационного возраста, определялся по коэффициенту массы при рождении $< 0,8$, вирусная нагрузка (РНК ВИЧ < 50 копий/мл) возможность родоразрешения естественным путем, при РНК ВИЧ > 500 копий/мл — показание к операции кесарева сечения, отсутствие грудного вскармливания, АРТ новорожденных. Все женщины родили здоровых детей, доля передачи вируса составила 0%. Преждевременные роды составили 18—25%, что связано с воздействием АРТ [45, 47]. Низкая масса тела при рождении, отставание от гестационного возраста были чаще у ВИЧ-инфицированных женщин, которые не получали ВААРТ. Ученые доказали, что АРТ предупреждает передачу вируса от матери к ребенку, но дает побочные эффекты и в комплексе с другими факторами риска может приводить к акушерским осложнениям [48, 49].

Увеличение числа ВИЧ-инфицированных людей репродуктивного возраста приводит к тому, что появляются серодискордантные пары, которые хотят иметь детей. Таким образом, использование вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) дает возможность данным парам в настоящее время иметь детей и предупредить инфицирование здорового партнера. В частности, ВИЧ-инфицированным женщинам можно проводить внутриматочную инсеминацию спермой мужа, при бесплодии — экстра-

Здоровье и общество

корпоральное оплодотворение. Исходы ВРТ у женщин с ВИЧ-инфекцией зависят от состояния овариального резерва яичников, наличия сопутствующих воспалительных заболеваний матки и придатков, стабильного течения инфекции. Ряд исследователей сообщают, что препараты АРТ могут вызывать митохондриальную дисфункцию ооцитов и неполноценный ответ на стимуляцию овуляции [50—55].

Заключение

Многие исследователи пришли к выводам, что необходимо в полном объеме информировать женщин о существующих методах профилактики передачи вируса от матери к плоду, важности пренатальной диагностики инфекций, передаваемые половым путем, безопасности использования АРТ при беременности и возможных побочных эффектах терапии [56—58]. Очень важно обсудить с женщинами, не желающими иметь детей, все безопасные методы контрацепции, учитывать при этом взаимодействие между АРТ и гормональными препаратами, а также их влияние на здоровье пациентки, репродуктивный потенциал и качество жизни [58—59].

Исследования продемонстрировали, что ВИЧ-инфекция в отношении сексуальности и репродукции для женщин была тяжким бременем. Надо искать возможности для уменьшения тяжести бремени болезни ВИЧ-инфекцией. Необходима информация об АРТ, передаче ВИЧ и при необходимости индивидуальные рекомендации по практике безопасного секса. Предоставляемая информация должна быть адаптирована к индивидуальным потребностям женщины, а медицинские работники должны предоставить инструкции о том, как справиться с негативными ощущениями жизни с ВИЧ. Для медицинских работников важно разговаривать о беременности и обсуждать варианты, доступные для пациентов, которые хотят или не хотят забеременеть. Если женщинам не хватает поддержки со стороны членов семьи, то поддержка со стороны медицинских работников может быть еще более важной. Репродуктивное консультирование, инициированное поставщиками медицинских услуг, необходимо для снижения риска передачи инфекции партнерам и детям и имеет высокую востребованность у ВИЧ-инфицированных женщин. Раскрытие информации о ВИЧ-положительном статусе представляется проблематичным, и некоторым женщинам может потребоваться присутствие медицинского работника при раскрытии такой информации.

В клинической практике очень важно решить все эти условия, облегчающие бремя ВИЧ-инфекции у женщин, поддержать беременность, поддержать желания этих женщин и помочь им справиться с негативными чувствами, чтобы способствовать сексуальному и репродуктивному здоровью.

Анализ данных литературы о репродуктивном поведении женщин с ВИЧ-инфекцией показывает, что данная категория лиц желает иметь здоровых детей, несмотря на инфекционное заболевание. Приоритетом современной медицины является сохране-

ние репродуктивного здоровья этого контингента женщин, повышение информированности о целесообразности постоянного приема АРТ как для подготовки к зачатию, так и во время беременности и в послеродовом периоде, а также возможностях и эффективности ВРТ с целью получения здорового потомства или минимизации риска инфицирования партнера.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. World Health Organization (WHO). Defining sexual health. Доступно по ссылке: http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/
2. Калачикова О. Н., Шабунова А. А. Репродуктивное поведение как фактор воспроизводства населения: тенденции и перспективы. Вологда; 2015.
3. Овчарова Л. Н. (ред.). Детерминанты репродуктивного поведения населения и факторы семейного неблагополучия: результаты панельных исследований. М.: Московский общественный научный фонд; Независимый институт социальной политики; 2010.
4. Yadav J., Gennarelli L. A., Ratakonda U. Female sexuality and common sexual dysfunctions: Evaluation and management in a primary care setting. *Prim. Care Update OB/GYNS*. 2001;8:5—11.
5. Loos J. The Eurosupport 5 Study G., Nöstlinger C. Mirror, mirror on the wall: The face of HIV + women in Europe today. *AIDS Care*. 2010;22:919.
6. Лещенко Я. А. (ред.). Развитие человеческого потенциала Сибири: проблемы социального воспроизводства регионального сообщества. Иркутск; 2013.
7. Колесников С. И., Савилов Е. Д., Савченков М. Ф., Лещенко Я. А., Малов И. В. Санитарно-эпидемиологическое благополучие населения Сибири (медико-демографическая и эпидемиологическая характеристика). *Вестник РАМН*. 2016;(6):472—81. doi: 10.15690/vramn640
8. World Health Organization (WHO). HIV/AIDS; Keyfacts. Доступно по ссылке: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/en/> (дата обращения 19.12.2015).
9. Lohse N., Gerstoft J., Kronborg G. Comorbidity acquired before HIV diagnosis and mortality in persons infected and uninfected with HIV: A Danish Population-Based Cohort Study. *AIDS*. 2011;25:334—9. doi: 10.1097/QAI.0b013e31821d34ed
10. Reiss P., Sighem A. I., Brinkman K., Gras L. A., de Wolf F.; ANOC study. Life expectancy of recently diagnosed asymptomatic HIV-infected patients approaches that of uninfected individuals. *AIDS*. 2010;24:1527—35. doi: 10.1097/QAD.0b013e32833a3946
11. Ball S. C. Increased longevity in HIV: Caring for older HIV-infected adults. *Care Manag J*. 2014;15:76—82.
12. Ray S. Sexual health for people living with HIV. *Rep. Health Matters*. 2007;15:67—92.
13. Hankins C., Gendron S., Tran T., Lamping D., Lapointe N. Sexuality in Montreal women living with HIV. *AIDS Care*. 1997;9:261—71. doi: 10.1080/713613156
14. Brickley D. B., Almers L., Kennedy C. E. Sexual and reproductive health services for people living with HIV: A systematic review. *AIDS Care: Psychol. Sociomed. Aspects AIDS/HIV*. 2011;23:303—14. doi: 10.1080/09540121.2010.507746
15. Medical eligibility criteria for contraceptive use. 5th ed. Geneva: World Health Organization; 2015. Доступно по ссылке: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/348116/MEC-merged.pdf
16. Barnes D. B., Murphy S. Reproductive decisions for women with HIV: Motherhood's role in envisioning a future. *Qual. Health Res*. 2009;19:481—91. doi: 10.1177/1049732309332835
17. De Almeida A. N. S., Silveira L. C., da Silva M. R. F., Araújo M. Â. M., Guimarães T. A. Subjectivity and sexuality production in women living with HIV/AIDS: A sociopoetic production. *Revista Latino-Am. Enfermagem*. 2010;18:163—9. doi: 10.1590/s0104-11692010000200004
18. Giles M. L., Hellard M. E., Lewin S. R., O'Brien M. L. The "work" of women when considering and using interventions to reduce mother-to-child transmission (MTCT) of HIV. *AIDS Care*. 2009;21:1230—7. doi: 10.1080/09540120902803166

19. Gurevich M., Mathieson C. M., Bower J., Dhayanandhan B. Disciplining bodies, desires and subjectivities: Sexuality and HIV-positive women. *Fem. Psychol.* 2007;7:9—38. doi: 10.1080/073993302753429059
20. Ingram D., Hutchinson S. A. Double binds and the reproductive and mothering experiences of HIV-positive women. *Qual. Health. Res.* 2000;10:117—32. doi: 10.1177/104973200129118282
21. Jackson L. A., Millson M., Calzavara L. Community HIV prevention: What can we learn from the perceptions and experiences of HIV-positive women living in metropolitan Toronto, Canada? *Int. Quart. Comm. Health Edu.* 1998;18:307—30.
22. Keegan A., Lambert S., Petrak J. Sex and relationships for HIV-positive women since HAART: A qualitative study. *AIDS Patient Care STDs.* 2005;10:645—4. doi: 10.1136/sti.2004.013516
23. Kelly C., Alderdice F., Lohan M., Spence D. Creating continuity out of the disruption of a diagnosis of HIV during pregnancy. *J. Clin. Nurs.* 2012;21:1554—62. doi: 10.1111/j.1365-2702.2011.04017.x
24. Kirshenbaum S. B., Hirky A. E., Correale J. "Throwing the Dice": Pregnancy decision-making among HIV-positive women in four U. S. cities. *Persp. Sex. Reprod. Health.* 2004;36:106—13. doi: 10.1363/psrh.36.106.04
25. Psaros C., Barinas J., Robbins G. K., Bedoya C. A., Safren S. A., Park E. R. Intimacy and sexual decision making: Exploring the perspective of HIV positive women over 50. *AIDS Patient Care STDs.* 2012;26:755—60. doi: 10.1089/apc.2012.0256
26. Siegel K., Schrimshaw E., Lekas H.-M. Diminished sexual activity, interest, and feelings of attractiveness among HIV-infected women in two eras of the AIDS epidemic. *Arch. Sex. Behav.* 2006;35:437—49. doi: 10.1007/s10508-006-9043-5
27. De Lacey G., Walsh S., Jarman M. Keeping safe, keeping connected: A qualitative study of HIV-positive women's experiences of partner relationships. *Psychol. Health.* 2005;20:533—51.
28. Sanders L. B. Women's voices: The lived experience of pregnancy and motherhood after diagnosis with HIV. *J. Assoc. Nurses. AIDS. Care.* 2008;19:47—57. doi: 10.1016/j.jana.2007.10.002
29. Sanders L. B. Sexual behaviors and practices of women living with HIV in relation to pregnancy. *J. Assoc. Nurses AIDS Care.* 2009;20:62—8. doi: 10.1016/j.jana.2008.08.002
30. Richter D. L., Sowell R. L., Pluto D. M. Factors affecting reproductive decisions of African American women living with HIV. *Women Health.* 2002;36:81—96. doi: 10.1300/J013v36n01_06
31. Wesley Y., Smeltzer S. C., Redeker N. S., Walker S., Palumbo P., Whipple B. Reproductive decision making in mothers with HIV-1. *Health Care Women Int.* 2000;21:291—304. doi: 10.1080/073993300245159
32. Sowell R. L., Misener T. R. Decisions to have a baby by HIV-infected women. *West. J. Nurs. Res.* 1997;19:56—70. doi: 10.1177/019394599701900104
33. Siegel K., Schrimshaw E. W. Reasons and justifications for considering pregnancy among women living with HIV/AIDS. *Psychol. Women Quart.* 2001;25:112—3.
34. Ogilvie G. S., Palepu A., Remple V. P., Burdge D. R. Fertility intentions of women of reproductive age living with HIV in British Columbia, Canada. *AIDS.* 2007;21:83—8. doi: 10.1097/01.aids.0000255090.51921.60
35. Запорожан В. Н., Посохова С. П., Попова Т. В. Актуальные вопросы репродуктивного здоровья и планирования семьи у ВИЧ-инфицированных женщин. *Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Медицина.* 2009;(7):356—60.
36. Harrington E. K., Newmann S. J., Onono M., Schwartz K. D., Bukusi E. A., Cohen C. R., Grossman D. Fertility intentions and interest in integrated family planning services among women living with HIV in Nyanza Province, Kenya: a qualitative study. *Infect. Dis. Obstet. Gynecol.* 2012;(2):80—96. doi: 10.1155/2012/809682. Epub 2012 Jul 12.
37. Wanyenze R. K., Matovu J. K., Kamya M. R., Tumwesigye N. M., Nanyonga M., Wagner G. J. Fertility desires and unmet need for family planning among HIV infected individuals in two HIV clinics with differing models of family planning service delivery. *BMC Womens Health.* 2015;15:5. doi: 10.1186/s12905-014-0158-x
38. Покровская А. В., Козырина Н. В., Гушина Ю. Ш., Юрин О. Г., Суворова З. К., Покровский В. В. Социально-демографический портрет пациента, живущего с ВИЧ и посещающего центры СПИД в России. *Терапевтический архив.* 2016;88(11):12—6. doi: 10.17116/terarkh2016881112-16
39. Leshchenko O., Marianian A., Timofeeva E., Atalyan A., Balochova T., Plotnicova Y., et al. HIV infection in men and women of reproductive age. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research.* 2017;41(6):150A.
40. Marianian A., Timofeeva E., Atalyan A., Leshchenko O. Alcohol use, pregnancy planning, and reproductive health concerns in people living with HIV/AIDS in Russia. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research.* 2018;42(6):76.
41. Leshchenko O., Genich E. Sex behavior and reproductive attitudes of HIV-positive men and women. *Maturitas.* 2019;124:152—3. doi: 10.1016/j.maturitas.2019.04.121
42. Генич Е. В., Лещенко О. Я., Даренская М. А., Шолохов Л. Ф. Состояние нейроэндокринной регуляции и овариального резерва у ВИЧ-инфицированных женщин с репродуктивными нарушениями. *Acta Biomedica Scientifica.* 2018;3:116—20. doi: 10.29413/ABS.2018-3.3.18
43. Kolesnikova L. I., Kolesnikov S. I., Darenskaya M. A., Grebenkina L. A., Timofeeva E., Leshchenko O. Ya. Menstrual and reproductive function in women with HIV-infection and antioxidant vitamins deficiency. *AIDS.* 2014;5(12):1—5. doi: 10.4172/2155-6113.1000382
44. Leshchenko O., Genich E. Susceptible hormones in women with HIV-infection and displeasure. *BJOG: Int. J. Obstet. Gynaecol.* 2019;126(S2):217—24. doi: 10.1111/1471-0528.20_15703
45. Cecchini D., Urueña A., Trinidad P., Vesperoni F., Mecikovsky D. HIV and pregnancy: maternal and neonatal evolution. *Medicina (B Aires).* 2011;71(5):432—6.
46. Narasimhan M., Ganatra B., Kennedy C. E., Kennedy C. E., Saleem H. T. Medical and surgical abortion for women living with HIV. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;(11):CD012834. doi: 10.1002/14651858.CD012834
47. Boer K., Nellen J. F., Patel D., Timmermans S., Tempelman C., Wibaut M., Sluman M. A., van der Ende M. E., Godfried M. H. The AmRo study: pregnancy outcome in HIV-1-infected women under effective highly active antiretroviral therapy and a policy of vaginal delivery. *BJOG.* 2007;114(2):148—55. doi: 10.1111/j.1471-0528.2006.01245
48. Islam S., Oon V., Thomas P. Outcome of pregnancy in HIV-positive women planned for vaginal delivery under effective antiretroviral therapy. *J. Obstet Gynaecol.* 2010;30(1):38—40. doi: 10.3109/01443610903383358
49. Dos Reis H. L., Araujo K. S., Ribeiro L. P., Da Rocha D. R., Rosato D. P., Passos M. R., Merçon De Vargas P. R. Preterm birth and fetal growth restriction in HIV-infected Brazilian pregnant women. *Rev. Inst. Med. Trop. Sao Paulo.* 2015;57(2):111—20. doi: 10.1590/S0036-46652015000200003
50. Gout C., Rougier N., Oger P., Dorphin B. Assisted Reproductive Technologies in HIV patients: a comprehensive review of indications, techniques and results. *Gynecol. Obstet. Fertil.* 2011;39(12):704—8. doi: 10.1016/j.gyobfe.2011.07.029
51. Wessman M., Westling K., Aho I. Major differences in assisted reproductive treatments offered to HIV-1 infected patients in the Nordic countries. *Scand. J. Infect. Dis.* 2012;44(5):402—4. doi: 10.3109/00365548.2011.649491
52. Savasi V., Mandia L., Laoreti A., Cetin I. Reproductive assistance in HIV serodiscordant couples. *Hum. Reprod. Update.* 2013;19(2):136—50. doi: 10.1093/humupd/dms046
53. Nurudeen S. K., Grossman L. C., Bourne L., Guarnaccia M. M., Sauer M. V., Douglas N. C. Reproductive outcomes of HIV seropositive women treated by assisted reproduction. *J. Womens Health (Larchmt).* 2013;22(3):243—9. doi: 10.1089/jwh.2012.3855
54. Kol S., Tannus S., Lightman A., Itskovitz J. Assisted reproductive technology in the presence of chronic viral disease. *Harefuah.* 2014;153(3—4):155—8, 240, 239.
55. Barnes A., Riche D., Mena L., Sison T., Barry L., Reddy R. Efficacy and safety of intrauterine insemination and assisted reproductive technology in populations serodiscordant for human immunodeficiency virus: a systematic review and meta-analysis. *Fertil. Steril.* 2014;102(2):424—34. doi: 10.1016/j.fertnstert.2014.05.001. Epub 2014 Jun 18. Review.
56. Senise J. S., Bonafé A., Castelo. The management of HIV-infected pregnant women. *Curr. Opin. Obstet. Gynecol.* 2012;24(6):395—401.
57. Jao J., Sigel K. M., Chen K. T., Rodriguez-Caprio G., Posada R. Small for gestational age birth outcomes in pregnant women with perinatally acquired HIV. *AIDS.* 2012;26(7):855—9. doi: 10.1097/QAD.0b013e328351f6ef
58. Van Zyl C., Visser M. J. Reproductive desires of men and women living with HIV: implications for family planning counselling. *Reprod. Biomed. Online.* 2015;31(3):434—42. doi: 10.1016/j.rbmo.2015.06.004. Epub 2015 Jun 16.

Здоровье и общество

59. Makwe C. C., Giwa-Osagie O. F. Sexual and reproductive health in HIV serodiscordant couples. *Afr. J. Reprod. Health*. 2013;17(4 Spec No):99—106. Review.

Поступила 10.11.2019
Принята в печать 23.12.2019

REFERENCES

- World Health Organization (WHO). Defining sexual health. Available at: http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/
- Kalachikova O. N., Shabunova A. A. Reproductive behavior as a factor of population reproduction: trends and prospects [*Reproduktivnoe povedenie kak faktor vosproizvodstva naseleniya: tendentsii i perspektivy*]. Vologda; 2015 (in Russian).
- Ovcharov L. N. (ed.). Determinants of population reproductive behavior and factors of family distress: the results of panel studies [*Determinanty reproduktivnogo povedeniya naseleniya i faktory semeinogo neblagopoluchiya: rezul'taty panel'nykh issledovaniy*]. Moscow: Moscow Public Science Foundation; Independent Institute for Social Policy; 2010 (in Russian).
- Yadav J., Gennarelli L. A., Ratakonda U. Female sexuality and common sexual dysfunctions: Evaluation and management in a primary care setting. *Prim. Care Update OB/GYNS*. 2001;8:5—11.
- Loos J. The Eurosupport 5 Study G., Nöstlinger C. Mirror, mirror on the wall: The face of HIV + women in Europe today. *AIDS Care*. 2010;22:919.
- Leshchenko Ya. A. (ed.) Human development in Siberia: problems of social reproduction of the regional community [*Razvitie chelovecheskogo potentsiala Sibiri: problemy sotsial'nogo vosproizvodstva regional'nogo soobshchestva*]. Irkutsk; 2013 (in Russian).
- Kolesnikov S. I., Savilov E. D., Savchenkov M. F., Leshchenko Ya. A. Sanitary-and-epidemiological well-being of the population of Siberia (medico-demographic and epidemiological characteristics). *Vestnik RAMN*. 2016;(6):472—81 (in Russian).
- World Health Organization (WHO). HIV/AIDS; Keyfacts. Available at: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/en/> (accessed 19.12.2015).
- Lohse N., Gerstoft J., Kronborg G. Comorbidity acquired before HIV diagnosis and mortality in persons infected and uninfected with HIV: A Danish Population-Based Cohort Study. *AIDS*. 2011;57:334—9. doi: 10.1097/QAI.0b013e31821d34ed
- Reiss P., Sighem A. I., Brinkman K., Gras L. A., de Wolf F.; ANOC study. Life expectancy of recently diagnosed asymptomatic HIV-infected patients approaches that of uninfected individuals. *AIDS*. 2010;24:1527—35. doi: 10.1097/QAD.0b013e32833a39
- Ball S. C. Increased longevity in HIV: Caring for older HIV-infected adults. *Care Manag J*. 2014;15:76—82.
- Ray S. Sexual health for people living with HIV. *Rep. Health Matters* 2007;15:67—92.
- Hankins C., Gendron S., Tran T., Lamping D., Lapointe N. Sexuality in Montreal women living with HIV. *AIDS Care*. 1997;9:261—71. doi: 10.1080/713613156
- Brickley D. B., Almers L., Kennedy C. E. Sexual and reproductive health services for people living with HIV: A systematic review. *AIDS Care: Psychol. Sociomed. Aspects AIDS/HIV*. 2011;23:303—14. doi: 10.1080/09540121.2010.507746
- Medical eligibility criteria for contraceptive use. 5th ed. Geneva: World Health Organization; 2015. Available at: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/348116/MEC-merged.pdf
- Barnes D. B., Murphy S. Reproductive decisions for women with HIV: Motherhood's role in envisioning a future. *Qual. Health Res*. 2009;19:481—91. doi: 10.1177/1049732309332835
- De Almeida A. N. S., Silveira L. C., da Silva M. R. F., Araújo M. Â. M., Guimarães T. A. Subjectivity and sexuality production in women living with HIV/AIDS: A sociopoetic production. *Revista Latino-Am. Enfermagem*. 2010;18:163—9. doi: 10.1590/s0104-11692010000200004
- Giles M. L., Hellard M. E., Lewin S. R., O'Brien M. L. The “work” of women when considering and using interventions to reduce mother-to-child transmission (MTCT) of HIV. *AIDS Care*. 2009;21:1230—7. doi: 10.1080/09540120902803166
- Gurevich M., Mathieson C. M., Bower J., Dhayanandhan B. Disciplining bodies, desires and subjectivities: Sexuality and HIV-positive women. *Fem. Psychol*. 2007;7:9—38. doi: 10.1080/073993302753429059
- Ingram D., Hutchinson S. A. Double binds and the reproductive and mothering experiences of HIV-positive women. *Qual. Health. Res*. 2000;10:117—32. doi: 10.1177/104973200129118282
- Jackson L. A., Millson M., Calzavara L. Community HIV prevention: What can we learn from the perceptions and experiences of HIV-positive women living in metropolitan Toronto, Canada? *Int. Quart. Comm. Health Edu*. 1998;18:307—30.
- Keegan A., Lambert S., Petrak J. Sex and relationships for HIV-positive women since HAART: A qualitative study. *AIDS Patient Care STDs* 2005;10:645—4. doi: 10.1136/sti.2004.013516
- Kelly C., Alderdice F., Lohan M., Spence D. Creating continuity out of the disruption of a diagnosis of HIV during pregnancy. *J. Clin. Nurs*. 2012;21:1554—62. doi: 10.1111/j.1365-2702.2011.04017.x
- Kirshenbaum S. B., Hirsky A. E., Correale J. “Throwing the Dice”: Pregnancy decision-making among HIV-positive women in four U. S. cities. *Persp. Sex. Reprod. Health*. 2004;36:106—13. doi: 10.1363/psrh.36.106.04
- Pсарos C., Barinas J., Robbins G. K., Bedoya C. A., Safren S. A., Park E. R. Intimacy and sexual decision making: Exploring the perspective of HIV positive women over 50. *AIDS Patient Care STDs*. 2012;26:755—60. doi: 10.1089/apc.2012.0256
- Siegel K., Schrimshaw E., Leks H.-M. Diminished sexual activity, interest, and feelings of attractiveness among HIV-infected women in two eras of the AIDS epidemic. *Arch. Sex. Behav*. 2006;35:437—49. doi: 10.1007/s10508-006-9043-5
- De Lacey G., Walsh S., Jarman M. Keeping safe, keeping connected: A qualitative study of HIV-positive women's experiences of partner relationships. *Psychol. Health*. 2005;20:533—51.
- Sanders L. B. Women's voices: The lived experience of pregnancy and motherhood after diagnosis with HIV. *J. Assoc. Nurses AIDS Care*. 2008;19:47—57. doi: 10.1016/j.jana.2007.10.002
- Sanders L. B. Sexual behaviors and practices of women living with HIV in relation to pregnancy. *J. Assoc. Nurses AIDS Care*. 2009;20:62—8. doi: 10.1016/j.jana.2008.08.002
- Richter D. L., Sowell R. L., Pluto D. M. Factors affecting reproductive decisions of African American women living with HIV. *Women Health*. 2002;36:81—96. doi: 10.1300/J013v36n01_06
- Wesley Y., Smeltzer S. C., Redeker N. S., Walker S., Palumbo P., Whipple B. Reproductive decision making in mothers with HIV-1. *Health Care Women Int*. 2000;21:291—304. doi: 10.1080/073993300245159
- Sowell R. L., Misener T. R. Decisions to have a baby by HIV-infected women. *West. J. Nurs. Res*. 1997;19:56—70. doi: 10.1177/019394599701900104
- Siegel K., Schrimshaw E. W. Reasons and justifications for considering pregnancy among women living with HIV/AIDS. *Psychol. Women Quart*. 2001;25:112—3.
- Ogilvie G. S., Palepu A., Remple V. P., Burdge D. R. Fertility intentions of women of reproductive age living with HIV in British Columbia, Canada. *AIDS*. 2007;21:83—8. doi: 10.1097/01.aids.0000255090.51921.60
- Zaporozhan V. N., Posokhova S. P., Popova T. V. Actual issues of reproductive health and family planning in HIV-infected women. *Vestnik Rossiyskogo universiteta družby narodov. Seriya: Meditsina*. 2009;(7):356—60 (in Russian).
- Harrington E. K., Newmann S. J., Onono M., Schwartz K. D., Bukusi E. A., Cohen C. R., Grossman D. Fertility intentions and interest in integrated family planning services among women living with HIV in Nyanza Province, Kenya: a qualitative study. *Infect. Dis. Obstet. Gynecol*. 2012;(2):80—96. doi: 10.1155/2012/809682. Epub 2012 Jul 12.
- Wanyenze R. K., Matovu J. K., Kanya M. R., Tumwesigye N. M., Nannyonga M., Wagner G. J. Fertility desires and unmet need for family planning among HIV infected individuals in two HIV clinics with differing models of family planning service delivery. *BMC Womens Health*. 2015;15:5. doi: 10.1186/s12905-014-0158-x
- Pokrovskaya A. V., Kozryrina N. V., Gushchina Yu. Sh., Yurin O. G., Suvorova Z. K., Pokrovsky V. V. Socio-demographic portrait of a patient living with HIV and visiting AIDS centers in Russia. *Terapevticheskij arhiv*. 2016;88(11):2—16. doi: 10.17116/terarkh2016881112-16 (in Russian).
- Leshchenko O., Marianian A., Timofeeva E., Atalyan A., Balochova T., Plotnicova Y., et al. HIV infection in men and women of reproductive age. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. 2017;41(6):150A.
- Marianian A., Timofeeva E., Atalyan A., Leshchenko O. Alcohol use, pregnancy planning, and reproductive health concerns in people living with HIV/AIDS in Russia. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. 2018;42(6):76.
- Leshchenko O., Genich E. Sex behavior and reproductive attitudes of HIV-positive men and women. *Maturitas*. 2019;124:152—3. doi: 10.1016/j.maturitas.2019.04.121

42. Genich E. V., Leshchenko O. Ya., Darenskaya M. A., Sholokhov L. F. The state of neuroendocrine regulation and ovarian reserve in HIV-infected women with reproductive disorders. *Acta Biomedica Scientifica*. 2018;(3):116—20. doi: 10.29413/ABS.2018-3.3.18.43
43. Kolesnikova L. I., Kolesnikov S. I., Darenskaya M. A., Grebenkina L. A., Timofeeva E., Leshenko O. Ya. Menstrual and reproductive function in women with HIV-infection and antioxidant vitamins deficiency. *AIDS*. 2014;5(12):1—5. doi: 10.4172/2155-6113.1000382
44. Leshchenko O., Genich E. Susceptible hormones in women with HIV-infection and displeasure. *BJOG: Int. J. Obstet. Gynaecol*. 2019;126(S2):217—24. doi: 10.1111/1471-0528.20_15703
45. Cecchini D., Uruña A., Trinidad P., Vesperoni F., Mecikovsky D. HIV and pregnancy: maternal and neonatal evolution. *Medicina (B Aires)*. 2011;71(5):432—6.
46. Narasimhan M., Ganatra B., Kennedy C. E., Kennedy C. E., Saleem H. T. Medical and surgical abortion for women living with HIV. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;(11):CD012834. doi: 10.1002/14651858.CD012834
47. Boer K., Nellen J. F., Patel D., Timmermans S., Tempelman C., Wibaut M., Sluman M. A., van der Ende M. E., Godfried M. H. The AmRo study: pregnancy outcome in HIV-1-infected women under effective highly active antiretroviral therapy and a policy of vaginal delivery. *BJOG*. 2007;114(2):148—55. doi: 10.1111/j.1471-0528.2006.01245
48. Islam S., Oon V., Thomas P. Outcome of pregnancy in HIV-positive women planned for vaginal delivery under effective antiretroviral therapy. *J. Obstet. Gynaecol*. 2010;30(1):38—40. doi: 10.3109/01443610903383358
49. Dos Reis H. L., Araujo K. S., Ribeiro L. P., Da Rocha D. R., Rosato D. P., Passos M. R., Merçon De Vargas P. R. Preterm birth and fetal growth restriction in HIV-infected Brazilian pregnant women. *Rev. Inst. Med. Trop. Sao. Paulo*. 2015;57(2):111—20. doi: 10.1590/S0036-46652015000200003
50. Gout C., Rougier N., Oger P., Dorphin B. Assisted Reproductive Technologies in HIV patients: a comprehensive review of indications, techniques and results. *Gynecol. Obstet Fertil*. 2011;39(12):704—8. doi: 10.1016/j.gyobfe.2011.07.029
51. Wessman M., Westling K., Aho I. Major differences in assisted reproductive treatments offered to HIV-1 infected patients in the Nordic countries. *Scand. J. Infect. Dis*. 2012;44(5):402—4. doi: 10.3109/00365548.2011.649491
52. Savasi V., Mandia L., Laoreti A., Cetin I. Reproductive assistance in HIV serodiscordant couples. *Hum. Reprod. Update*. 2013;19(2):136—50. doi: 10.1093/humupd/dms046
53. Nurudeen S. K., Grossman L. C., Bourne L., Guarnaccia M. M., Sauer M. V., Douglas N. C. Reproductive outcomes of HIV seropositive women treated by assisted reproduction. *J. Womens Health (Larchmt)*. 2013;22(3):243—9. doi: 10.1089/jwh.2012.3855
54. Kol S., Tannus S., Lightman A., Itskovitz J. Assisted reproductive technology in the presence of chronic viral disease. *Harefuah*. 2014;153(3—4):155—8, 240, 239.
55. Barnes A., Riche D., Mena L., Sison T., Barry L., Reddy R. Efficacy and safety of intrauterine insemination and assisted reproductive technology in populations serodiscordant for human immunodeficiency virus: a systematic review and meta-analysis. *Fertil. Steril*. 2014;102(2):424—34. doi: 10.1016/j.fertnstert.2014.05.001. Epub. 2014 Jun. 18. Review.
56. Senise J. S., Bonafé A., Castelo The management of HIV-infected pregnant women. *Curr. Opin. Obstet. Gynecol*. 2012;24(6):395—401.
57. Jao J., Sigel K. M., Chen K. T., Rodriguez-Caprio G., Posada R. Small for gestational age birth outcomes in pregnant women with perinatally acquired HIV. *AIDS*. 2012;26(7):855—9. doi: 10.1097/QAD.0b013e328351f6ef
58. Van Zyl C., Visser M. J. Reproductive desires of men and women living with HIV: implications for family planning counselling. *Reprod. Biomed. Online*. 2015;31(3):434—42. doi: 10.1016/j.rbmo.2015.06.004. Epub 2015 Jun 16.
59. Makwe C. C., Giwa-Osagie O. F. Sexual and reproductive health in HIV serodiscordant couples. *Afr. J. Reprod. Health*. 2013;17(4 Spec No):99—106. Review.

Реформы здравоохранения

© Коллектив авторов, 2020
УДК 614.2

Захаренко Г. А., Белокопытова Н. В., Салагай О. О.

ПРОБЛЕМЫ ЭФФЕКТИВНОЙ РАБОТЫ ГОРЯЧИХ ЛИНИЙ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Министерство здравоохранения Российской Федерации, 127994, г. Москва

В статье проанализирован опыт взаимодействия органов государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья с гражданским обществом с помощью горячих линий, а также выявлены преимущества и недостатки данного коммуникационного канала. Авторы приводят обоснования необходимости реализации принципов «открытого здравоохранения», рассматривая в качестве инструмента взаимодействия власти и общества горячие линии по работе с обращениями граждан и общественными организациями.

Ключевые слова: горячие линии; обращения граждан; обратная связь; государственная политика в сфере здравоохранения; открытость; коммуникации в сфере здравоохранения.

Для цитирования: Захаренко Г. А., Белокопытова Н. В., Салагай О. О. Проблемы эффективной работы горячих линий в сфере здравоохранения. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2020;28(2): 303—305. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2020-28-2-303-305>

Для корреспонденции: Захаренко Глеб Александрович, зам. начальника отдела обеспечения отрасли квалифицированными кадрами Департамента медицинского образования и кадровой политики в здравоохранении Минздрава России, e-mail: gleb_zakharenko@mail.ru

Zakharenko G. A., Belokopytova N. V., Salagay O. O.

THE PROBLEMS OF EFFICIENT FUNCTIONING OF HOT LINES IN HEALTH CARE

The Minzdrav of the Russian Federation, 127994, Moscow, Russia

The article analyzes experience of interaction of public authorities of the subjects of the Russian Federation in area of health protection with civil society using hot-lines. The advantages and disadvantages of this type communication channel are established too. The justifications for implementation of principles of “open health care” are presented considering “hot-lines” as tool of interaction between the government and society (citizens and public organizations).

Keywords: hot-lines; feedback; state policy; public health; health care; openness; communication.

For citation: Zakharenko G. A., Belokopytova N. V., Salagay O. O. The problems of efficient functioning of hot lines in health care. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2020;28(2):303—305 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2020-28-2-303-305>

For correspondence: Zakharenko G. A., the Deputy Head of the Department of Sectoral Support with qualified personnel of the Department of Medical Education and manpower policy in health care of the Minzdrav of Russia. e-mail: gleb_zakharenko@mail.ru

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support

Received 04.10.2019
Accepted 28.11.2019

Американский ученый Д. Истон, будучи одним из первых, кто применил теорию систем для анализа политики, представил государственную систему как «черный ящик», акцентируя внимание на том, что все внутренние процессы по выработке политических решений, происходящие в органах государственной власти, остаются закрытыми для представителей гражданского общества [1].

В условиях нарастающей сложности социальных процессов серьезной задачей для государственных структур является формирование моделей принятия решений и реализации государственных функций, основанных на активном участии институтов гражданского общества в управлении и на использовании современных механизмов открытости и общественного контроля. Особенно это важно в такой социально чувствительной сфере, как здравоохранение.

В целях повышения прозрачности и качественного изменения информационной открытости, а также выстраивания диалога с гражданами органы государственной власти используют множество различных методов. Одним из них является работа с обращениями граждан посредством горячих линий.

Использование горячих линий при работе с обращениями граждан и общественными организациями в сфере охраны здоровья совмещает ряд преимуществ по сравнению с другими техническими формами диалога между государственными органами и населением Российской Федерации. Среди них — минимизация бюрократических механизмов, вызванных, в том числе, классическим документационным оборотом в государственных органах власти, возможность оперативного получения информации заявителем в ходе диалога и появление сопутствующего

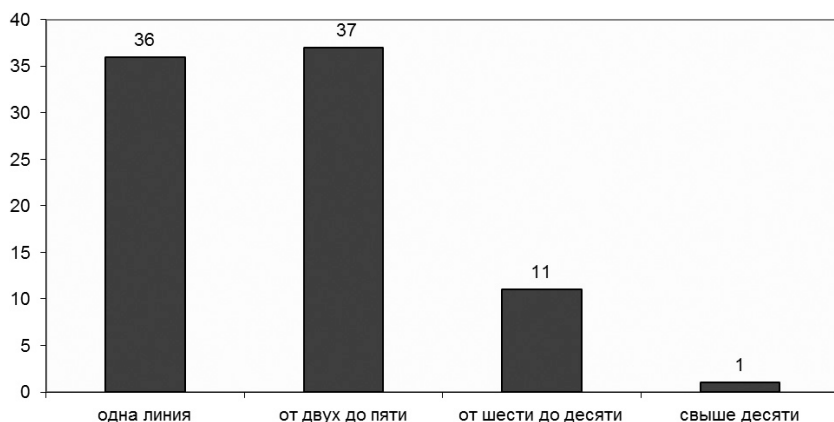


Рис. 1. Общее количество горячих линий в регионах России.

По оси ординат — количество субъектов РФ, по оси абсцисс — количество горячих линий в регионах.

щих основной теме вопросов, проговаривание своей проблемы и, как следствие, более объективное ее самовосприятие, а также частичное снятие психологического напряжения. Неизменным остается и тот факт, что чем ближе к сути обращения находится государственный служащий, тем оперативнее и качественнее рассматривается вопрос.

Все сказанное в полной мере применимо и к сфере здравоохранения. В числе социальных проблем, в наибольшей степени беспокоящих россиян, традиционно сохраняются вопросы качества и доступности медицинской помощи. По данным Всероссийского центра изучения общественного мнения (ВЦИОМ), в тройку проблем, которые беспокоят россиян, в масштабах страны входят вопросы здоровья (20%) [2].

В отечественной научной литературе отсутствуют работы, в которых системно рассматриваются горячие линии как эффективный механизм взаимодействия государства и общества в сфере здравоохранения. Это определило цель настоящей работы.

Материалы и методы

Для оценки внедрения механизма горячих линий и качества их работы был подготовлен и направлен в 85 субъектов Российской Федерации короткий опросник, предусматривающий сбор информации о наименовании и номере горячей линии, тематике рассматриваемых обращений, ежемесячном среднестатистическом количестве обращений, дате открытия горячей линии, ответственных за функционирование горячей линии.

Результаты исследования

В 2018 г. были получены данные из всех 85 субъектов Российской Федерации. Их анализ позволяет сделать следующие заключения.

Все 85 регионов имеют профильные горячие линии по работе с обращениями граждан.

В 36 регионах создана единая горячая линия, рассматривающая все обращения граждан, связанные с медицинской тематикой, в 37 создано от 2 до 5 тематических горячих линий, рассматривающих узкоспециализированные обращения граждан. Количество регионов с числом горячих линий свыше 5 встречается значительно реже. Полная детализация количества горячих линий в субъектах Российской Федерации представлена на рис. 1.

Большинство горячих линий организовано в 2010—2015 гг., что, вероятно, свидетельствует о внедрении в этот временной период механизмов откры-

тости и активизации взаимоотношений с гражданским обществом. Временной промежуток 2015—2018 гг. позволяет объективно оценить эффективность работы данного коммуникационного канала в большинстве регионов, а также исключить возможность связывания низкой эффективности работы с малым организационным, техническим или административным опытом.

Ежемесячно в общей совокупности на региональные горячие линии поступает свыше 130 тыс. звонков.

В ходе исследования была установлена ожидаемая корреляция между численностью населения субъекта Российской Федерации и среднестатистическим количеством поступающих на горячую линию или горячие линии звонков. В 34 регионах общее среднестатистическое региональное количество поступающих звонков находилось в диапазоне 100—500, в 17 субъектах Российской Федерации — от 1 до 5 тыс. Детализация среднестатистического регионального количества звонков в регионах представлена на рис. 2.

Тематический анализ свидетельствует о том, что максимальное среднестатистическое количество (свыше 45 тыс.) звонков во всех регионах России за исследуемый период было посвящено вопросам доступности и качества оказания медицинской помощи, а так-

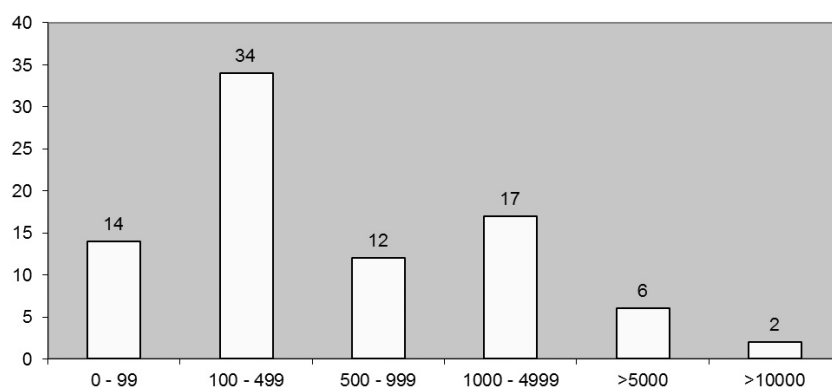


Рис. 2. Среднемесячное количество звонков в регионах. По оси ординат — количество субъектов РФ, по оси абсцисс — общее число звонков.

Реформы здравоохранения

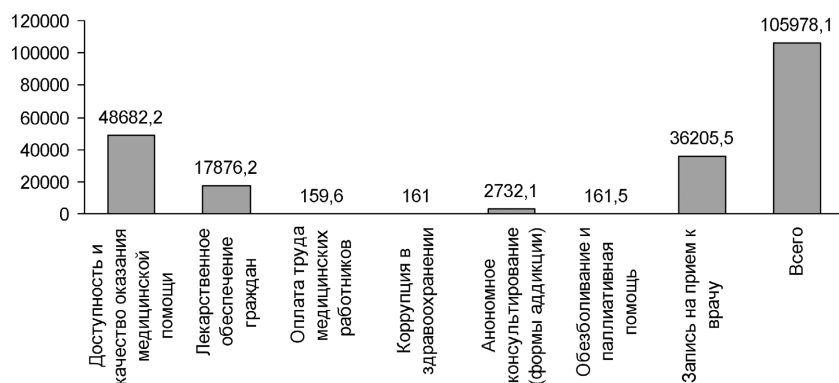


Рис. 3. Тематическое и количественное распределение поступающих обращений. По оси ординат — среднемесячное количество звонков по России.

же возможности дистанционной записи на прием к врачу (свыше 35 тыс. в месяц). Были выявлены дефекты в маршрутизации поступающих вызовов и их необоснованной переадресации, в том числе в вышестоящие административные организации, несмотря на возможность качественного решения вопроса на месте (рис. 3).

Примечательно, что, несмотря на яркие акценты в СМИ, вопросы, связанные с коррупцией в медицинских учреждениях, с размером заработной платы медицинским работникам, а также с доступностью обезболивания для лиц с хроническим болевым синдромом не стали основными в тематике обращений. Это может быть объяснено относительно небольшой целевой аудиторией данных вопросов. Все это позволяет уделять им особое внимание с возможностью их точечной ручной проработки.

Анализ полученных результатов позволяет прийти к следующему заключению.

Заключение

Инструмент коммуникации «горячие линии» нашел достаточно широкое применение в регионах. В большинстве регионов существует от 1 до 5 профильных горячих линий. Вопрос о целесообразности создания более чем одной горячей линии требует дополнительной проработки, особенно в плане финансовых и организационных затрат, а также удобства коммуникации с населением.

Большой объем обращений на горячие линии свидетельствует о востребованности данного инструмента у граждан. Это также подтверждается основными темами обращений, которые сгруппированы вокруг качества и доступности медицинской помощи, а также лекарственного обеспечения. Примечательно большое количество звонков по теме дистанционной записи на прием, что свидетельствует о существовании запроса со стороны населения по автоматизации процессов взаимодействия с медицинской организацией, повышению комфортности та-

кого взаимодействия. Иными словами, до 25% потенциального улучшения в плане удовлетворенности при взаимодействии пациента с системой здравоохранения может быть достигнуто за счет совершенствования дистанционного взаимодействия с системой оказания медицинской помощи.

Обращения принимаются органами государственной власти, а их анализ показывает, что в большом числе случаев решение вопроса может быть осуществлено на уровне медицинской организации. Это требует их интеграции в систему приема обращений. Отдельной задачей является интеграция страховых

медицинских организаций, имеющих определенные законодательством полномочия по защите прав пациентов.

Различное количество обращений, поступающих в регионах на горячие линии, объясняется не только численностью населения региона, но также коммуникационной активностью — продвижением горячих линий, что требует принятия дополнительных системных мер по информированию населения относительно возможности обращения на горячую линию.

Указанные меры, на наш взгляд, приведут к повышению удовлетворенности работой региональной системы здравоохранения, снижению социальной напряженности, повышению удовлетворенности работой органов государственной власти. Можно также констатировать, что с учетом востребованности инструментов прямого взаимодействия в ближайшей перспективе перед региональными органами государственной власти будет актуализироваться задача масштабного расширения полноценного диалога между гражданами и органами управления в области здравоохранения.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Easton D. A Framework for Political Analysis. Chicago: University of Chicago Press; 1979.
2. Навстречу «Прямой линии с Владимиром Путиным»: актуальные проблемы, беспокоящие россиян. Доступно по ссылке: <https://wciom.ru/index.php?id=236&uid=116269>

Поступила 04.10.2019
Принята в печать 28.11.2019

REFERENCES

1. Easton D. A Framework for Political Analysis. Chicago: University of Chicago Press; 1979.
2. Towards a Direct Line with Vladimir Putin: Actual Problems Concerning Russians [Navstrechu «Pryamoj linii s Vladimirom Putinym»: aktual'nye problemy, bespokoyashchie rossiyan]. Available at: <https://wciom.ru/index.php?id=236&uid=116269>

© Коллектив авторов, 2020
УДК 614.2

Атаева Н. Б.¹, Белостоцкий А. В.¹, Гришина Н. К.², Значкова Е. А.³, Загоруйченко А. А.²

ОРГАНИЗАЦИЯ ПАТРОНАЖНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ МАЛОМОБИЛЬНЫМ ПАЦИЕНТАМ

¹Государственное казенное учреждение г. Москвы «Дирекция по координации деятельности медицинских организаций Департамента здравоохранения города Москвы», 115280, г. Москва;

²ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н. А. Семашко» Минобрнауки России, 105064, г. Москва;

³Департамент здравоохранения города Москвы, 115280, г. Москва

В статье проанализированы актуальные вопросы организации патронажной медицинской помощи маломобильным больным на дому в г. Москве с учетом проводимых организационных мероприятий на различных этапах оказания первичной медико-санитарной помощи пациентам различных возрастных групп. Представлены результаты эффективности ее функционирования.

Ключевые слова: патронаж; патронажная служба; первичная медико-санитарная помощь; маломобильный пациент.

Для цитирования: Атаева Н. Б., Белостоцкий А. В., Гришина Н. К., Значкова Е. А., Загоруйченко А. А. Организация патронажной медицинской помощи маломобильным пациентам. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2020;28(2):306—309. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2020-28-2-306-309>

Для корреспонденции: Гришина Наталья Константиновна, д-р мед. наук, ведущий научный сотрудник ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н. А. Семашко» Минобрнауки России, e-mail: otdel-77@mail.ru

Ataeva N. B.¹, Belostotsky A. V.¹, Grishina N. K.², Znachkova E. A.³, Zagoruychenko A. A.²

THE ORGANIZATION OF HOME-NURSING MEDICAL CARE OF PATIENTS WITH LIMITED MOBILITY

¹The State Public Organization of Moscow “The Directorate on Coordination of Activities of Medical Organizations of the Moscow Health Care Department, 115280, Moscow, Russia;

²N. A. Semashko National Research Institute of Public Health, 105064, Moscow, Russia;

³The Moscow Health Care Department, 115280, Moscow, Russia

The article analyzes topical issues of organization of patronage medical care of patients with restricted mobility in Moscow, considering ongoing organizational measures at various stages of implementation of new organizational form of medical sanitary care of patients of different age groups. The results of analysis of effectiveness of its functioning are presented.

Keywords: patronage; nursing medical service; primary sanitary medical care.

For citation: Ataeva N. B., Belostotsky A. V., Grishina N. K., Znachkova E. A., Zagoruychenko A. A. The organization of home-nursing medical care of patients with limited mobility. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2020;28(2):306—309 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2020-28-2-306-309>

For correspondence: Grishina N. K., doctor of medical sciences, the leading researcher of the N. A. Semashko National Research Institute of Public Health. e-mail: otdel-77@mail.ru

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support

Received 29.11.2019

Accepted 28.11.2019

Введение

В здравоохранении России особое внимание уделяется реформированию системы первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) [1—6]. В последние годы все больший акцент делается на дифференцированном подходе к различным группам пациентов [2]. Одной из таких групп являются маломобильные пациенты, которые требуют повышенного внимания и, в силу тяжести своей патологии, значительных ресурсных затрат (частые вызовы скорой медицинской помощи, частые госпитализации из-за невозможности посещать врачей поликлиники, проходить необходимое обследование).

Понятие «патронаж» (франц. le patronage — покровительство), получившее распространение в Европе еще в начале XX в., означает форму работы медицинских учреждений, в первую очередь занятых в области охраны материнства и детства [6].

Патронажная служба оказывает медицинскую помощь на дому лицам старше 18 лет с ограничением

или отсутствием возможности передвижения и/или самообслуживания, возникшим в результате врожденного, приобретенного заболевания или травмы.

Целью исследования является анализ опыта организации медицинской патронажной помощи малоподвижным больным на дому в столичном регионе.

Материалы и методы

Источниками информации явились статьи, материалы государственной статистики, официальная отчетная документация Департамента здравоохранения г. Москвы, результаты социологического исследования. Использовались такие методы, как изучение и обобщение опыта, статистический, аналитический, хронометражное наблюдение, сравнительный анализ, организационный эксперимент.

Результаты исследования

В рамках проекта «Патронаж на дому» в г. Москве в структуре поликлиники патронажная служба орга-

Реформы здравоохранения

низуется на базе отделения по оказанию медицинской помощи взрослому населению на дому. Врачебный и сестринский медицинский персонал службы обеспечивает мониторинг состояния здоровья пациентов патронажной группы (диспансерное наблюдение, мероприятия, указанные в индивидуальной программе реабилитации, лечебно-диагностические, реабилитационные мероприятия и консультации на дому врачей-специалистов), ведение регистра патронажных пациентов, разработку индивидуальных программ обследования, лечения и реабилитации, контроль медикаментозной терапии, выписку рецептов, санитарное просвещение.

В рамках службы вызова врача на дом оказание медицинской помощи на дому осуществляется в день поступления вызова. Оформляются карта вызова врача на дом, журнал вызовов врача на дом (форма № 031/у), при необходимости — листок временной нетрудоспособности, оценивается степень маломобильности пациента, оформляются направления на анализы, обследования, экстренную или плановую госпитализацию. Принимаются вызовы от населения по телефону и передаются на исполнение персоналу, оказывающему медицинскую помощь на дому (врачи-терапевты, фельдшеры). Отдельно проводится мониторинг вызовов пациентами патронажной службы и передача на исполнение врачам соответствующего участка.

Основные критерии включения маломобильных пациентов в патронажную группу:

- невозможность самостоятельного посещения пациентом поликлиники;
- индивидуальная оценка состояния пациента по шкалам Лаутона и Бартела для выявления более уязвимой группы населения (по способности пациента к самообслуживанию и степени зависимости от посторонней помощи).

Оценка проводится в баллах по 5 разделам:

1. Способность к самообслуживанию (прием пищи, одевание, посещение туалета).
2. Способность к самостоятельному передвижению (передвижение, переход с кровати на стул, подъем по лестнице).
3. Способность к ориентации в пространстве.
4. Способность контролировать состояние своего здоровья, нуждаемость в помощи посторонних лиц (контроль артериального давления, прием лекарственных препаратов).
5. Способность к общению (использование телефона, интернета).

Максимальное количество баллов по разделам 1 и 2 составляет 20 баллов, по разделам с 3-го по 5-й — 10 баллов. Пациента включают в патронажную группу, если набрано от 0 до 55 баллов.

В ходе исследования выявлено, что в патронажную группу входят следующие категории маломобильных пациентов: требующие передвижения в инвалидной коляске (9,6%), лежачие больные (17,2%), пациенты, способные передвигаться только в пределах квартиры (70,4%), одинокие пациенты (7%), ветераны Великой Отечественной войны (9,1%). В дан-

Наиболее распространенные нозологии в группе патронажных пациентов и рекомендуемая периодичность осмотров медицинскими работниками в зависимости от нозологии

Нозология	Удельный вес нозологии у пациентов, %	Рекомендуемая частота осмотров врачом в зависимости от нозологии в год	Рекомендуемая частота осмотров медсестрой в зависимости от нозологии в год
Болезни сердечно-сосудистой системы	59	4	12
Сахарный диабет	13	4	12
Последствия перенесенного ОНМК	9	12	24
Бронхиальная астма, ХОБЛ	1	4	12
Онкологические заболевания	8	12	24
Посттравматические заболевания	2	4	12
Другие ХНИЗ	8	4	12

ной категории пациентов преобладали женщины старше 55 лет (66,9%).

Наиболее распространенными нозологиями в группе патронажных пациентов являются болезни сердечно-сосудистой системы (59%), сахарный диабет (13%), последствия перенесенного острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК; 9%), бронхиальная астма, хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ; 1%), онкологические заболевания (8%), посттравматические заболевания (2%), другие хронические неинфекционные заболевания (ХНИЗ; 8%; см. таблицу).

Согласно хронометражным наблюдениям, врач-терапевт (врач общей практики) должен обслуживать 350—400 пациентов патронажной группы, а одна медицинская сестра (фельдшер) — 150—200 пациентов.

В среднем врач посещает пациента патронажной группы 4 раза в год, медсестра — 12 раз в год. Пациентов с последствиями перенесенного ОНМК, а также страдающих онкологическими заболеваниями рекомендуется осматривать чаще (12 раз в год осмотр врача и 24 раза — медсестры; см. таблицу). У большинства маломобильных пациентов диагностируется несколько заболеваний, требующих врачебного наблюдения. В среднем каждого патронажного пациента врач посещает 2 раза в квартал, медсестра — не менее 1 раза в месяц.

Анализ показал, что более частые посещения (внеплановые врачебные, в том числе специалистами, медицинскими сестрами) необходимы пациентам с осложнениями сахарного диабета (трофические язвы, сухая гангрена — диабетическая стопа), нарушениями ритма сердца, получающим антикоагулянтную терапию (варфарин), пациентам со «свежими» переломами шейки бедра, позвоночника и прочих травм с целью облегчения болевого синдрома.

Процесс выделения персонала для работы в патронажной службе предусматривает следующие этапы:

- расчет необходимого числа врачей и медсестер (согласно предварительной оценки численно-

- сти патронажной группы медицинской организации);
- анализ внутренних кадровых ресурсов медицинской организации;
- выделение сотрудников из наличного штата с учетом сохранения доступности на амбулаторном приеме, профессиональных навыков, уровня подготовки и эмоциональной мотивации;
- набор новых сотрудников для работы с патронажной группой пациентов (в случае отсутствия внутренних кадровых резервов или специалистов с достаточным уровнем подготовки и эмоциональной мотивации).

Врачи патронажной службы могут быть как привлечены из наличного штата, так и быть дополнительно нанятыми врачами. В перспективе запланировано обучение врачей в рамках курса лекций по основным заболеваниям, встречающимся в их практике (осуществляется главными внештатными специалистами ДЗМ). Возможно повышение квалификации врачей по программе дополнительного профессионального образования «Актуальные вопросы гериатрии». Сотрудникам среднего медицинского персонала патронажной службы рекомендовано прохождение курсов патронажной медицинской сестры и ухода за тяжелобольными пациентами.

В настоящее время в поликлиниках г. Москвы реализованы две модели посещения патронажных групп на дому. В рамках первой модели в 42 медицинских организациях (только в 28 из них в расписании участковых врачей-терапевтов имеются выделенные квоты «выход к пациентам на дом») патронаж осуществляется участковыми врачами-терапевтами и медицинскими сестрами:

- врачи-терапевты участковые посещают пациента в будни или в дежурную субботу;
- медицинские сестры посещают пациента ежедневно в будние дни в выделенное рабочее время;
- участковый врач-терапевт ведет малочисленную группу патронажных пациентов своего участка (20—25 человек);
- предусмотрена низкая частота посещений пациентов участковым врачом (не более 4 раз в год);
- сокращается время амбулаторного приема из-за выделения квоты «выезд на дом»;
- отсутствует плановый характер наблюдения медсестрой (осуществляются только по назначению врача).

Вторая модель была реализована в 5 медицинских организациях, в которых патронажная медицинская помощь оказывается выделенным медицинским персоналом. Предусматривается:

- выделение врача-терапевта и медсестер для посещения пациентов ежедневно в течение всего рабочего дня;
- системность врачебного, сестринского (диспансерного) наблюдения пациента на дому;

- регулярный контроль клинических показателей;
 - контроль эффективности медикаментозной терапии;
 - обеспечение системы контроля оказания медицинской помощи на дому;
 - возможность планирования и увеличения кратности посещений врачом и медсестрой;
 - дополнительные затраты на автотранспорт.
- Мероприятия по организации патронажной службы в поликлиниках г. Москвы проводятся в несколько этапов:

1. Информирование главных врачей (информирование главных врачей пилотных поликлиник).
2. Набор персонала патронажной службы (отбор врачей, медсестер, информирование персонала о порядке работы).
3. Подготовка нормативной базы патронажной службы (положение о патронажной службе, должностные инструкции врача и медицинской сестры, трудовые договоры врача и медицинской сестры, внесение изменений в штатное расписание).
4. Выделение и оборудование рабочих мест: кабинета(-ов) для персонала патронажной службы, оценка потребности в оборудовании для кабинета(-ов), — техническое задание на закупку оборудования и его закупка, подготовка места в картохранилище.
5. Закупка укладок и портативного оборудования (оценка потребности в материалах для укладки врача и медсестры, техническое задание на закупку необходимых материалов и их закупка, обеспечение автотранспортом при необходимости).
6. IT-настройки (формирование участка и ресурса в Единой медицинской информационно-аналитической системе — ЕМИАС, обеспечение телефонной связи).
7. Формирование реестра патронажных пациентов (получение и консолидация данных от участковых терапевтов и службы вызова на дом, обзвон пациентов из предварительного списка для актуализации информации, приоритизация пациентов и формирование предварительного плана посещения на дому).
8. Начало работы патронажной службы.

Для совершенствования работы патронажной службы в г. Москве и оказания медицинской помощи маломобильным пациентам в необходимом объеме следует увеличить численность врачебного персонала патронажной службы. Так, при увеличении числа патронажных пациентов до 75 тыс. на конец 2018 г. количество врачей должно быть увеличено до 188, количество сотрудников среднего медицинского персонала — до 375, количество машин в патронажной службе — до 94, из расчета одна машина на двух врачей.

Обсуждение

В конце 2017 г. фактическое количество поликлиник, в которых функционирует проект «Патронаж

Реформы здравоохранения

на дому», составило 26. Проект охватил 70 врачей, 160 средних медицинских работников и 26 200 пациентов. Уже весной 2018 г. число поликлиник увеличилось до 46, врачей — до 128, медсестер — до 299 и пациентов — до 50 тыс. человек.

Значимой задачей при наличии выделенной патронажной службы, включающей врачей и средний медицинский персонал, является обеспечение необходимого числа посещения маломобильных пациентов. При этом анализ данных по оказанию медицинской помощи маломобильным пациентам установил эффективность модели с выделенным врачом по сравнению с посещениями участковым врачом:

- количество вызовов врачей службы вызова на дом в месяц сократилось на 51% (с 27,9 до 13,6 вызова на 100 пациентов);
- количество вызовов бригад неотложной медицинской помощи в месяц сократилось на 18% (с 4,7 до 3,8 вызова на 100 пациентов);
- количество вызовов бригад службы скорой и неотложной медицинской помощи в месяц сократилось на 6% (с 11,8 до 11,1 вызова на 100 пациентов).

В результате увеличение кратности посещений, обеспечение преемственности (врач — медсестра) и определение ответственности за группу патронажных пациентов позволили сократить количество обострений заболеваний и объем оказываемой им экстренной и неотложной медицинской помощи.

Заключение

Внедряемая система позволяет улучшить качество организации медицинской помощи при работе с маломобильными пациентами, требующими патронажа на дому, и получить ресурсосберегающий эффект, что способствует эффективному экономическому регулированию системы здравоохранения столичного региона.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Линденбратен А. Л., Ковалева В. В. Контроль качества организации медицинской помощи: современные подходы. *Здравоохранение*. 2011;(6):50—5.
2. Значкова Е. А. К вопросу о совершенствовании первичной медико-санитарной помощи взрослому населению в Москве. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2016;(2):98—101.
3. Гриднева О. В., Гришина Н. К., Значкова Е. А., Загоруйченко А. А. Социологический анализ доступности и качества организации первичной медико-санитарной помощи в период реформирования в Москве. *Вестник Росздравнадзора*. 2017;(2):68—71.
4. Белов Л. А. Пути повышения качества медицинской помощи. *Здравоохранение*. 2009;(1):62—4.
5. Гриднева О. В., Гришина Н. К., Значкова Е. А. Основные направления повышения качества организации первичной медико-санитарной помощи в г. Москве. *Бюллетень Национального НИИ общественного здоровья им. Н. А. Семашко*. 2016;1(2):30—4.
6. Патронаж. Доступно по ссылке: <https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D0%B0%D1%82%D1%80%D0%BE%D0%BD%D0%B0%D0%B6> (дата обращения 05.10.2018).

Поступила 29.11.2019
Принята в печать 28.11.2019

REFERENCES

1. Lindenbraten A. L., Kovaleva V. V. The quality control of organization of medical care: modern approaches. *Zdravookhranenie*. 2011;(6):50—5 (in Russian).
2. Znachkova E. A. On the issue of development of primary medical sanitary care of adult population in Moscow. *Problemy sotcial' noy gi-gieny, zdravookhraneniia i istorii meditsiny*. 2016;(2):98—101 (in Russian).
3. Gridnev O. V., Grishina N. K., Znachkova E. A., Zagorui`chenko A. A. The sociological analysis of accessibility of and quality of organization of primary medical sanitary care during reforming period in Moscow. *Vestnyk Roszdravnadzora*. 2017;(2):68—71 (in Russian).
4. Belov L. A. The means of increasing quality of medical care. *Zdravookhranenie*. 2009;(1):62—4 (in Russian).
5. Gridnev O. V., Grishina N. K., Znachkova E. A. The main directions of quality increasing of organization of primary medical sanitary care in Moscow. *Biulleten' Nacional' nogo NII obshchestvennogo zdorov'ia im. N. A. Semashko*. 2016;1(2):30—4 (in Russian).
6. Patronage. Available at: <https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D0%B0%D1%82%D1%80%D0%BE%D0%BD%D0%B0%D0%B6> (accessed 05.10.2018).

© Никонов Е. Л., Куваев Р. О., 2020
УДК 614.2

Никонов Е. Л., Куваев Р. О.

**АНАЛИЗ РАБОТЫ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ
ДЕПАРТАМЕНТА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ**

ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н. И. Пирогова» Минздрава России, 117997, г. Москва

Представлен анализ работы эндоскопических подразделений лечебно-профилактических учреждений Департамента здравоохранения г. Москвы за 2018 г. Проведена оценка оснащения эндоскопических отделений и кабинетов эндоскопическими аппаратами и оборудованием. Приведен сравнительный анализ эндоскопических диагностических исследований (эзофагогастродуоденоскопия, бронхоскопия, колоноскопия, ректосигмоскопия, интестиноскопия, видеокапсульное исследование) и лечебных манипуляций (эндоскопический гемостаз, эндоскопическое удаление инородных тел, стентирование, эндоскопическое удаление новообразований, в том числе методикой диссекции в подслизистом слое, баллонная дилатация), основных показателей качества выполнения эндоскопических процедур, а также кадрового состава эндоскопических подразделений. На основе проведенного анализа сформулированы основные направления оптимизации эндоскопической службы, пути улучшения качества эндоскопии и механизмы регулярного аудита.

К л ю ч е в ы е с л о в а : лечебно-профилактические учреждения; эндоскопическое исследование; показатель качества; аудит.

Для цитирования: Никонов Е. Л., Куваев Р. О. Анализ работы эндоскопической службы лечебно-профилактических учреждений Департамента здравоохранения города Москвы. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2020;28(2):310—313. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2020-28-2-310-313>

Для корреспонденции: Куваев Роман Олегович, канд. мед. наук, ассистент кафедры гастроэнтерологии факультета ФДПО «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н. И. Пирогова», e-mail: kuvaev_roman@mail.ru

Nikonov E. L., Kuvaev R. O.

**THE ANALYSIS OF FUNCTIONING OF ENDOSCOPIC SERVICE OF CURATIVE PREVENTIVE
INSTITUTIONS OF THE MOSCOW HEALTH CARE DEPARTMENT**

The Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “N. I. Pirogov Russian National Research Medical University” of Minzdrav of Russia, 117997, Moscow, Russia

The article presents analysis of endoscopy departments of curative preventive institutions of the practice in the institutions Moscow Health Care Department in 2018. The endoscopy equipment support of corresponding departments and medical rooms were analyzed. The comparative study of diagnostic endoscopy procedures (esophagogastroduodenoscopy, bronchoscopy, colonoscopy, rectosigmoidoscopy, intestinoscopy, capsule endoscopy) and therapeutic procedures (endoscopic hemostasis, endoscopic removal of foreign bodies, endoscopic submucous dissection, stenting, balloon dilation) was implemented. The indices of quality of endoscopic procedures and adequate personnel support of endoscopy departments were analyzed. The analysis of study results permitted to formulate main directions of optimization of endoscopic service, quality improvement and mechanisms of regular quality.

К е y w o r d s : curative preventive institutions; endoscopy procedures; indices of quality; audit.

For citation: Nikonov E. L., Kuvaev R. O. The analysis of functioning of endoscopic service of curative preventive institutions of the Moscow Health Care Department. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2020;28(2):310—313 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2020-28-2-310-313>

For correspondence: Kuvaev R. O., candidate of medical sciences, the assistant of the Chair of Gastroenterology of the Faculty of Additional Professional Education of the Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “N. I. Pirogov Russian National Research Medical University”. e-mail: kuvaev_roman@mail.ru

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support

Received 10.12.2019
Accepted 23.01.2020**Введение**

Эндоскопия является важнейшим методом инструментальной диагностики и малоинвазивного лечения социально значимых заболеваний. В последние годы наблюдается значительный рост числа эндоскопических исследований и манипуляций, появляются новое эндоскопическое оборудование и инструментарий, разрабатываются и активно внедряются в клиническую практику передовые методики эндоскопической диагностики и лечения. Однако эффективность применения современных эндоскопических методов определяется качеством организации и функционирования эндоскопических подраз-

делений, особенно в условиях возрастающей потребности в эндоскопии и обслуживании большого потока пациентов. Целью настоящего исследования явилась оценка деятельности эндоскопической службы лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) департамента здравоохранения г. Москвы (ДЗМ).

Материалы и методы

Проведен анализ работы эндоскопических подразделений 118 медицинских организаций (МО) ДЗМ: 29 городских больниц, 42 городских поликлиник, 3 госпиталей для ветеранов войн, 5 детских городских больниц, 16 детских поликлиник, 6 диагностических центров, 3 инфекционных больниц, 2 кли-

Реформы здравоохранения

Таблица 1

Эндоскопы и эндоскопическое оборудование в соответствующих отделениях МО ДЗМ (в абс. ед.)

Наименование	Всего	В том числе				
		1	2	3	4	5
Гибкие эндоскопы для верхних отделов ЖКТ, всего	1356	647	944	272	467	617
Из них:						
видеогастроскопы	862	419	584	190	344	328
дуоденоскопы	190	53	133	36	61	93
интестиноскопы	14	2	13	5	5	4
Гибкие эндоскопы для нижних отделов желудочно-кишечного тракта	593	281	408	126	219	248
Из них:						
видеокOLONОСКОПЫ	413	191	287	109	162	142
сигмоидоскопы	31	5	15	6	6	19
ригидные ректороманоскопы (тубусы)	184	171	168	27	51	106
ригидные ректороманоскопы (осветители)	39	35	34	6	20	13
Бронхоскопы	459	69	304	121	126	212
Лапароскопы	963	0	770	213	488	262
Гистероскопы	253	12	235	102	90	61
Цистоскопы	292	87	267	87	97	108
Установка для расшифровки видеокапсульных исследований	20	2	20	15	3	2
Осветители эндоскопические для волоконных эндоскопов	597	201	529	79	185	333
Видеопроцессоры для видеоэндоскопов	605	234	511	92	293	220
Электрохирургические блоки	457	77	378	107	218	132
Инсуффляторы CO ₂	115	13	111	43	37	35
Автоматические моющие машины для эндоскопов	352	194	306	77	189	107
Модули для ручной обработки (устройства дезинфекционные эндоскопические)	331	181	298	55	143	133
Шкафы специализированные для сушки и хранения эндоскопов	235	124	217	50	86	99

Примечание 1 — в подразделениях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, 2 — действующих, 3 — со сроком эксплуатации до 3 лет, 4 — со сроком эксплуатации от 4 до 7 лет, 5 — со сроком эксплуатации свыше 7 лет.

ник вузов и НИИ, 4 онкологических диспансеров и больниц, 1 психоневрологической больницы, 2 туберкулезных больниц для взрослых, 5 специализированных центров. Анализ проведен по данным таблиц формы № 30 «Сведения о медицинской организации», поданных МО ДЗМ за 2018 г.

Эндоскопы и эндоскопическое оборудование. В эндоскопических подразделениях 116 МО (из 117) имеется на балансе 1356 (944 действующих) гибких эндоскопов для верхних отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). Из них в 99 МО — 593 (408 действующих) гибких эндоскопов для нижних отделов ЖКТ, в 56 МО — 459 (304 действующих) бронхоскопов. В 8 учреждениях находятся установки для расшифровки видеокапсульных исследований. Большинство МО оснащено современными видеопроцессорами для проведения эндоскопических исследований: в 81 (69,2%) ЛПУ есть эндоскопические осветители для волоконных эндоскопов (всего 597, действующих 529), а в 97 (82,9%) ЛПУ — видеопроцессоры для видеоэндоскопов (всего 605, действующих 511). Обработка эндоскопов осуществляется в основном с помощью автоматизированных моющих машин: в 54 (46,2%) ЛПУ имеются модули для ручной обработки (всего 331, действующих 298), а 100 (85,5%) ЛПУ —

автоматические моющие машины для эндоскопов (всего 352, действующих 306; табл. 1).

Врачи эндоскопических подразделений. При анализе эндоскопических подразделений 124 ЛПУ (дополнительно взяты данные 6 ЛПУ ДЗМ) число штатных должностей в целом по МО составляет 626,75 единицы, занятых — 559,25 единицы, число физических лиц на занятых должностях — 454 человека (табл. 2).

Эндоскопические диагностические исследования. При анализе деятельности эндоскопических подразделений 118 МО за 2018 г. всего выполнено 738 022 диагностических исследования, из них 509 255 (69%) эзофагогастродуоденоскопий (ЭГДС), 113 210 (15,3%) колоноскопий, 19 752 (2,7%) ректосигмоидоскопий, 60 213 (8,2%) бронхоскопий, 103 (0,01%) интестиноскопий, 42 (0,006%) видеокапсульных исследований, 35 447 (4,8%) прочих исследований. Из 509 255 ЭГДС 311 035 (61,1%) процедур выполнено в подразделениях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, 61 125 (12%) — с применением анестезии, 66 351 (13%) — по экстренным показаниям. Только 54 902 (10,8%) ЭГДС проведено с взятием биопсии слизистой оболочки для морфологического исследования, 19 782 (3,9%) — с использованием эндоскопов с оптическим увеличением. Из 113 210 колоноскопий 68 248 (60,1%) процедур выполнено в подразделениях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, 14 946 (13,2%) — с применением анестезии, 5935 (5,2%) — по экстренным показаниям; 26 770 (23,6%) колоноскопических исследований сопровождалось взятием биопсии, а в 5719 (5%) колоноскопий использовался осмотр с увеличением изображения. Из 60 213 бронхоскопий 10 027 (16,7%) выполнено в подразделениях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, 9435 (15,7%) — с применением анестезии, 7897 (13,1%) — с взятием биопсии. Среди всех диагностических бронхоскопий значительная часть приходилась на экстренные исследования (n=26 443; 43,9%). Таким образом, наиболее часто выполняемым диагностическим исследо-

Таблица 2

Врачи эндоскопических подразделений ЛПУ

Показатель	Абс. ед.
Число должностей в целом по организации:	
штатных	626,75
занятых	559,25
Число должностей в подразделениях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях:	
штатных	225,00
занятых	187,75
Число должностей в подразделениях, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях:	
штатных	400,75
занятых	370,75
Число физических лиц — основных работников на занятых должностях:	454
в подразделениях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях	165
в подразделениях, оказывающих медицинскую помощь в стационарах	289

Таблица 3
Диагностические исследования (в абс. ед.)

Вид исследования	Всего	В том числе					
		1	2	3	4	5	6
ЭГДС	509 255	311 035	3954	61 125	54 902	66 351	19 782
Колоноскопии	113 210	68 248	1936	14946	26770	5935	5719
Ректосигмоидоскопии	19 752	12 647	149	2045	1630	512	98
Бронхоскопии	60 213	10 027	42	9435	7897	26443	432
Интестиноскопии	103	0	0	56	8	14	0
Видеокапсульные исследования	42	6	0	0	—	0	—
Прочие*	35 447	7360	1335	13347	6685	5094	153
Общее количество	738 022	409 323	7416	100 954	97 892	105 101	26 184

Примечание. 1 — в подразделениях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, 2 — в условиях дневного стационара, 3 — выполненных под анестезией, 4 — с выполнением биопсии, 5 — выполненных по экстренным показаниям, 6 — с увеличением.

*Диагностические лапароскопии, цистоскопии, ларингоскопии, уретроскопии, гистероскопии и т. д.

ванием является ЭГДС (69%), которая проводилась в 4,5 раза чаще, чем колоноскопия.

Эндоскопические лечебные манипуляции. За 2018 г. из 118 МО в 60 (50,8%) выполнено 89 190 эндоскопических лечебных манипуляций, среди которых 10 413 (11,7%) удалений доброкачественных новообразований, в том числе 490 (4,4%) диссекцией в подслизистом слое, 2858 (3,2%) удалений инородных тел, 926 (1%) баллонных дилатаций, 4720 (5,3%) стентирований, 5740 (6,4%) гемостатических процедур, в том числе 951 (16,6%) с применением клипс. Среди 10 413 операций по удалению доброкачественных новообразований 1666 (16%) манипуляций проведено при ЭГДС, 8080 (77,6%) — при колоноскопии, 43 (0,4%) — при ректосигмоидоскопии, 231 (2,2%) — при бронхоскопии, 2 (0,02%) — при интестиноскопии. Среди 2858 операций по удалению инородных тел 1306 (45,7%) манипуляций проведено при ЭГДС, 59 (2%) — при колоноскопии, 6 (0,2%) — при ректосигмоидоскопии, 250 (8,7%) — при бронхоскопии. Среди 926 баллонных дилатаций 584 (63%) манипу-

ляций проведено при ЭГДС, 68 (7,3%) — при колоноскопии, 5 (0,5%) при ректосигмоидоскопии, 25 (2,7%) — при бронхоскопии. Среди 4720 стентирований 2418 (51,2%) манипуляций проведено при ЭГДС, 316 (6,7%) — при колоноскопии, 48 (1%) — при ректосигмоидоскопии, 522 (11,1%) — при бронхоскопии. Среди 5740 гемостатических манипуляций 5406 (94,2%) манипуляций проведено при ЭГДС, 165 (2,9%) — при колоноскопии, 2 (0,03%) — при ректосигмоидоскопии, 118 (2,1%) — при бронхоскопии, 1 (0,02%) — при интестиноскопии. Таким образом, удаление доброкачественных образований выполняется в большинстве случаев при колоноскопии (77,6%), а удаление инородных тел, баллонные дилатации, стентирования, индоскопический гемостаз проводятся в большинстве случаев при ЭГДС (45,7; 63; 51,2 и 94,2% соответственно; табл. 4).

Заключение

За 2018 г. в медицинских организациях ДЗМ выполнено 827 212 эндоскопических диагностических исследований и лечебных манипуляций, включающих базовые эндоскопические процедуры и применение передовых методик (осмотр с оптическим увеличением, диссекция в подслизистом слое для удаления новообразований, методики механического гемостаза с использованием клипс). Большое количество и разнообразие эндоскопических исследований и манипуляций требует цифровизации системы учета эндоскопических процедур для проведения контроля качества и автоматизации аудита. Большой объем диагностических исследований был проведен в подразделениях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях (61,1% всех диагностических исследований). При этом наиболее часто выполняемым диагностическим исследованием является ЭГДС (69%), однако биопсия слизистой оболочки выполняется только в 10,8% случаев. Среди лечебных манипуляций при ЭГДС самой часто выполняемой процедурой была остановка кровотечения, выполняемая в во всех случаях по экстренным показаниям, при колоноскопии —

Таблица 4

Эндоскопические лечебные манипуляции (в абс. ед.)

Вид манипуляции	Всего	ЭГДС	Колоноскопии	Ректосигмоидоскопии	Бронхоскопии	Интестиноскопии	Прочие*
Всего	89 190	32 834	12 057	333	32 710	8	11 248
Из них:							
в амбулаторных условиях	6955	6238	648	34	7	0	28
в условиях дневного стационара	2118	239	513	2	90	0	1274
выполненных под анестезией	24 245	6522	3622	185	8111	8	5797
Удаление доброкачественных новообразований	10 413	1666	8080	43	231	2	2
Из них:							
диссекцией в подслизистом слое	490	181	230	13	—	0	66
Удаление инородных тел	2858	1306	59	6	250	0	1237
Баллонная дилатация	926	584	68	5	25	0	244
Стентирование	4720	2418	316	48	522	0	1415
Остановка кровотечений	5740	5406	165	2	118	1	48
Из них:							
по экстренным показаниям	5740	5406	165	2	118	1	48
с применением клипс	951	860	84	2	1	0	4

Примечание. *Лечебные лапароскопии, цистоскопии, ларингоскопии, уретроскопии, гистероскопии и т. д.

Реформы здравоохранения

удаление доброкачественных новообразований, при бронхоскопии — стентирование. Анестезиологическое пособие проводилось в 27,2% лечебных манипуляций и только в 13,7% диагностических исследований. Существует потребность в оптимизации эндоскопической службы в подразделениях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, в виде создания крупных амбулаторных центров экспертной эндоскопии, в которых было бы

возможно проведение большого количества исследований с использованием современных методик эндоскопической диагностики и малоинвазивного лечения в условиях адекватного анестезиологического пособия.

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

Поступила 10.12.2019
Принята в печать 23.01.2020.

Образование и кадры

© Коллектив авторов, 2020
УДК 614.2

Гайдаров Г. М., Макаров С. В.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ПРОГРАММНЫХ ДОКУМЕНТОВ СУБЪЕКТОВ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПО КАДРОВОЙ ПОЛИТИКЕ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

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

В настоящее время в кадровом обеспечении отечественного здравоохранения существует ряд проблем, делающих актуальной разработку эффективной кадровой политики. Принятая в 2002 г. Концепция кадровой политики в здравоохранении РФ в 2010 г. утратила силу и не имела замены, однако соответствующие программные документы субъектов РФ, посвященные вопросам кадровой политики в здравоохранении. Сплошным методом изучены данные документы, действовавшие на территории всех субъектов РФ в 2002—2019 гг., и выполнена их сравнительная оценка. Показано, что наиболее информативным документом в данной сфере является только соответствующая специализированная Концепция. Однако данный документ был принят только в 8,2% субъектов РФ, а действующим он является лишь в двух регионах. Концепции развития здравоохранения субъектов РФ, в которых также рассматриваются вопросы кадровой политики, были приняты в 44,7% субъектов РФ, однако действуют в настоящее время только в 15,3% регионов. При этом наличие соответствующего специализированного программного документа является обязательным условием для разработки согласованной и эффективной кадровой политики в здравоохранении на всех его уровнях.

Ключевые слова: программные документы; кадровая политика; медицинские кадры; здравоохранение; субъект РФ; концепция.

Для цитирования: Гайдаров Г. М., Макаров С. В. Сравнительная оценка программных документов субъектов Российской Федерации по кадровой политике в здравоохранении. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2020;28(2):314—319. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2020-28-2-314-319>

Для корреспонденции: Макаров Сергей Викторович, канд. мед. наук, доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения Иркутского государственного медицинского университета, e-mail: orgnursing@gmail.com

Gaydarov G. M., Makarov S. V.

THE COMPARATIVE EVALUATION OF POLICY DOCUMENTS OF THE RUSSIAN FEDERATION CONCERNING PERSONNEL POLICY IN HEALTH CARE

The Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The Irkutsk State Medical University” of Minzdrav of Russia, 664005, Irkutsk, Russia

Nowadays, in Russia number of problems is present in effective personnel policy in health care. The National Concept of personnel policy in health care (2002) expired in 2010 and no new one was developed. However, corresponding program documents were adopted at the level of subjects of the Russian Federation. The purpose of study was to compare evaluation of program documents of subjects of the Russian Federation related to issues of personnel policy in health care. The continuous sampling technique was applied to study these documents, which were valid in the territories of all subjects of the Russian Federation in 2002—2019. The comparative assessment was performed. It is demonstrated that the most informative document in this area is only the corresponding specialized Concept. However, this document was adopted only in 8.2% of the subjects of the Russian Federation, and they were valid only in two subjects. The concepts of health care development in the subjects of the Russian Federation, addressing medical personnel policy were adopted in 44.7% of the subjects of the Russian Federation. However, these legal documents operate only in 15.3% of territories. At the same time, the availability of appropriate specialized program document is a prerequisite of development of coherent and effective medical personnel policy in health care at all its levels.

Keywords: program document; personnel policy; medical personnel; health care; subject of the Russian Federation; concept.

For citation: Gaydarov G. M., Makarov S. V. The comparative evaluation of policy documents of the Russian Federation concerning personnel policy in health care. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2020;28(2):314—319 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2020-28-2-314-319>

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

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support

Received 03.10.2019
Accepted 28.11.2019

Важнейшим видом ресурсов системы здравоохранения являются медицинские кадры. В настоящее время в кадровом обеспечении отечественного здравоохранения отмечается ряд проблем, к которым относятся:

— наличие выраженных диспропорций в структуре врачебных кадров, включая высокую численность «узких» специалистов при недостаточном количестве врачей, участвующих в про-

Образование и кадры

- цессе оказания первичной медико-санитарной помощи;
- излишнее количество врачей, работающих в стационарных подразделениях при их нехватке в амбулаторно-поликлинических учреждениях;
- выраженный недостаток врачебных кадров в сельской местности.

Также имеют место диспропорции между числом специалистов в медицинских организациях, подведомственных органам управления здравоохранением федерального уровня и уровня субъекта РФ, между территориальным и ведомственным здравоохранением. Существует тенденция к возрастанию асимметрии обеспеченности врачами в различных субъектах РФ и муниципальных образованиях. Есть проблемы и в сестринской службе, включая нарушенное соотношение врачей и средних медицинских работников, а также среднего и младшего медицинского персонала. Отстают от развитых стран условия труда медицинских работников и его оплата, что снижает престиж профессии и приток в нее молодежи. Много вопросов приходится решать в сфере подготовки медицинских кадров и их закрепления в отрасли [1, 2].

Все вышеперечисленное делает актуальной разработку эффективной кадровой политики в здравоохранении, которая должна находить отражение в программных документах на уровне РФ в целом и на уровне ее субъектов [3].

В 2002 г. Минздравом России принята Концепция кадровой политики в здравоохранении РФ (далее — Концепция). Определяя основное содержание кадровой политики в отечественном здравоохранении, Концепция являлась основой при разработке нормативных правовых актов (НПА) в данной сфере, ее положения учитывались при формировании стратегических направлений кадровой политики в здравоохранении субъектов РФ.

В 2010 г. Концепция кадровой политики в здравоохранении РФ утратила силу. Наличие в ее структуре плана мероприятий на весьма краткосрочную перспективу (2002—2004) предопределило непродолжительный характер данного важнейшего программного документа.

Несмотря на то что с момента отмены Концепции вопросы кадровой политики в здравоохранении в той или иной степени были отражены в других действующих программных документах (Концепция развития здравоохранения и медицинской науки в РФ, Концепция развития здравоохранения РФ до 2020 г., раздел «Развитие здравоохранения» Концепции долгосрочного социально-экономического развития РФ на период до 2020 г. и др.), специализированного программного документа, посвященного исключительно вопросам кадровой политики в здравоохранении, на федеральном уровне принято не было.

С момента принятия федеральной Концепции на уровне субъектов РФ также разрабатывались про-

граммные документы, содержащие вопросы кадровой политики в здравоохранении. Принятые документы существенно различаются по нормативному обеспечению и срокам действия, а также по содержанию. Их анализ является обязательным этапом в процессе разработки согласованной кадровой политики в здравоохранении на всех уровнях, что обуславливает его актуальность.

Целью исследования стала сравнительная оценка программных документов субъектов РФ, посвященных вопросам кадровой политики в здравоохранении.

Материалы и методы

Объектом исследования стали программные документы субъектов РФ, содержащие вопросы кадровой политики в здравоохранении. Понятие «программный документ» в современной отечественной юриспруденции не имеет четкого определения. Отсутствует и общепринятый подход к вопросу о понятии и видах программных документов, что требует соответствующего уточнения для целей настоящего исследования. Ю. А. Тихомиров, описывая методы государственного регулирования, включает в одну из них «программно-установочные способы», к которым относит целевые программы, тематические планы, концепции, функциональные правила, схемы управления и др. [4]. В целом к формам программных документов в российской практике исследователи законодательства относят доктрины, концепции, программы, планы, стратегии и др., применяемые для определения перспектив развития отдельных сфер деятельности государства и общества [5].

Юридическая природа программных документов также различна. В российском законодательстве к НПА напрямую относятся лишь программы, однако прочие программные документы (доктрины, концепции, планы, стратегии и др.) также соответствуют такому критерию нормативности, как их утверждение в установленном порядке. В частности, концепции и программы утверждаются распоряжениями Правительства РФ и субъектов РФ, НПА федеральных и региональных органов исполнительной власти [6].

В ходе проведения настоящего исследования сплошным методом были изучены программные документы по вопросам кадровой политики в здравоохранении (далее — программный документ), действовавшие на территории всех 85 субъектов РФ с момента принятия Концепции кадровой политики в здравоохранении РФ, за период 2002—2019 гг. В ходе сравнительной оценки изучали наличие, вид, наименование, запланированный и реальный период действия и содержание соответствующих программных документов. С учетом наличия в ряде субъектов Федерации программных документов нескольких видов, а также документов, принятых в разные временные периоды, их общее число составило 130.

Таблица 1

Число действующих и утративших силу программных документов, содержащих вопросы кадровой политики в здравоохранении (2002—2019)

Тип субъекта РФ	Государственная программа развития здравоохранения субъекта РФ		Концепция развития здравоохранения субъекта РФ		Концепция кадровой политики в здравоохранении субъекта РФ		Всего	
	действует	утратил силу	действует	утратил силу	действует	утратил силу	действует	утратил силу
Область	46	—	7	14	—	2	53	16
Республика	22	—	6	8	1	3	29	11
Край	9	—	—	2	1	—	10	2
Автономный округ	4	—	—	—	—	—	4	—
Автономная область	1	—	—	—	—	—	1	—
Город федерального значения	3	—	—	1	—	—	3	1
Итого...	85	—	13	25	2	5	100	30

Результаты исследования

Все программные документы субъектов РФ, содержащие вопросы кадровой политики в здравоохранении, принятые и действовавшие в 2002—2019 гг., можно отнести к одному из трех видов. Во всех без исключения субъектах РФ в настоящее время приняты Государственные программы развития здравоохранения соответствующего субъекта Федерации (ГП), содержащие в своей структуре блок, посвященный кадровым вопросам. Кроме того, на территории 38 регионов (44,7% субъектов РФ) за период исследования были приняты соответствующие Концепции развития здравоохранения (КР). Наконец, в 7 субъектах РФ (8,2% регионов) в течение 2002—2019 гг. были разработаны и утверждены Концепции кадровой политики в здравоохранении, являющиеся наиболее специализированными программными документами субъектов РФ в данной сфере.

Наглядное представление о том, как рассматриваемые программные документы представлены в субъектах РФ различного типа, а также о количестве действующих на момент исследования и утративших силу документов позволяет получить табл. 1.

Анализ данных табл. 1 свидетельствует, что в настоящее время количество ГП развития здравоохранения соответствует числу субъектов РФ, каждый из субъектов Федерации имеет по одной действующей программе. В то же время КР здравоохранения и Концепции кадровой политики, имеющиеся только в части регионов, в большинстве своем к настоящему времени утратили силу.

Распределение рассматриваемых программных документов по субъектам РФ демонстрирует относительно более частое наличие КР здравоохранения и Концепций кадровой политики в здравоохранении в таком типе субъектов РФ, как республика. За период исследования КР действовали в 63,6%, а Концепция кадровой политики — в 18,2% республик РФ, что существенно превышает аналогичные показатели среди областей (45,7 и 4,3% соответственно), краев (22,2 и 11,1% соответственно) и прочих типов субъектов РФ.

В табл. 2 представлен полный перечень субъектов РФ с указанием вида и периода действия принятых

на их территории программных документов, содержащих вопросы кадровой политики в здравоохранении.

Таблица 2

Наличие, виды и период действия программных документов субъектов РФ, содержащих вопросы кадровой политики в здравоохранении

№	Наименование субъекта РФ	Вид документа и период его действия*
Области		
1	Амурская	ГП 2014—2025
2	Архангельская	ГП, КР 2009—2020
3	Астраханская	ГП 2015—2021
4	Белгородская	ГП, КР 2003—2010
5	Брянская	ГП 2019—2024
6	Владимирская	ГП, КР 2003—2010
7	Волгоградская	ГП 2014—2024
8	Вологодская	ГП 2014—2020
9	Воронежская	ГП 2014—2024
10	Ивановская	ГП, КР 2007—2009
11	Иркутская	ГП, КР 2007—2010
12	Калининградская	ГП, КР 2003—2007
13	Калужская	ГП, КР 2013—2020
14	Кемеровская	ГП, КР 2013—2020
15	Кировская	ГП, КР 2012—2020
16	Костромская	ГП, КР 2010—2020
17	Курганская	ГП, КР 2004—2010
18	Курская	ГП 2014—2021
19	Ленинградская	ГП 2013—2020
20	Липецкая	ГП, КР, ККП 2003—2005
21	Магаданская	ГП 2014—2020
22	Московская	ГП, КР 1999—2005
23	Мурманская	ГП 2014—2020
24	Нижегородская	ГП 2014—2024
25	Новгородская	ГП 2019—2025
26	Новосибирская	ГП 2013—2021
27	Омская	ГП 2014—2020
28	Оренбургская	ГП 2019—2024
29	Орловская	ГП 2013—2021
30	Пензенская	ГП, КР 2010—2020
31	Псковская	ГП 2014—2020
32	Ростовская	ГП, КР 2013—2020
33	Рязанская	ГП 2015—2024
34	Самарская	ГП, КР 2001—2005
35	Саратовская	ГП, КР 2007—2009
36	Сахалинская	ГП 2014—2025
37	Свердловская	ГП, КР, ККП 2012—2020
38	Смоленская	ГП 2014—2024
39	Тамбовская	ГП, КР 2002—2005
40	Тверская	ГП 2015—2020
41	Томская	ГП 2013—2022
42	Тульская	ГП 2019—2025
43	Тюменская	ГП 2019—2025
44	Ульяновская	ГП 2014—2021
45	Челябинская	ГП, КР 2014—2020
46	Ярославская	ГП, КР 2007—2015

Образование и кадры

Продолжение

№	Наименование субъекта РФ	Вид документа и период его действия*
Республики		
1	Адыгея	ГП, КР 2006—2010
2	Алтай	ГП, КР 2014—2017
3	Башкортостан	ГП, КР, ККП 2003—2006
4	Бурятия	ГП 2015—2020
5	Дагестан	ГП 2014—2024
6	Ингушетия	ГП 2014—2020
7	Кабардино-Балкарская	ГП, КР 2012—2015
8	Калмыкия	ГП, КР 2013—2020
9	Карачаево-Черкесская	ГП 2019—2024
10	Карелия	ГП, КР 1999—2003
11	Коми	ГП, КР 2012—2020
12	Крым	ГП 2018—2020
13	Марий Эл	ГП 2013—2025
14	Мордовия	ГП, КР 2006—2010
15	Саха (Якутия)	ГП, КР, ККП 2012—2020
16	Северная Осетия-Алания	ГП, КР 1998—2005
17	Татарстан	ГП, КР 2003—2006
18	Тыва	ГП, КР 2013—2030
19	Удмуртская	ГП, ККП 2002—2004
20	Хакасия	ГП, КР 2007—2009
21	Чеченская	ГП, ККП 2007—2010
22	Чувашская	ГП, КР 2018—2030
Края		
1	Алтайский	ГП 2014—2020
2	Забайкальский	ГП 2014—2021
3	Камчатский	ГП 2014—2025
4	Краснодарский	ГП, КР 2002—2005
5	Красноярский	ГП, ККП 2012—2020
6	Пермский	ГП 2014—2020
7	Приморский	ГП, КР 2002—2010
8	Ставропольский	ГП 2019—2024
9	Хабаровский	ГП 2013—2024
Автономные округа		
1	Ненецкий	ГП 2014—2021
2	Ханты-Мансийский	ГП 2019—2030
3	Чукотский	ГП 2016—2024
4	Ямало-Ненецкий	ГП 2014—2021
Автономные области		
1	Еврейская	ГП 2016—2021
Города федерального значения		
1	Москва	ГП 2012—2020
2	Санкт-Петербург	ГП, КР 2004—2010
3	Севастополь	ГП 2017—2020

Примечание. *Период действия указан для наиболее специализированного программного документа: Концепции кадровой политики в здравоохранении, в случае ее отсутствия — Концепции развития здравоохранения, затем — Государственной программы развития здравоохранения.

Все три вида рассматриваемых программных документов (ГП, КР и Концепция кадровой политики в здравоохранении) действовали одновременно на территории лишь 4 субъектов РФ: Липецкой и Свердловской областей, Республики Башкортостан и Республики Саха (Якутия).

Наименования рассматриваемых программных документов являются идентичными у ГП субъектов РФ, в то же время наименования КР имеют существенные различия. Наиболее существенно отличаются от прочих подобных программных документов названия Концепций в следующих субъектах Федерации. В Санкт-Петербурге действовала «Концепция модернизации системы здравоохранения Санкт-Петербурга на 2004—2010 годы», и ее содержание в зна-

чительной степени было ориентировано на решение вопросов модернизации и реструктуризации сети медицинских организаций региона, хотя вопросы кадровой политики в документе также были отражены. В Кировской области в настоящее время действует «Концепция стратегического плана реструктуризации здравоохранения Кировской области на период до 2020 года», акцентированная на вопросах формирования рациональной сети медицинских организаций и относительно мало внимания уделяющая проблемам медицинских кадров.

Принятая в Республике Башкортостан «Концепция развития и реформирования системы здравоохранения и медицинской науки в РБ на 2001—2005 годы и на период до 2010 года и план мероприятий по ее реализации» существенное внимание уделяла вопросам подготовки медицинских кадров и развитию кадрового потенциала региона. «Концепция развития частной системы здравоохранения в Республике Саха (Якутия) на 2017—2020 годы» в соответствии с наименованием сосредоточивает внимание на проблемах развития частного сектора здравоохранения данного субъекта РФ.

Наименования Концепций кадровой политики в здравоохранении, принятых за 2002—2019 гг. на территории 7 субъектов РФ, различаются несущественно. Наиболее расширенное наименование и соответствующее ему содержание имела Концепция, действовавшая в Республике Башкортостан (РБ) в течение 2004—2006 гг., утвержденная приказом Министерства здравоохранения РБ от 10.11.2003 № 752-Д «О состоянии кадровой политики и задачах Минздрава РБ по ее совершенствованию в соответствии с концепцией кадровой политики в здравоохранении РБ».

Сравнительная оценка сроков реализации программных документов продемонстрировала существенные различия запланированных сроков их реализации. Так, 23,5% ГП прекращают действие в 2020 г., 70,6% — с 2021 по 2025 г., 4,7% имеют запланированный срок реализации вплоть до 2026—2030 гг. ГП развития здравоохранения в Республике Чувашия имеет срок действия вплоть до 2035 г. В тех субъектах РФ, где были приняты региональные КР, действующую Концепцию имеют лишь 34,2% регионов, в остальных она уже утратила силу. Концепции кадровой политики в здравоохранении в настоящее время действуют лишь в 2 субъектах РФ из 7, где они были приняты в течение 2002—2019 гг. [Красноярский край и Республика Саха (Якутия)], при этом Концепции имеют одинаковый период действия (с 2012 по 2020 г.) Концепция кадровой политики в здравоохранении Свердловской области, реализация которой была изначально рассчитана до 2020 г., утратила силу досрочно, в 2017 г. В целом лишь 23,7% проанализированных программных документов всех видов, принятых в 2002—2019 гг., являлись действовавшими на момент исследования.

Результаты анализа нормативного правового обеспечения рассмотренных программных документов свидетельствуют о существовании различий между их видами. Все ГП развития здравоохранения субъектов

Сравнительная оценка степени проработки отдельных направлений кадровой политики в соответствующих Концепциях, принятых в субъектах РФ за период 2002—2019 гг. (в баллах)

Наименование субъекта РФ	Направление кадровой политики в здравоохранении									
	ликвидация дефицита кадров и кадрового дисбаланса	профессиональная подготовка	трудоустройство и закрепление в отрасли молодых специалистов	совершенствование управления кадрами	мотивация и материальное стимулирование	правовая и социальная защита	повышение престижа медицинских специальностей	обеспечение карьерного роста	партнерство с профессиональными общественными организациями	всего
Красноярский край*	3	3	2	1	3	1	3	2	2	20
Липецкая область	3	3	2	3	2	3	1	1	1	19
Республика Саха (Якутия)*	2	2	1	1	1	1	1	1	1	11
Республика Башкортостан	3	3	3	2	3	2	2	2	2	22
Свердловская область	3	2	3	3	2	1	1	1	1	17
Удмуртская Республика	3	3	2	2	1	3	1	1	1	17
Чеченская Республика	2	3	1	2	2	2	1	1	1	15
Итого...	19	19	14	14	14	13	10	9	9	121

Примечание. *Субъекты РФ, имеющие действующую Концепцию кадровой политики в здравоохранении.

РФ, имея в целом схожую структуру, также утверждены по единому плану — постановлениями администрации (правительствами) регионов. КР субъектов Федерации утверждены постановлениями их администрации в 76,3% случаев, в 15,8% они утверждены постановлениями и указами глав администрации субъектов РФ, в 7,9% — приказами региональных министерств здравоохранения. Из 7 рассмотренных Концепций кадровой политики в здравоохранении по 3 (42,9%) программных документа утверждены постановлениями администрации субъектов РФ и приказами региональных министерств здравоохранения, 1 (14,3%) — указом главы данного субъекта РФ.

Учитывая, что наиболее специализированным программным документом, посвященным проблемам медицинских кадров и стратегическим направлениям развития кадрового потенциала, является Концепция кадровой политики в здравоохранении, содержание программных документов данного вида нами было проанализировано наиболее подробно. Несмотря на то что в каждой из Концепций кадровой политики в той или иной степени рассмотрены ее основные направления, степень их проработки различна. Нами была предпринята попытка сравнения объема и глубины рассматриваемых в Концепциях вопросов с оценкой их в баллах (от 1 до 3; табл. 3).

Среди направлений кадровой политики в здравоохранении наибольшее отражение в проанализированных документах получили ликвидация дефицита кадров и кадрового дисбаланса и профессиональная подготовка кадров. В концепциях внимание уделяется в равной степени вопросам трудоустройства и закрепления в отрасли молодых специалистов, совершенствованию управления кадрами, их мотивации. Чуть меньшее внимание уделено правовой и социальной защите медицинских работников. Почти во всех программных документах относительно слабо представлены вопросы повышения престижа медицинских работников, обеспечения их карьерного роста, а также партнерства с профессиональными общественными организациями. Результаты прове-

денной оценки демонстрирует наличие наиболее проработанных документов в Республике Башкортостан, Красноярском крае и Липецкой области, причем лишь в Красноярском крае Концепция кадровой политики в здравоохранении является в настоящее время действующей.

Обсуждение

Анализ содержания программных документов, посвященных вопросам кадровой политики в здравоохранении, свидетельствует о наличии существенных преимуществ, предоставляемых фактом наличия в субъекте РФ специализированного программного документа в данной сфере. В Государственных программах развития здравоохранения, принятых на уровне субъектов РФ, вопросы медицинских кадров представлены лишь в виде отдельного блока и не содержат концептуальных положений. Необходимо отметить, что сами термины «программа» и «концепция» применяются для обозначения различных явлений. Согласно Новейшему большому толковому словарю русского языка, «концепция» является системой связанных между собой взглядов на то или иное явление, в то время как «программа» представляет собой содержание и план предстоящей деятельности [7]. В связи с этим гораздо более информативным программным документом, содержащим вопросы кадровой политики в здравоохранении, является КР здравоохранения соответствующего субъекта Федерации. Однако в наибольшей степени вопросы кадровой политики в здравоохранении на уровне конкретного субъекта РФ отражены лишь в специализированном программном документе, которым является Концепция кадровой политики. Вместе с тем данный вид программных документов является самым многочисленным.

В течение 2002—2019 гг. в субъектах РФ происходило постепенное замещение КР и Концепций кадровой политики в здравоохранении на ГП развития здравоохранения, роль которых в качестве документа, содержащего в себе анализ проблем в данной сфере и определяющего стратегические направления ее

Образование и кадры

развития, несоизмеримо меньше. К настоящему времени многие концептуальные программные документы, посвященные вопросам кадровой политики в здравоохранении, в значительной части регионов утратили силу, не получив замены. Важнейшей причиной данного явления является отсутствие соответствующего документа на федеральном уровне.

Заключение

Наиболее информативным и детализированным документом в сфере кадровой политики в здравоохранении, в полной мере удовлетворяющим требованиям сегодняшнего дня, является лишь соответствующая специализированная Концепция. Между тем с момента принятия Концепции кадровой политики в здравоохранении РФ аналогичные программные документы уровня субъекта РФ были приняты только на территории 7 регионов, а действующими являются лишь в двух из них. КР здравоохранения субъектов РФ, в которых также рассматриваются вопросы кадровой политики, были приняты на территории почти половины субъектов РФ, однако в настоящее время действуют только в 13 регионах. Между тем актуальность и важность кадровых проблем в отечественном здравоохранении обуславливают высокую потребность в разработке и утверждении на уровне каждого из субъектов РФ соответствующего специализированного программного документа.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Зудин А. Б. Проблемы кадрового обеспечения как современная тенденция в развитии национальных систем здравоохранения. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2017;25(3):172—4.

2. Щепин В. О. Обеспеченность населения Российской Федерации основным кадровым ресурсом государственной системы здравоохранения. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2013;(6):24—8.
3. Улумбекова Г. Э. Анализ численности, структуры и квалификации медицинских кадров в Российской Федерации и ключевые задачи кадровой политики на период до 2020 г. *Медицинское образование и профессиональное развитие*. 2010;(1):11—24.
4. Тихомиров Ю. А. Социально-правовые исследования в регионах. М.: НИЦ ИНФРА-М; 2016.
5. Ермолаева А. В. Видовой состав нормативно-правовой документации РФ. *История и архивы*. 2011;(2):239—56.
6. Касимов Т. С. Программные документы и перспективы российского государства. *Известия Оренбургского государственного аграрного университета*. 2013;(4):250—3.
7. Новейший большой толковый словарь русского языка. Под ред. С. А. Кузнецова. СПб. — М.: Норинт — Рипол классик; 2008.

Поступила 03.10.2019
Принята в печать 28.11.2019

REFERENCES

1. Zudin A. B. Personnel problems as a modern trend in the development of national health systems. *Problemy sotsialnoy gigieny, zdравookhraneniya i istorii meditsiny*. 2017;25(3):172—4 (in Russian).
2. Shchepin V. O. The provision of population of the Russian Federation with basic personnel resource of public health care system. *Problemy sotsialnoy gigieny, zdравookhraneniya i istorii meditsiny*. 2013;(6):24—8 (in Russian).
3. Ulumbekova G. E. Analysis of the number, structure and qualifications of medical personnel for the period until 2020. *Medicinskoe obrazovanie i professional'noe razvitie*. 2010;(1):11—24 (in Russian).
4. Tikhomirov Yu. A. Social and legal research in the regions [*Sotsial'no-pravovye issledovaniya v regionakh*]. Moscow: SIC INFRA-M; 2016 (in Russian).
5. Ermolaeva A. V. The species composition of the regulatory documentation of the Russian Federation. *Historiya i arkhivy*. 2011;(2):239—56 (in Russian).
6. Kasimov T. S. Program documents and prospects of the Russian state. *Izvestiya Orenburgskogo gosudarstvennogo agrarnogo universiteta*. 2013;(4):250—3 (in Russian).
7. The latest large explanatory dictionary of the Russian language [*Noveishii bol'shoi tolkovyi slovar' russkogo yazyka*]. Kuznetsov S. A. (ed.). St. Petersburg — Moscow: Norint — Riplol classic; 2008 (in Russian).

История медицины

© Шерстнева Е. В., 2020
УДК 614.2

Шерстнева Е. В.

ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОМЫШЛЕННОГО ПРОИЗВОДСТВА ПЕНИЦИЛЛИНА В СССР

ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н. А. Семашко» Минобрнауки России, 105064, г. Москва

На основании анализа рассекреченных материалов Государственного архива РФ освещена история организации промышленного производства пенициллина в СССР во второй половине 1940-х годов. Анализ документов показал, что существовал огромный разрыв между потребностями здравоохранения в антибиотике и реальными объемами его выпуска к концу 1945 г., что ставило вопрос об организации крупномасштабного производства. Советское правительство пыталось решить его наименее затратным способом: за счет использования имевшихся промышленных площадей под создание пенициллинового производства, отказа от покупки готовых пенициллиновых заводов за рубежом, максимального использования ресурсов международных организаций. Проблема овладения передовыми технологиями производства антибиотика, а также создания отечественного оборудования для пенициллиновых заводов в значительной степени решалась усилиями разведки. В силу организационных, технологических, внешнеполитических причин создание новых пенициллиновых заводов затянулось на долгое время, а объемы выработки действовавших предприятий не покрывали потребности здравоохранения в антибиотике.

К л ю ч е в ы е с л о в а : пенициллин; антибиотик; пенициллиновые заводы; Наркомздрав СССР; Минздрав СССР; Совет Министров СССР; Комитет государственного контроля.

Для цитирования: Шерстнева Е. В. Организация промышленного производства пенициллина в СССР. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2020;28(2):320—325. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2020-28-2-320-325>

Для корреспонденции: Шерстнева Елена Владимировна, канд. ист. наук, старший научный сотрудник отдела истории медицины и здравоохранения ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н. А. Семашко» Минобрнауки России, e-mail: lena_scherstneva@mail.ru

Sherstneva E. V.

THE ORGANIZATION OF INDUSTRIAL PRODUCTION OF PENICILLIN IN THE USSR

N. A. Semashko National Research Institute of Public Health, 105064, Moscow, Russia

The article on the basis of analysis of declassified materials of the State Archive of the Russian Federation covers the history of the organization of industrial production of penicillin in the USSR in second half of the 1940s. The analysis of the documents demonstrated that existed huge gap between health needs of the antibiotic and actual quantity of its production by the end of 1945. This raised the question of organizing its large-scale production. The Soviet Government tried to solve the problem in the least expensive way i.e. through using available industrial areas for the development of penicillin production, refusing to buy ready-made penicillin plants abroad, maximal application of resources of international organizations. The problem of mastering advanced technologies of antibiotic production, as well as development of national equipment for penicillin plants was mainly solved through efforts of intelligence service activities. Due to organizational, technological, foreign policy causes, the development of new penicillin plants was delayed for a long time. The amounts of penicillin production by existing enterprises did not cover the needs of health care in the antibiotic.

К е у о р д с : penicillin; antibiotic; penicillin plant; the People's Commissariat of Health Care of the USSR; the Ministry of Health Care of the USSR; the Council of Ministers of the USSR; the Committee of State Control.

For citation: Sherstneva E. V. The organization of industrial production of penicillin in the USSR. *Problemi socialnoi gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2020;28(2):320—325 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2020-28-2-320-325>

For correspondence: Sherstneva E. V., candidate of historical sciences, senior researcher of the Department of History of Medicine and Health Care of the N. A. Semashko National Research Institute of Public Health. e-mail: lena_scherstneva@mail.ru

Conflict of interests. The author declares absence of conflict of interests.

Acknowledgment. The study had no sponsor support.

Received 09.10.2019
Accepted 28.11.2019

В предыдущей публикации [1], логическим продолжением которой является настоящая статья, на основании анализа рассекреченных документов Государственного архива Российской Федерации (ГАРФ) было показано, что в СССР к концу 1945 г. выработка пенициллина предприятиями не достигала объемов промышленного производства и не могла покрыть потребности страны.

Необходимый для нужд здравоохранения объем производства антибиотика обосновал заместитель наркома здравоохранения СССР Н. Н. Приоров в своем секретном донесении заместителю председателя Совета народных комиссаров (СНК) СССР А. И. Микояну от 17 ноября 1945 г. По его оценкам, «Общая годовая потребность в пенициллине выражается в количестве 3200 млрд ок. ед. Из этого коли-

История медицины

чества 550 млрд ок. ед. потребуются для лечения в 1946 г. больных сифилисом и гонореей». Далее он детализировал: «количество больных сифилисом свежими формами порядка 140 тыс. человек, 250 тыс. — острая и хроническая гонорея, 1,5 млн — хирургических больных (1500 млрд ед.), 300 тыс. больных детей (150 млрд ед.), 2,5 тыс. терапевтических больных (500 млрд ед.)»¹. Последовательность перечисления категорий больных в данном документе говорит о приоритетности и масштабах венерической заболеваемости. В июне 1946 г. аналогичная (совершенно секретная) справка была направлена И. В. Сталину и Л. П. Берия².

Доводы руководства здравоохранения должны были служить убедительным аргументом для принятия правительством соответствующих мер по организации промышленного производства пенициллина. Поскольку вопрос о закупке в США двух готовых пенициллиновых заводов, поставленный в марте 1945 г. Г. А. Митеревым, оставался открытым [1], возникло намерение расширить производство на базе предприятий Народного комиссариата мясомолочной промышленности (Наркоммясомолпрома). Согласно представленной в СНК СССР наркомом мясомолочной промышленности Павлом Васильевичем Смирновым справке, к 1 ноября 1945 г. три предприятия его ведомства успели выпустить лишь 582 млн ок. ед. пенициллина, из них 352 млн ок. ед. произвел Московский, 220 млн ок. ед. — Ленинградский и 10 млн ок. ед. — Минский мясокомбинат³. Но это не помешало П. В. Смирнову в письме А. И. Микояну заявить, что «Наркоммясомолпромом накоплен опыт, позволяющий организовать производство пенициллина. <...> Прошу Вашего согласия на организацию в системе Наркоммясомолпрома дополнительно 15 предприятий по производству пенициллина». Правда, условием организации этих предприятий вновь являлся импорт из США оборудования и аппаратуры: два больших перечня на сумму 760 тыс. долларов и 600 тыс. долларов соответственно нарком прилагал к письму⁴. Кроме того, к письму был приложен проект постановления «О расширении производства пенициллина в системе Наркоммясомолпрома СССР». В нем, в частности, предписывалось «выработать на действующих заводах в 1946 году 6,5 млрд ок. ед. пенициллина, в том числе на Московском мясокомбинате — 3 млрд ок. ед., Ленинградском — 3 млрд ок. ед., Минском — 500 млн ок. ед. <...> Приступить в 1946 году к строительству 15 пенициллиновых заводов (при мясокомбинатах.— *Е. Ш.*) общей мощностью 1260 млрд ок. ед.». В проекте, с характерно упрощенным подходом к делу, предлагалось вести строительно-монтажные работы до 1 января 1947 г. без проектов и смет, выдвигалось требование «разрешить Наркоммясомолпрому СССР для размещения заказов и приемки оборудова-

ния командировать в США двух специалистов»⁵.

Фактически уже 27 сентября 1945 г. в Англию П. В. Смирновым был отправлен компетентный специалист, но с совершенно другими намерениями. Министр отрекомендовал его в письме А. Микояну следующим образом: «Тов. Бородин — доктор биологических наук, работник Бакинского мясокомбината, находившийся... в Англии в командировке по изучению производства эндокринных препаратов»⁶. Особенно активной переписка Н. Бородина с П. В. Смирновым стала в марте-апреле 1946 г., спустя полгода после начала «командировки», когда Н. Бородин сумел войти в доверие к Флори и Чейну и начал добывать секретные материалы по пенициллину, отправляя их с дипломатической почтой в СССР [2]. Донесения тов. Н. Бородина направлялись лично П. В. Смирнову, а тот делился их содержанием с А. И. Микояном, Г. А. Митеревым и В. П. Зотовым (министром пищевой промышленности). Однако одно из последних писем было адресовано Н. Бородиным лично А. И. Микояну, и автор аргументировал это тем, что без помощи Анастаса Ивановича, поднявшего в свое время пищевую промышленность в стране в результате ее технологического перевооружения (оснащения американским оборудованием.— *Е. Ш.*), в данном вопросе не обойтись. В письме к А. И. Микояну он признавался, что «командирован в Англию специально для изучения производства пенициллина министром мясной и молочной промышленности СССР тов. Смирновым П. В. Благодаря помощи Торгпредства Союза ССР в Великобритании я смог добыть и послать в СССР целый ряд очень важных неопубликованных материалов по пенициллину, многие материалы готовятся мною к отправке ближайшей почтой, и очень много важных материалов находится в перспективе получения»⁷.

Рамки статьи не позволяют углубляться в содержание этих донесений, однако главное заключалось в том, что Н. Бородин, безусловно, компетентный в данной проблеме специалист, склонял руководство к мысли о необходимости прямого заимствования зарубежного опыта. В одном из писем в апреле 1946 г. он сокрушался: «В отношении производства пенициллинов и понимания их сложной технологии мы отстали на то время, которое затрачено на эту работу английскими и американскими учеными. Если сравнить наш уровень знания технологии пенициллина, состояние научно-исследовательской работы по этому вопросу и состояние производства по аналогии с какой-нибудь другой отраслью бродильной промышленности, то это будет равносильно сравнению кустарной установки для производства спирта с современным спиртовым заводом»⁸. К качестве образца архаичной и низкопроизводительной отечественной техники он приводил созданный в НИИ эпиде-

¹ ГАРФ. Ф. Р5446. Оп. 48а. Ед. 2630. Л. 28—25.

² Там же. Л. 217—212.

³ Там же. Л. 7.

⁴ Там же. Л. 10—12.

⁵ Там же. Л. 11.

⁶ Там же. Л. 100.

⁷ Там же. Л. 145.

⁸ Там же. Л. 103.

миологии и гигиены Красной Армии аппарат для сушки пенициллина, который был поставлен на Микояновском мясокомбинате и занимал площадь 200 м²! Расфасовка препарата также осуществлялась там не менее допотопным способом, в то время как за рубежом давно использовали компактное, высокопроизводительное оборудование, даже на тех немногих предприятиях Англии, где еще применяли поверхностный метод⁹. Н. Бородин возмущенно писал: «...мы в течение 3 лет безуспешно пытаемся решить вопрос обеспечения страны пенициллином с горсточкой специалистов, имея архаичное производственное и научно-исследовательское оборудование и недостаточно используя опыт в этом отношении передовых капиталистических стран Англии и США»¹⁰.

Очевидно, совокупность всех этих обстоятельств сыграла свою роль, так как вскоре, 29 мая 1946 г., последовало Постановление Совмина СССР «Об увеличении производства пенициллина для нужд здравоохранения», в котором, в частности, в пункте 4 предусматривалась покупка в США одного (но не двух, как предлагал нарком здравоохранения Г. А. Митерев [1]) пенициллинового завода мощностью 80 млрд ок. ед. в месяц с оборудованием для лаборатории и исследовательской станции общей стоимостью 2 млн американских долларов и поставка его Министерству пищевой промышленности¹¹. Связано это было с тем, что, по планам, сырьем для завода должны были служить замочные воды кукурузы маисового комбината в Беслане, там же предполагалось построить выпарную станцию по получению кукурузного экстракта для изготовления пищевой промышленности питательной среды, используемой при выращивании грибка. Как писал министр пищевой промышленности В. П. Зотов в письме А. И. Микояну и В. М. Молотову, это должно было существенно «снизить затраты по сырью на 1 млн ед. до 6,20 руб. против 96,07 руб. при существующем способе производства»¹². Одновременно Министерству пищевой промышленности предписывалось организовать еще одно производство пенициллина поблизости — «в помещениях Орджоникидзево-го спиртового завода № 1 в г. Дзауджикау...», а также «на Пивненковском спиртовом заводе Украинской ССР». Начать выпуск антибиотика этим заводам предписывалось «в 6-месячный срок после получения оборудования через ЮНРРА». Кроме того, постановление потребовало организовать производство пенициллина «по американскому методу на базе отечественного оборудования в г. Москве в корпусах завода № 4 бумажного литья». Следовательно, к этому моменту уже имелась необходимая научно-техническая информация. А потому и увеличения числа предприятий в системе Мясокомпрома постановление не предусматривало, а лишь требовало по-

высить выработку антибиотика на имеющихся заводах к концу 1946 г. до 2 млрд ок. ед.¹³. Расширение производства, основанного на использовании мясо-пептонного бульона — самой непродуктивной питательной среды, не применявшейся за рубежом, — было совершенно нецелесообразным.

Решение о закупке в США лишь одного завода говорит о том, что правительство не готово было идти на большие финансовые затраты ради решения проблем здравоохранения. Более того, особые надежды оно возлагало на ЮНРРА¹⁴. Так, постановление обязывало Минвнешторг СССР «принять меры к получению через ЮНРРА и доставке в 1946 году в Украинскую и Белорусскую ССР комплектного оборудования для 2-х пенициллиновых заводов мощностью 16 млрд ок. ед. в месяц каждый», «завезти из Америки в 1946 году 150 млрд оксфордских единиц пенициллина (порошка) в ампулах, поступающие от ЮНРРА и других общественных организаций Америки»¹⁵.

Архивные документы и появившиеся публикации по истории ЮНРРА позволяют утверждать, что помощь эта, хоть и не без трудностей, была оказана. Так, летом 1946 г. в СССР по линии ЮНРРА водным путем из Вашингтона было отправлено 6010 млн ок. ед., из Лондона — 6850 млн ок. ед., из Нью-Йорка — 89,5 млрд ок. ед. пенициллина в составе прочих медицинских грузов¹⁶. Было поставлено оборудование для пенициллинового завода в Минск. Кроме того, советские специалисты с помощью этой организации получили в Канаде подготовку для работы на пенициллиновых предприятиях [3]. Судя по формулировкам постановления, получить помощь от ЮНРРА спешили именно в 1946 г., так как возлагать на эту организацию большие надежды в дальнейшем не приходилось: о политических разногласиях, раздиравших ее после окончания войны, руководство СССР хорошо знало.

Бюрократическая процедура принятия правительственных решений, декларативный подход к делу со стороны правительства и формальный со стороны министерств создавали трудности для решения поставленной задачи. Так, Госплан СССР не мог приступить к решению вопросов, связанных с обеспечением пуска в эксплуатацию строящихся пенициллиновых заводов, в связи с задержкой дачи рядом министерств заключений по данному вопросу. Уже после выхода постановления министр машиностроения и приборостроения СССР спохватился, что «поставка оборудования (автоклавы, холодильники, выварочные котлы и др.) в 1946 году не может быть произведена, потому что... все мощности заводов химического машиностроения полностью загру-

¹³ Там же. Л. 188.

¹⁴ UNRRA — сокращение от английского United Nations Relief and Rehabilitation Administration — Администрация помощи и восстановления Объединенных Наций, международная организация, созданная в 1943 г. для оказания помощи территориям, пострадавшим от нацистского блока.

¹⁵ ГАРФ. Ф. Р5446. Оп. 48а. Ед. 2630. Л. 187—186.

¹⁶ Там же. Л. 114.

⁹ Там же. Л. 139.

¹⁰ Там же. Л. 143.

¹¹ Там же. Л. 187.

¹² Там же. Л. 38—37.

История медицины

жены заказами 1-го Главного управления при Совете Министров СССР, Министерств химической промышленности и нефтяной промышленности, а также цветной металлургии»¹⁷. Своевременную бдительность проявил, пожалуй, только министр химической промышленности М. Первухин, сообщивший, что предусмотренные в проекте задания для предприятий химической промышленности были априори невыполнимы, и они были скорректированы к моменту выхода постановления¹⁸.

В результате организация производства откладывалась на неопределенный срок. Об этом говорит и такой факт: председатель Мосгорисполкома тов. Попов обратился с просьбой возвратить Моссовету завод мозаичных плит, переданный по Постановлению от 29 мая 1946 г. под производство пенициллина, засвидетельствовав, что «за истекшие 6 месяцев после решения Правительства к организации пенициллинового производства приступлено не было». Просьба его была удовлетворена в мае 1947 г. с официальной мотивировкой: завод «был единственным в Москве по производству облицовочных плит»¹⁹. Значит, спустя год работы здесь так и не были начаты.

Объяснить это можно прежде всего тем, что выполнение решений правительства во многом зависело от закупки оборудования за рубежом, а этому стали препятствовать испортившиеся в 1946 г. внешнеполитические отношения, начало «холодной войны». Спустя 2 года основные пункты постановления так и оставались невыполненными, поскольку Министерство внешней торговли не могло разместить заказы в США, пытаясь действовать через подставные английские фирмы, о чем сообщало в секретных телеграммах в Совет Министров СССР.

Немаловажным обстоятельством явилась внезапная организационная перестройка, предпринятая через полмесяца после издания постановления. 14 июня 1946 г. было создано Министерство медицинской промышленности СССР, и пенициллиновые предприятия из Министерства здравоохранения были переданы в ведение его специального управления — Главпенициллинпрома. Такая непоследовательность в действиях правительства создала явную неразбериху. Забегая вперед, отметим, что данный демарш не оправдал надежд и через 2 года медицинская промышленность, включая пенициллиновые заводы, была возвращена Минздраву СССР.

В сложной ситуации с поставками из-за рубежа было решено начать изготовление технологического оборудования собственными силами. 22 августа 1947 г. вышло Постановление Совета Министров СССР № 2977 «Об обеспечении оборудованием пенициллиновых заводов Министерства медицинской промышленности». На тот момент в составе Главпенициллинпрома числились два завода в Москве, по одному в Минске, Риге, Свердловске, решался во-

прос о передаче Киевского химфармзавода Пивненковскому заводу в его ведение. Однако к моменту выхода постановления основная часть предприятий на периферии находилась в состоянии реконструкции, ремонта. Для их технического оснащения четырех заводам химического машиностроения указанным постановлением было поручено изготовить 233 единицы оборудования на общую сумму 9 млн руб. При этом 67 единиц на сумму 1,2 млн руб. требовалось изготовить и поставить уже в IV квартале 1947 г.²⁰.

Но выполнение этих распоряжений вновь оказалось под угрозой срыва. В связи с создавшейся ситуацией Министерство государственного контроля направило на «провинившиеся» предприятия комиссию, которая констатировала, что «Сумской завод им. Фрунзе, заводы „Комсомолец“, „Уралхиммаш“ и „Средазхиммаш“ Главхиммаша, на которые... было возложено изготовление оборудования для пенициллиновых заводов, по состоянию на 22 декабря 1947 г. к выполнению заказов не приступали. Более того, указанные заводы не приняли на себя обязательств по поставке химического оборудования в 1947 г. и самовольно установили новые сроки поставки его в 1948 г.»²¹.

Начальник Главхиммаша Б. Г. Горанин в объяснительной записке изложил причины такой ситуации: «1. Большая загрузка заводов... заказами по особо важным постановлениям Правительства, поставка которых... производится впереди всех других заказов; 2. Большая перегрузка конструкторских отделов заводов в 4 квартале 1947 года, работавших по разработке чертежей вышеназванных заказов; 3. Необходимость переработки чертежей заказчика и проведение материальной подготовки, связанной с получением остродефицитных нержавеющей материалов». Следовательно, согласно сложившейся практике, нужды здравоохранения не являлись приоритетными, причем до такой степени, что руководство заводов могло проигнорировать постановление Совета министров! С другой стороны, декларативный подход правительства к делу, исключавший взвешенную оценку возможностей предприятий, приводил к тому, что сроки выполнения задания были чрезвычайно сжатыми и нереалистичными. Директора заводов оправдывались: «Переработка большого объема рабочих чертежей, разработка технологического процесса, материальная подготовка и изготовление оборудования в течение одного квартала почти невозможны»²².

Более того, ситуация с поступившей на заводы технической документацией на оборудование была просто комична. Так, заводом «Уралхиммаш» «на вакуум-фильтр был получен не рабочий проект, а схематичный чертеж общего вида фирмы Берц-Юнг без необходимых размеров, узлов и сечений, по которым изготовление вакуум-фильтров невозможно.

¹⁷ Там же. Л. 226.

¹⁸ Там же. Л. 101.

¹⁹ Там же. Л. 231.

²⁰ ГАРФ. Ф. 8300. Оп. 16. Ед. 316. Л. 7.

²¹ Там же. Л. 1.

²² Там же. Л. 16—17 с об.

Полученные чертежи на ферментатор имели конструктивные недоработки и неувязки в размерах... завод требовал от Главпенициллинпрома приезда компетентного специалиста для уточнения технических данных по вакуум-фильтру и ферментатору». Он приехал и «разрешил технические данные, но материал прокладок разрешить не мог. По этому вопросу завод послал... телеграммы Союзметпромпроекту... но своевременно ответа не получил. <...> Технические условия на ферментатор завод вовсе не получил», а в документах на вакуум-фильтр «было неясно сказано, из какой стали должны быть изготовлены детали, соприкасающиеся с фильтром»²³. Создается впечатление, что чертежи и схемы, о которых шла речь, были добыты нелегальным путем (с помощью срисовывания или фотографирования), а министерские специалисты не в состоянии были в них разобраться, переложив эту задачу на заводских инженеров.

В объяснительной записке начальника Химмашснаба указывалось и на отсутствие нержавеющей стали необходимого качества, из которой должно быть изготовлено оборудование. Поскольку в процессе изготовления оборудования были задействованы предприятия разных министерств (химической, металлургической, авиационной промышленности, тяжелого машиностроения), то пробуксовки с размещением и выполнением заказов, например на ту же листовую нержавеющую сталь, штамповку днищ аппаратуры для пенициллиновых заводов, срывали сроки выполнения государственного задания. Сыграла негативную роль даже нелепая традиция присваивать заводам имена одних и тех же революционных деятелей, о чем было сказано в отчете комиссии: «По вине начальника экспедиции Министерства Машиностроения и Приборостроения тов. Микушиной приказ № 322 был 13 сентября направлен вместо Сумского завода Шуйскому заводу им. Фрунзе. Сумской завод им. Фрунзе о наличии приказа и о том, что он должен изготавливать химоборудование для пенициллиновых заводов, узнал только 3 октября 1947 года от приехавшего представителя Главпенициллинпрома»²⁴. В результате сроки пуска пенициллиновых заводов в эксплуатацию срывались: например, запланированный на 1 января 1948 г. пуск завода в Свердловске не состоялся, произошло это лишь в 1949 г.

После возвращения в 1948 г. предприятий Минмедпрома в ведение Минздрава СССР решение проблемы пенициллинового производства было связано с именем уже нового министра здравоохранения — Ефима Ивановича Смирнова. Бывший начальник Главного военно-медицинского управления Вооруженных Сил СССР, он энергично, по-военному, взялся за дело. 14 апреля 1948 г. он направил секретарю ЦК ВКП(б) А. А. Жданову секретное письмо, в котором выдвигал следующий план: «Американские и английские фирмы предлагают оборудова-

ние пенициллиновых заводов с устаревшей технологией, но по чрезвычайно высоким ценам и со сроками поставки не менее 2-х лет. Учитывая, что отечественная пенициллиновая промышленность приобрела опыт в проектировании, строительстве и эксплуатации пенициллиновых заводов и что до сих пор не удается разместить заказы, Министерство считает целесообразным: отказаться от закупки комплектного пенициллинового завода за границей, использовать часть ассигнований на закупку отдельных видов специального технологического оборудования для строящихся пенициллиновых заводов, а также на закупку оборудования и приборов для научно-исследовательской станции на сумму 850 тыс. долл. согласно ведомости»²⁵. Это предложение, вопреки обыкновению, было рассмотрено в рекордно короткие сроки. Список необходимого оборудования был направлен во Внешторг. 13 мая 1948 г. заместитель министра внешней торговли М. Меньшиков сообщал о возможности покупки комплекта оборудования у одной из английских фирм. Но, что еще более важно, в письме говорилось о возможности «получить от английских профессоров Чейна и Филбота, под руководством которых, в частности, был спроектирован и пущен пенициллиновый завод в Швеции, полную техдокументацию по технологии современного производства кристаллического пенициллина без применения дорогостоящего оборудования для низкотемпературной сушки, а также материалов по массовому производству стрептомицина, общей стоимостью около 40 тыс. фунтов». При этом М. Меньшиков напоминал, что «если такая документация представляет интерес, то приобретение ее должно быть также предусмотрено проектом Распоряжения Совета Министров СССР. При этом... Постановление Совета Министров № 1134—466с от 29 мая 1946 г. будет считаться исчерпанным новым Распоряжением Совмина СССР»²⁶.

Распоряжение за № 10317рс, корректировавшее прежнее постановление, вышло 28 июля 1948 г. Оно гласило: «Во изменение пункта 4 Постановления Совета Министров от 29 мая 1946 г. № 1134—466с обязать Министерство внешней торговли закупить в Англии и поставить в 1949—1950 гг. Минздраву СССР для пенициллиновых заводов на 850 тыс. американских долларов технологического и лабораторного оборудования согласно Приложению. Председатель Совета Министров СССР И. Сталин»²⁷. Ни слова о покупке техдокументации у английских ученых в данном распоряжении сказано не было. Видимо, в результате разведывательной деятельности Н. Бородина, а возможно, и его сподвижников, в этом пропала всякая необходимость. В пользу этой версии говорит, в частности, наличие рисунков и схем зарубежного оборудования в распоряжении Главпенициллинпрома. Полученные секретные све-

²³ ГАРФ. Ф. 8300. Оп. 16. Ед. 316. Л. 33—31.

²⁴ Там же. Л. 19—35.

²⁵ ГАРФ. Ф. Р5446. Оп. 50а. Ед. 4613. Л. 9+0б.

²⁶ Там же. Л. 5.

²⁷ Там же. Л. 15.

История медицины

дения, несомненно, были использованы советскими учеными и инженерами.

В условиях затянувшегося создания новых пенициллиновых заводов был сделан упор на расширение производства на старых предприятиях. Согласно данным Комитета госконтроля, за 11 мес 1949 г. только один московский завод (№ 40) отгрузил 66 040 250 000 ок. ед. антибиотика²⁸, что превышало выработку всех действовавших в 1945 г. предприятий. Однако, несмотря на кажущийся значительный прогресс, в реальности и эти объемы производства оставались недостаточными и не позволяли удовлетворить потребность здравоохранения в препарате.

Исследование не имело спонсорской поддержки.

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Шерстнева Е. В. Проблемы начального этапа массового выпуска пенициллина в СССР. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2020;28(1):152—7.
2. Шерстнева Е. В. История создания «советского пенициллина»: вымысел и факты. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2019;27(4):507—12.
3. Соколов В. В. ЮНРРА и Советский Союз. 1943—1948 годы (по новым архивным материалам). *Новая и новейшая история*. 2011;(6):32.

Поступила 09.10.2019
Принята в печать 28.11.2019

REFERENCES

1. Sherstneva E. V. Problems of the initial stage of mass production of penicillin in the USSR. *Problems of social hygiene, health care and history of medicine. Problemy socialnoji gigieny, zdravooohraneniya i istorii mediciny*. 2020;28(1):152—7 (in Russian).
2. Sherstneva E. V. History of the «Soviet penicillin»: fiction and facts. *Problems of social hygiene, health care and history of medicine. Problemy socialnoj gigieny, zdravooohraneniya I istorii mediciny* 2019; 27(4):507—12 (in Russian).
3. Sokolov V. V. UNRRA and the Soviet Union. 1943—1948 (based on new archival materials). *Novaya i novejschaya istoriya*. 2011;(6):24—33 (in Russian).

²⁸ ГАРФ. Ф. 8300. Оп. 25. Ед. 118. Л. 18.

© Яковенко В. А., 2020
УДК 614.2

Яковенко В. А.

ФИНАНСЫ И СТАТИСТИКА В МАТЕРИАЛАХ КОМИССИИ Г. Е. РЕЙНА

НИУ «Высшая школа экономики», 101000, г. Москва

Изучены финансовые и статистические аспекты материалов Межведомственной комиссии по пересмотру врачебно-санитарного законодательства (комиссии Г. Е. Рейна). Дан краткий анализ механизмов работы комиссии, ее состава и структуры, указана специфика оставшихся после нее материалов. Автор выявляет источники информации, на основе которых выполнялись статистические расчеты комиссии, а также кратко останавливается на самих подсчетах. Отдельное внимание уделено методам вычисления финансовых убытков от болезней в Российской империи. Изучены законопроекты о государственной врачебно-санитарной статистике и о финансовых основаниях новой системы здравоохранения, а также их восприятие участниками Пироговского общества. На основе полученных комиссией данных планировались оптимизация и централизация здравоохранения, подчинение санитарной статистики государству. Однако подразумевалась финансовая помощь местному самоуправлению на санитарные нужды. Врачи из Пироговского общества критически относились к большинству идей комиссии, но в вопросах финансирования они были солидарны с основными предложениями ее членов и даже шли чуть дальше.

Ключевые слова: Межведомственная комиссия по пересмотру врачебно-санитарного законодательства; земская медицина; Г. Е. Рейн; финансы в здравоохранении; санитарная статистика.

Для цитирования: Яковенко В. А. Финансы и статистика в материалах комиссии Г. Е. Рейна. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2020;28(2):326—331. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2020-28-2-326-331>

Для корреспонденции: Яковенко Владислав Алексеевич, аспирант Школы исторических наук, стажер-исследователь НИУ «Высшая школа экономики», e-mail: v0395@yandex.ru

Yakovenko V. A.

THE FINANCES AND STATISTICS IN MATERIALS OF THE G. E. RHEIN COMMISSION

The National Research University "The Higher School of Economics", 101000, Moscow, Russia

The article analyses financial and statistical aspects of materials from the Interdepartmental Commission for the Revision of Medical Legislation (the G. E. Rhein Commission). The brief analysis of structure, composition and mechanisms of functioning of the Commission is presented. The specificity of the Commission materials is discussed. The information sources are established which were used as background for statistical calculations of the Commission. The calculations themselves are briefly discussed. The particular attention is paid to methods of calculating financial losses in the Russian Empire due to diseases. The study focuses on state health statistics projects and on the financial foundations of the new health care system as well as on their perception by the participants of the Pirogov Society. The data obtained by the Commission was used for devising plans for optimization and centralization of health care, according to which sanitary statistics were to be subordinated to the state. However, financial support to local self-government bodies for sanitary needs was mentioned. Although the physicians from the Pirogov Society had critical attitude to most ideas of the Commission, in the matter of financing they were not only agreed upon with main proposals of the Commission but were also ready to go even further.

Keywords: Interdepartmental Commission for the Revision of Medical Legislation; Zemstvo medicine; G. E. Rhein; finance in healthcare; sanitary statistics.

For citation: The finances and statistics in materials of the G. E. Rhein Commission. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2020;28(2):326—331 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2020-28-2-326-331>

For correspondence: Yakovenko V. A., the post-graduate student of the School of Historical Sciences, trainee researcher of the National Research University "The Higher School of Economics". e-mail: v0395@yandex.ru

Conflict of interests. The author declares absence of conflict of interests.

Acknowledgment. The study had no sponsor support.

Received 29.08.2019

Accepted 28.11.2019

Начало XX в. для России стало временем потрясений и преобразований, что отразилось и на здравоохранении. В связи с прокатившейся по стране волной эпидемий, а также высоким числом заболевших и умерших подданных перед властями и медицинским сообществом встал вопрос о реорганизации врачебно-санитарного дела. Над этим работали специально организованные для этого комиссии [1, с. 54]. Одной из них была Межведомственная комиссия по пересмотру врачебно-санитарного законодательства, которую традиционно именуют по ее председателю комиссией Г. Е. Рейна. Ее создание среди специалистов по медицинской истории при-

нято считать одним из ключевых событий в истории российской медицины [1; 2, с. 112—13]. В ходе работы этого органа, созданного в 1912 г., было разработано множество законопроектов, часть из которых впоследствии претворилась в жизнь. Одним из важнейших итогов ее работы было создание Главного управления государственного здравоохранения Российской империи во главе с Г. Е. Рейном в 1916 г. Исследователи считают это ведомство первым министерством здравоохранения в России [1, с. 56].

Поскольку финансовая и статистическая части материалов комиссии Рейна специально не изуча-

История медицины

лись, в статье предпринята попытка изучить эти фрагменты ее работы.

Структура комиссии, ее состав и механизмы работы

Комиссия состояла из пяти подкомиссий: санитарной, подкомиссии по врачебной помощи, подкомиссии по подготовке врачебно-санитарного персонала, юридической, организационно-финансовой. Подкомиссии проводили отдельные заседания, на которых происходили разработка законопроектов и написание справок. Затем материалы обсуждались на общих сессиях, где производилась редакция выработанных документов, а также составлялись мнения отдельных специалистов о проектах. После этого проводились голосования по вопросам принятия того или иного проекта. За весь период работы комиссии было проведено одно организационное заседание и пять сессий [3, с. 170—5].

Число членов комиссии изначально составляло около 30 человек, однако с каждым заседанием оно увеличивалось, и к моменту четвертой сессии их насчитывалось примерно 130. Это были чиновники, служащие Государственной думы, городских дум, земств и врачи. Представители самоуправления и общественности достаточно скоро составили приблизительно половину заседателей [3, с. 175—9].

Материалы финансового и статистического характера породили подкомиссия по врачебной помощи, а также санитарная и организационно-финансовая подкомиссии.

Специфика материалов комиссии Г. Е. Рейна

Труды комиссии Рейна представляют собой сборники делопроизводственных материалов, включающие достаточно разнородные тексты: законопроекты, мнения специалистов о них, статистические таблицы, протоколы заседаний, исторические справки, записки. Эти разнообразные тексты, помимо тематического принципа, объединяет тот факт, что все они не предназначались для публикации. Поэтому те тома, которыми к текущему моменту пользуются исследователи, представляют собой сборники документов, существующие на правах рукописей. Их материалы распределены по сессиям, но не имеют общей пагинации внутри каждого тома. Далеко не в каждом документе можно обнаружить сноски или указания на источники данных. В настоящий момент эти материалы доступны в Центральной научной медицинской библиотеке (ЦНМБ) Московского государственного медицинского университета им. И. М. Сеченова.

Источники информации

Подготовка столь крупных преобразований предполагала сбор большого числа данных. С одной стороны, нужно было аккумулировать и обработать информацию для внутреннего пользования комиссии, с другой — она помогала обосновать саму необходимость реформ.

Численные показатели, которыми оперировали члены комиссии, можно поделить на те, что она получала из уже опубликованных данных, и те, что создавала сама комиссия. К сожалению, далеко не всегда удается выяснить, откуда взяты те или иные данные, но можно точно утверждать, что источниками для первой группы численных показателей были:

- материалы отчетов различных ведомств [Медицинский департамент (1887, 1897), Управление главного врачебного инспектора (1907, 1908, 1910), Военное ведомство, Морское ведомство, Пограничная стража] и расходные сметы населенных пунктов, предоставленные Главным управлением по делам местного хозяйства (1910, 1911, 1912);
- данные отечественных статистических ежегодников (1911, 1912) и другие опубликованные ведомствами издания (Список больниц гражданского ведомства в Российской империи. СПб., 1907; Города России в 1904 году. СПб., 1906; Призрение душевнобольных в России. Цифровые сведения за 1911 год. СПб., 1913);
- иностранная статистика;
- опубликованные работы отдельных авторов (В. Я. Джунковский, Г. Г. Скориченко, Н. Н. Баженов, П. П. Кашенко, С. С. Головин, А. И. Шингарев, Г. Е. Рейн, Н. Я. Новомбергский, М. Я. Капустин, И. В. Поляк).

На основе этих источников сотрудники комиссии создавали объяснительные записки и законопроекты. В этих текстах содержится множество чисел. К ним также нередко прилагаются сводные таблицы по интересовавшим заседателей данным.

Но далеко не все нужные сведения уже были кем-то высчитаны, иногда приходилось проводить собственные исчисления с нуля. Тогда информация для них запрашивалась. Так, в начале 1913 г. в органы местного самоуправления были разосланы пространственные вопросные листы. В них требовалось занести количество медицинского персонала, больниц и оборудования, а также затраты на медико-санитарную помощь населению. К лету того же года листы, хотя и не все, вернулись в Петербург. На их основе сотрудники комиссии Рейна производили корректировку имевшихся у них данных. Впрочем, судя по всему, радикальных изменений полученная информация не принесла [4].

Статистические показатели и подсчеты комиссии Рейна

Основным экономическим показателем, бытующим в историографии комиссии Рейна, являются данные о денежном ущербе от болезней в Российской империи. Он составлял, по приблизительным подсчетам, около 1,5 млрд руб. ежегодно. Это число служило мощным аргументом в пользу необходимости реформирования здравоохранения, но никто не указывает, как именно оно было получено. К тому же этот показатель был далеко не единственным.

Во-первых, приводились данные о численности медицинского персонала. Во-вторых, выясняли чис-

ло аптек и больниц. В-третьих, считали заболеваемость и смертность. В-четвертых, указывались затраты на здравоохранение. Такая важная информация, как радиус врачебного участка, приводилась лишь вскользь и отдельно не рассматривалась в силу огромной разницы в величине участка: в зависимости от региона она колебалась от 7 до 94 верст. Почти все данные приводились не только в общем виде, но и с распределением по регионам, а также по источнику финансирования (различные ведомства и общественные организации). По количеству лечебных учреждений лидировали организации местного самоуправления, на долю которых, по подсчетам комиссии, приходилось 55% всех гражданских больничных мест Российской империи [5].

Так как сложившееся положение вещей в здравоохранении члены комиссии считали неудовлетворительным, они высказывали свои предложения по его изменению в виде цифр. Эти данные, как правило, не учитывали Финляндию, из некоторых данных также исключались Сибирь и Средняя Азия.

Важнейшим показателем был размер врачебного участка. От него напрямую зависела доступность врачебной помощи для россиян, а также затраты на нее. Этот размер был рассчитан лишь для европейской России с включением в нее Кавказа, но без Финляндии. Реформаторы считали, что идеальным с точки зрения помощи населению для сельской местности был бы участок радиусом не более 5 верст. При этом указывалось, что в некоторых уездах участки уже доведены до радиуса 7 верст. Тем не менее это оказалось труднодостижимым идеалом. Во-первых, условия регионов империи слишком различались для такой унификации. Во-вторых, это было слишком дорого с финансовой точки зрения. Поэтому в качестве нормы был принят радиус не более 10 верст [5–6].

Количество сельских участков при таком размере каждого из них должно было составить 11,8 тыс. Подобные подсчеты для городов были значительно проще: декларировалось необходимое число почти в 2,6 тыс. городских врачебных участков. Здесь вновь учитывалась лишь европейская часть страны без Финляндии, но с учетом Кавказа [5].

Относительно гражданского медицинского персонала Рейн и коллеги считали необходимым для всей Российской империи уже с учетом Финляндии число примерно в 26 тыс. врачей, 65,7 тыс. фельдшерско-акушерского персонала и 6,4 тыс. дантистов. Данные несколько раз уточнялись, но оставались примерно одного порядка [6].

Показатель экономического ущерба от болезней был приблизительно высчитан самим Г. Е. Рейном еще до создания комиссии в 1911 г., а методы подсчета были им описаны. Академик Рейн мыслил в русле работы «Опыт исследования о развитии человеческих способностей» бельгийского статистика и социолога А. Кетле. Суть задействованных Рейном рассуждений Кетле сводится к тому, что общество тратит деньги на обучение и воспитание каждого отдельного человека. Следовательно, преждевремен-

ная смерть любого члена общества приносит социуму убытки [7].

Опираясь на материалы Центрального статистического комитета о числе умерших от болезни детей в возрасте до 10 лет, среднюю стоимость воспитания детей в Московском воспитательном доме (45 руб. на человека в год), а также на утверждение известного гигиениста М. Я. Капустина, что $\frac{9}{10}$ всех летальных исходов составляют смерти от излечимых болезней, Рейн посчитал, что почившие от недугов в 1910 г. дети принесли ущерб в 89,6 млн руб. [7].

Далее Г. Е. Рейн использовал результаты исследования другого известного гигиениста — доктора медицины и сотрудника комиссии И. В. Поляка — относительно убытков от болезней в Царстве Польском. Он утверждал, что смертность в Царстве Польском по официальной статистике составляет 26 человек в год на каждую тысячу населения. На основе опыта он предлагал считать, что на 30 случаев болезни приходится один летальный исход, в то время как средняя продолжительность болезни равна 20 дням. По произведенным им подсчетам выходило, что 22% ежегодно умирающих от болезни людей самостоятельно зарабатывают на жизнь при «средней стоимости человека» в 1,5 тыс. руб. Поляк считал среднюю суточную зарплату и стоимость ежедневного лечения одной персоны равными 30 коп., стоимость похорон и содержания могилы равной 5 руб. В итоге ущерб в одном Царстве Польском оказывался равен почти 144,2 млн руб. ежегодно [7].

Опираясь на работы Кетле и Поляка, Рейн полагал, что убыток от болезней в Российской империи составлял около 1,5 млрд руб., и утверждал, что государство после преобразования здравоохранения могло бы сэкономить более 500 млн руб. [7] Позднее его предположения подтвердились. Проведя подсчеты по той же схеме, комиссия выяснила, что потенциальная экономия составляет 651,2 млн руб., которые вернутся в казну, и почти 1,4 млн спасенных человеческих жизней [3, с. 265].

Проект государственной врачебно-санитарной статистики

В финансово-статистическом отношении комиссия работала еще в одном направлении: был создан проект государственной врачебно-санитарной статистики.

По нему медицинская статистика переходила в поле совместной ответственности Центрального врачебно-санитарного управления (ЦВСУ) и органов местного самоуправления. При этом сбор, проверка, сведение и обработка данных возлагались на санитарные бюро местных управ, которые затем передавали бы готовые цифры губернским врачебно-санитарным управлениям (ГВСУ) [8].

Необходимые данные в санитарные бюро должны были передавать местные статистические комитеты, духовенство, все лечебные заведения и учреждения, связанные с медициной и фармацевцией (аптеки, университеты, лаборатории и т. д.), а также отдельные врачи вне зависимости от их статуса. В дополнение к

История медицины

этому весь младший и старший медицинский персонал обязан был каждый год в ноябре передавать в ГВСУ регистрационные карточки. ГВСУ должны были проверять эти данные, унифицировать их, сопоставлять, перепроверять и обобщать. Готовые цифры предполагалось передавать ЦВСУ [8].

В компетенции самого ЦВСУ входили определение объема, номенклатур и форм статистических данных, аккумуляция получаемой из регионов информации, ее вторичная перепроверка, сведение, обработка и издание в виде ежегодных отчетов и списков. В дополнение к утвержденной центральной властью статистической отчетности местным самоуправлением для земских и городских врачей могли устанавливаться дополнительные ее виды. Все учреждения, печатавшие статистические издания по врачебно-санитарным вопросам, должны были в течение трех месяцев после публикации предоставить их в ЦВСУ в двух экземплярах. За нарушение одной из статистических процедур полагался штраф вплоть до 100 руб. [8].

Финансовые основания новой системы здравоохранения

Рейн и поддерживавшие его коллеги задумывали весьма масштабные изменения, коренным образом менявшие структуру санитарно-медицинского дела страны. Поэтому они озаботились тем, за чей счет будут работать новые и старые структуры.

ЦВСУ и ГВСУ, которые должны были сетью покрыть всю империю, предполагалось обеспечивать за казенный счет наряду с судебными структурами и учреждениями, охранявшими границы империи в санитарно-эпидемическом отношении. Все остальные расходы на содержание врачебно-санитарных организаций планировалось возложить на земства, думы и заменяющие их в неземских частях страны учреждения [9].

Эта схема имела нюансы. Разработчики реформы осознавали, что финансовое положение местного самоуправления сильно разнилось в зависимости от региона и зачастую оставляло желать лучшего. Поэтому рассматривалась возможность введения особого сбора на врачебно-санитарные нужды и упрощенных займов для органов местного самоуправления [9].

Последнему также должно было помогать государство. Причиной этого могла быть нехватка местных средств или осуществление санитарно-медицинских мероприятий общегосударственного значения. Для этого ЦВСУ должно было ежегодно получать из казны определенную сумму на случай экстренной помощи регионам, а также иметь право требовать у земств и дум сметы с указанием необходимых для организации здравоохранения средств [9].

Важны были и финансовые отношения между медицинскими работниками и больными. Чуть выше упоминалась возможность введения сбора на врачебно-санитарные нужды. Хотя прямо это не заявлялось, судя по всему, данная мера могла быть направлена скорее на городское население, тем более что

как раз у органов городского самоуправления был опыт ведения хозяйства с учетом подобного сбора [10, с. 57—8].

В материалах комиссии декларировался принципиальный отказ от прямой платы за лечение, по крайней мере в сельской местности. В этом смысле заседатели опирались на опыт земской медицины, оказывавшей к тому моменту бесплатную помощь [11, с. 315—18]. В контексте планировавшейся реформы бесплатный характер лечения диктовался двумя факторами: моральным и экономическим. С одной стороны, налог на медицинскую помощь считали «налогом на несчастье». С другой — попытки введения такого налога заканчивались падением посещаемости величиной около 30%. Члены комиссии полагали, что платный характер услуги провоцировал население откладывать посещение доктора. В итоге затраты на лечение лишь увеличивались, а в случае с заразными болезнями они росли многократно [9].

Земские врачи и проекты комиссии Рейна

Хотя состав комиссии включал в себя заметное число представителей общественности и различных организаций, земские врачи были задействованы в ней весьма скудно и эпизодически. Но и остаться в стороне от масштабной работы по подготовке кардинальной реформы российского здравоохранения они не могли. Площадкой для обсуждения этого вопроса стал Двенадцатый съезд Пироговского общества, состоявшийся в конце весны — начале лета 1913 г.

В секции общественной медицины было прочитано три доклада о роли государства и органов самоуправления в здравоохранении. С размышлениями выступили воронежский врач и председатель съезда, видный либерал, специалист в области общественного хозяйства и член государственной думы А. И. Шингарев, доктор из Екатеринослава А. Л. Смидович, харьковский врач, историк медицины и специалист по санитарной статистике С. Н. Игумнов [12, с. 232].

В заключении съезда по поводу проектов комиссии Рейна видно единогласное осуждение централизации и вмешательства государственных органов в работу местного самоуправления [12, с. 38—9]. Но по материалам докладов и дискуссии в секции общественной медицины съезда можно выделить несколько реакций земских докторов на финансовые и статистические идеи реформаторов.

В вопросах статистики А. И. Шингарев предлагал государству взять на себя общеимперские задачи: перепись населения и учет движения заболеваемости. Местные статистические разработки он считал нужным целиком оставить за местным самоуправлением. С ним солидаризировался С. Н. Игумнов, дополнительно уточнявший, что санитарную статистику надо оставить в ведении губернских, а не уездных земств [12, с. 151, 392].

Что касается финансов, то участники съезда были согласны, что местное самоуправление страдает от

нехватки средств на медицинские нужды. А. И. Шингарев предлагал в качестве возможного решения целый ряд мер: доленое участие государства в местных расходах, увеличение размеров или числа местных пошлин, развитие и удешевление муниципального кредита. При этом использование получаемых такими путями на здравоохранение средств он оставлял целиком в руках самоуправления. С. Н. Игумнов солидаризировался со вторым и третьим пунктами предложения А. И. Шингарева, причем он также предлагал губернским земствам осуществлять субсидирование и кредитование земств уездных. А. Л. Смилович в этом контексте ограничивался достаточно абстрактным замечанием о необходимости расширения финансовой компетенции органов местного самоуправления. Это, вероятно, соответствовало второму предложению А. И. Шингарева [12, с. 151—2, 391—2].

В ходе дискуссии обнаружилось еще несколько мнений. Врач-инфекционист Д. Я. Дорф, придерживавшийся социалистических взглядов, предлагал опасаться финансовой помощи государства в целом. Астраханский врач И. С. Вегер и С. Н. Игумнов выступили против долевого участия государства в расходах земств на здравоохранение, поскольку власть в таком случае сможет требовать участия в распределении средств [12, с. 236—9].

Меньше всего врачи высказывались о предлагавшемся числе и размерах врачебных участков. Сообщения на этот счет озвучил лишь Д. Я. Дорф, отметивший, что такие нормы «едва ли мыслимы даже в не очень близком будущем для большинства губерний» [12, с. 237].

Заключение

В финансовом и статистическом отношении Междуведомственной комиссией по пересмотру врачебно-санитарного законодательства была проделана большая работа. Труд комиссии позволил аккумулировать огромные массивы данных, с которыми впоследствии работало руководство Наркомздрава [1, с. 57].

Предполагавшаяся организация врачебно-санитарной помощи в численном отношении носила скорее характер оптимизации, нежели расширения. Число гражданских врачей должно было увеличиться не радикально, а число дантистов даже уменьшиться. А вот размер врачебных участков и их количество должны были измениться коренным образом.

Было также разработано два проекта: о государственной врачебно-санитарной статистике и о финансовых основаниях предполагавшейся системы здравоохранения. Медицинская статистика продолжала возлагаться на местное самоуправление, но уже по установленным из центра формам и с проверкой получаемых данных в ГВСУ. Здесь видно стремление к унификации и централизации здравоохранения, характерное для всех проектов комиссии Г. Е. Рейна. В финансовом отношении централизация должна была нести нуждавшимся регионам заметную финансовую поддержку со стороны государства в фор-

ме займов, дополнительных налогов в пользу самоуправления и безвозмездной денежной помощи от государства. К тому же реформаторы планировали сохранить основополагающий принцип земской медицины — ее бесплатный характер.

Скепсис земских врачей в отношении предполагаемой реформы врачебных участков сочетался с желанием докторов самим и по своим правилам вести санитарную статистику. Представители земской медицины согласились с необходимостью создать центральный орган государственной врачебно-санитарной статистики лишь при Временном правительстве [2, с. 113]. Интересно, что, несмотря на критический настрой по отношению к основным положениям проектов Рейна, представители земской медицинской общественности были солидарны с ключевыми предложениями реформаторов относительно финансирования санитарных нужд местного самоуправления. При этом А. И. Шингарев в данном направлении шел даже чуть дальше членов комиссии.

Статья подготовлена при поддержке Российского научного фонда, грант № 19-48-04110.

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Егорышева И. В. Значение трудов комиссии Г. Е. Рейна для здравоохранения России. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2013;(2):54—7.
2. Хоффманн Д. Л. Вращивание масс. Модерное государство и советский социализм. 1914—1939. М.: Новое литературное обозрение; 2018.
3. Рейн Г. Е. Из пережитого. 1907—1918. Т. 1. Берлин: Парабола; 1935.
4. Вопросный лист в губернские земства. В кн.: Труды высочайше учрежденной междуведомственной комиссии по пересмотру врачебно-санитарного законодательства. Т. 4. СПб.; 1913.
5. Первая записка об общих основаниях устройства врачебной помощи. В кн.: Труды высочайше учрежденной междуведомственной комиссии по пересмотру врачебно-санитарного законодательства. Т. 3. СПб.; 1913.
6. Вторая записка об общих основаниях устройства врачебной помощи. В кн.: Труды высочайше учрежденной междуведомственной комиссии по пересмотру врачебно-санитарного законодательства. Т. 4. СПб.; 1913.
7. Попытки определения убытков для государства от болезней и смерти. В кн.: Труды высочайше учрежденной междуведомственной комиссии по пересмотру врачебно-санитарного законодательства. Т. 3. СПб.; 1913.
8. Проект положения об устройстве государственной врачебно-санитарной статистики. В кн.: Труды высочайше учрежденной междуведомственной комиссии по пересмотру врачебно-санитарного законодательства. Т. 4. СПб.; 1913.
9. Предварительные общие соображения к финансовому плану. В кн.: Труды высочайше учрежденной междуведомственной комиссии по пересмотру врачебно-санитарного законодательства. Т. 5. СПб.; 1915.
10. Егорышева И. В., Шерстнева Е. В., Гончарова С. Г. Медицина городских общественных самоуправлений в России. М.: Шико; 2017.
11. Мирский М. Б. Медицина России X—XX в.: Очерки истории. М.: РОССПЭН; 2005.
12. Двенадцатый Пироговский съезд. Петербург, 29 мая — 5 июня 1913 г. Вып. 2. СПб.; 1913.

Поступила 29.08.2019
Принята в печать 28.11.2019

REFERENCES

1. Yegorysheva I. V. The importance of works of the G. E. Rejn commission for public health in Russia *Problemy social'noj gigieny, zdravooxraneniya i istorii mediciny*. 2013;(2):54—7 (in Russian).

История медицины

2. Hoffmann D. L. Cultivating the Masses: Modern State Practices and Soviet Socialism, 1914—1939 [*Vzrashhivanie mass. Modernoe gosudarstvo i sovetskij socializm. 1914—1939*]. Moscow: Novoe literaturnoe obozrenie; 2018 (in Russian).
3. Rejn G. E. From Experienced. 1907—1918 [*Iz perezhitogo. 1907—1918*]. Vol. 1. Berlin: Parabola; 1935 (in Russian).
4. Questionnaire to the Provincial Zemstvos. In: Proceedings of the Highest Established Interdepartmental Commission for the Revision of Medical Legislation [*Trudy vysochajshe uchrezhdennoj mezhdovedomstvennoj komissii po peresmotru vrachebno-sanitarnogo zakonodatel'stva*]. Vol. 4. St. Petersburg; 1913 (in Russian).
5. The First Note on the General Principles of Medical Care. In: Proceedings of the Highest Established Interdepartmental Commission for the Revision of Medical Legislation [*Trudy vysochajshe uchrezhdennoj mezhdovedomstvennoj komissii po peresmotru vrachebno-sanitarnogo zakonodatel'stva*]. Vol. 3. St. Petersburg; 1913 (in Russian).
6. The Second Note on the General Principles of Medical Care. In: Proceedings of the Highest Established Interdepartmental Commission for the Revision of Medical Legislation [*Trudy vysochajshe uchrezhdennoj mezhdovedomstvennoj komissii po peresmotru vrachebno-sanitarnogo zakonodatel'stva*]. Vol. 4. St. Petersburg; 1913 (in Russian).
7. Attempts to Determine Losses For the State From Illness and Death. In: Proceedings of the Highest Established Interdepartmental Commission for the Revision of Medical Legislation [*Trudy vysochajshe uchrezhdennoj mezhdovedomstvennoj komissii po peresmotru vrachebno-sanitarnogo zakonodatel'stva*]. Vol. 3. St. Petersburg; 1913 (in Russian).
8. The Draft of the Law on State Sanitary Statistics. In: Proceedings of the Highest Established Interdepartmental Commission for the Revision of Medical Legislation [*Trudy vysochajshe uchrezhdennoj mezhdovedomstvennoj komissii po peresmotru vrachebno-sanitarnogo zakonodatel'stva*]. Vol. 4. St. Petersburg; 1913 (in Russian).
9. Preliminary General Considerations for the Financial Plan. In: Proceedings of the Highest Established Interdepartmental Commission for the Revision of Medical Legislation [*Trudy vysochajshe uchrezhdennoj mezhdovedomstvennoj komissii po peresmotru vrachebno-sanitarnogo zakonodatel'stva*]. Vol. 5. St. Petersburg; 1915 (in Russian).
10. Egorysheva I. V., Sherstneva E. V., Goncharova S. G. Medicine of Urban Self-Government in Russia [*Medicina gorodskih obshchestvennykh samoupravlenij v Rossii*]. Moscow: Shiko; 2017 (in Russian).
11. Mirskij M. B. Medicine of Russia X—XX Centuries: Essays on History [*Medicina Rossii X—XX v.: Ocherki istorii*]. Moscow: ROSSPEN; 2005 (in Russian).
12. The Twelfth Pirogov Congress. Petersburg, May 29 — June 5 1913 [*Dvenadcatyj Pirogovskij sjezd. Peterburg, 29 maja — 5 ijunja 1913 g.*]. Vol. 2. St. Petersburg; 1913 (in Russian).

© Горелова Л. Е., Шелкова В. Н., 2020

УДК 614.2

Горелова Л. Е.¹, Шелкова В. Н.²**ВКЛАД АКАДЕМИКА Г. Н. СПЕРАНСКОГО В СТАНОВЛЕНИЕ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ СИСТЕМЫ ОКАЗАНИЯ ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ**¹ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н. А. Семашко» Минобрнауки России, 105064, г. Москва;²ГБУЗ «Детская городская клиническая больница № 9 имени Г. Н. Сперанского Департамента здравоохранения Москвы», 123317, г. Москва

Статья посвящена вкладу выдающегося педиатра академика Г. Н. Сперанского в становление отечественной системы оказания лечебно-профилактической помощи детям раннего возраста и разработке ее этапности.

Ключевые слова: Г. Н. Сперанский; система оказания педиатрической помощи; этапы лечебно-профилактической помощи; грудные дети; дети раннего возраста.

Для цитирования: Горелова Л. Е., Шелкова В. Н. Вклад академика Г. Н. Сперанского в становление отечественной системы оказания педиатрической помощи. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2020;28(2):332—337. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2020-28-2-332-337>

Для корреспонденции: Горелова Лариса Евгеньевна, д-р мед. наук, профессор, ведущий научный сотрудник ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н. А. Семашко» Минобрнауки России, e-mail: gorelova_le@mail.ru

Gorelova L. E.¹, Shelkova V. N.²**THE CONTRIBUTION OF ACADEMICIAN G. N. SPERANSKY INTO BECOMING OF NATIONAL SYSTEM OF PEDIATRIC CARE**¹N. A. Semashko National Research Institute of Public Health, 105064, Moscow, Russia;²The State Budget Institution of Health Care “The G. N. Speransky Children Municipal Clinical Hospital” of the Moscow Health Care Department, 123317, Moscow, Russia

The article is devoted to the contribution of academician G. N. Speransky, the prominent pediatrician, into becoming of the national system of medical and preventive care of children of early age and development of its staging.

Keywords: G. N. Speransky; system of pediatric care; stages of treatment and preventive care; infant; children of early age.

For citation: Gorelova L. E., Shelkova V. N. The contribution of academician G. N. Speransky into becoming of national system of pediatric care. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2020;28(2):332—337 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2020-28-2-332-337>

For correspondence: Gorelova L. E., doctor of medical sciences, professor, the leading researcher of the N. A. Semashko National Research Institute of Public Health, 105064, Moscow, Russia. e-mail: gorelova_le@mail.ru

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support

Received 15.06.2019

Accepted 23.01.2020

Выдающегося ученого, педагога и врача, одного из основателей московской педиатрической школы, члена-корреспондента РАН и академика РАМН, профессора Георгия Несторовича Сперанского несколько поколений ученых, врачей и пациентов заслуженно считают «главным детским доктором» и «рыцарем педиатрии» [1].

В ранних очерках и в более поздних работах ученых однозначно указан приоритет Г. Н. Сперанского в организации неонатальной службы в родовспомогательных учреждениях, устройстве консультаций по уходу и вскармливанию, а также специализированной лечебницы для детей раннего возраста [1]. Во всех этих работах подчеркивается, что приоритетным направлением во врачебной и научной деятельности Г. Н. Сперанского была профилактика заболеваний у детей, что стало отличительной чертой отечественной педиатрии.

В статьях академика В. А. Таболина отмечена роль Георгия Несторовича в организации специализированной помощи новорожденным, в том числе

недоношенным, детям и разработке последовательности их выхаживания [2].

Особый интерес представляют современные работы А. А. Баранова, В. Ю. Альбицкого и С. А. Шер, посвященные истории строительства государственной системы охраны здоровья детей в России. Ими освещены ранее неизвестные страницы его жизни, связанные с профессиональной деятельностью: работа в 1918—1921 гг. в органах охраны материнства и младенчества в Майкопе и Краснодаре, создание медицинского факультета Кубанского университета, оказание помощи детям и научная работа в годы Великой Отечественной войны [3]. Тем же авторам принадлежит серия монографий по истории Научного центра здоровья детей РАМН (ныне — Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей). В них отражена работа Г. Н. Сперанского как председателя специальной комиссии по реформированию воспитательных домов, созданной после Февральской революции. Авторами показана деятельность Георгия Несторовича на посту ди-

История медицины

ректора Государственного научного института охраны материнства и младенчества (ГНИОММ) в 1922—1931 гг. Ввиду особой важности этого периода в истории научного учреждения, он был определен как «эра Сперанского» [4].

В книге В. Ю. Альбицкого и С. А. Шер «Истоки становления государственной системы охраны здоровья детей в Советской России (1917—1930 гг.)» отмечена важная роль организации Г. Н. Сперанским консультаций для матерей по уходу за детьми и стационара для детей грудного возраста [5]. В ней подчеркивается, что советская система охраны здоровья детей использовала опыт учреждений, организованных Г. Н. Сперанским в дореволюционной России.

Таким образом, ни одним из авторов не ставилась задача освещения предпосылок создания системы оказания помощи детям грудного и раннего возраста, оценки вклада Г. Н. Сперанского в разработку этапности оказания лечебно-профилактической помощи детям и деятельности организованных им учреждений.

Мы поставили задачу оценить вклад Г. Н. Сперанского в становление отечественной системы оказания педиатрической помощи. В связи с этим впервые проанализированы отчеты лечебных учреждений (Родильного дома имени А. А. Абрикосовой, Дома грудного ребенка) и общественных организаций (Московского общества борьбы с детской смертностью, Благотворительного общества при лечебнице грудных детей, общества «Охрана материнства»). Они были составлены самим Г. Н. Сперанским и его сотрудниками и отражают многогранную деятельность ученого.

Среди этих материалов особое место занимает доклад Г. Н. Сперанского на Первом Всероссийском съезде педиатров, состоявшемся 29—31 декабря 1912 г. (по старому стилю) в Санкт-Петербурге, ставшем знаковым событием истории педиатрии [6]. По мнению историка медицины Г. Л. Микиргичан, созыв съезда стал доказательством формирования педиатрии как самостоятельной отрасли медицинской науки [7]. Прибытие на съезд 484 детских врачей из разных губерний России свидетельствовало о выделении педиатрии как новой врачебной специальности.

Доклад Г. Н. Сперанского «Опыт устройства и ведения специальной лечебницы для детей грудного возраста» отразил становление отечественной службы помощи детям [6]. Георгий Несторович осознавал, что задачей педиатра является не только лечение больных, но и воспитание здоровых детей. Для этого каждый детский врач должен изучать ребенка с рождения, так как здоровье человека закладывается в раннем возрасте. В 1902 г., работая внештатным ассистентом инфекционных барачков при университетской Хлудовской больнице, врач Сперанский предложил ее директору, профессору Николаю Сергеевичу Корсакову, открыть в больнице отделение для детей раннего возраста, однако получил отказ [1]. Вероятно, это было связано с тем, что по уставу Хлудовской больницы, на базе которой распола-

лась университетская клиника детских болезней, как и других детских лечебных учреждений, в нее не принимали детей до 2 лет из-за отсутствия надлежащего ухода и их высокой смертности [6].

Н. С. Корсаков был одним из ярких представителей московской педиатрической школы. По свидетельству Г. Н. Сперанского, он «справедливо имел репутацию исключительного диагноста», поэтому «в его клинике обычно лежали больные с самыми сложными и редкими заболеваниями» [8]. Однако его научной деятельности мешала большая частная практика. Так как профессор Корсаков входил в организационный комитет съезда, Г. Н. Сперанский очень тактично высказался о необходимости внесения изменений в преподавание детских болезней в университетах.

Для работы в медицинских учреждениях для детей были необходимы квалифицированные педиатры. Г. Н. Сперанский справедливо считал, что программа подготовки врача не уделяла должного внимания вопросам физиологии и заболеваний детей раннего возраста (до 2 лет). По его свидетельству, из специальных пособий был только «Краткий учебник детских болезней» Н. Ф. Филатова, на медицинском факультете Московского университета этой теме посвящались всего одна-две лекции. Возможности клинического наблюдения за младенцами также были ограничены, поскольку в акушерской клинике все внимание студента занимали роды и послеродовой период женщины, а стационарные отделения для грудных детей в Москве были только при Воспитательном доме. В результате даже врачи, которые специализировались в детской клинике или больнице, могли наблюдать за детьми раннего возраста только на амбулаторных приемах, что было недостаточным [6].

В связи с этим Г. Н. Сперанский обозначил необходимость научного преподавания вопросов раннего детского возраста в курсе детских болезней. Он считал, что это «является прямой и неотложной обязанностью университета, а в частности профессора по этой кафедре» [6]. Он призвал профессора Корсакова организовать клинику для детей раннего возраста при Московском университете. Для подтверждения своей позиции Г. Н. Сперанский ссылался на авторитетное мнение профессора Гейбнера из Германии, являвшейся в то время лидером в деле охраны младенчества. Он был директором детской клиники госпиталя Charite и видным организатором охраны материнства и младенчества. В 1911 г. профессор Гейбнер выступил в Берлине на Первом международном конгрессе по охране материнства и младенчества. Характеризуя изучение и преподавание проблем раннего возраста в разных странах, он отметил, что Россия в этом отношении была самой отсталой [6].

Важной заслугой Г. Н. Сперанского стала разработка этапности оказания помощи детям раннего возраста. Первым ее этапом стало наблюдение новорожденного в родовспомогательном учреждении. Георгий Несторович отмечал большие заслуги аку-

шеров, в первую очередь французского профессора Пьера Будина, труды которого положили в Европе начало «громоздному движению по уходу за детьми раннего возраста и борьбе с колоссальной их смертностью» [6]. Но он справедливо указал, что и зарубежные, и российские акушеры не имеют ни времени, ни возможности «следить за движением науки в этой области», так как весь их интерес сосредоточен на роженице [6]. С открытием в Москве четырех крупных родильных домов (Абрикосовского, Лепехинского, Бахрушинского и Морозовского) в них были введен новый порядок ухода за новорожденными. Младенцев стали размещать в детских палатах под надзором медицинского персонала отдельно от родильниц и приносили к ним только на время кормления. Вскоре после открытия Абрикосовского родильного дома в 1906 г. А. Н. Рахманов писал: «Изоляция детей есть первый шаг к постановке правильного ухода за новорожденными детьми. До сего времени дети в городских родильных учреждениях были лишь „пасынками“, все внимание было направлено на родильниц, детям заботы уделялось очень мало» [9].

Сейчас раздельное пребывание матери и младенца в родовспомогательном учреждении подвергается справедливой критике. Но в начале XX в. оно создало условия для более тщательного наблюдения новорожденных акушерками и способствовало привлечению в родильные дома консультантов-педиатров. Следовательно, изменение условий оказания акушерской помощи явилось предпосылкой для выделения специального персонала для ухода и лечения младенцев в родовспомогательных учреждениях. Г. Н. Сперанский стал первым в Москве педиатром Абрикосовского родильного дома и положил начало неонатальной службе родовспомогательных учреждений.

Однако наблюдение за ребенком в родильном доме на первом этапе ограничивалось 5–6 днями. Но огромное число младенцев погибало на дому от заболеваний желудочно-кишечного тракта, причинами которых были неправильное раннее искусственное вскармливание в сочетании с грубыми дефектами ухода. Поэтому вторым этапом оказания помощи детям Г. Н. Сперанский считал консультации для детей раннего возраста, на которые после выписки из роддома 1–2 раза в неделю приглашал матерей с младенцами. Здесь им давали советы по уходу и вскармливанию, рекомендации по амбулаторному лечению, выполнялись несложные манипуляции. Особое внимание уделялось сохранению естественного вскармливания [9]. Учреждение носило профилактический характер. По образцу первой консультации при Абрикосовском родильном доме вскоре в Москве они возникли при всех городских родильных домах. Консультации стали центрами просветительской работы среди матерей. При Лепехинском родильном доме была организована молочная кухня для отпуска грудным детям молока и детских смесей [6]. Введение в клиническую практику приемлемых заменителей грудного молока играло ключевую роль

в сохранении жизни младенцев, находящихся на искусственном вскармливании. В настоящее время продолжается разработка максимально адаптированных заменителей женского молока, что находит отражение в материалах съездов педиатров и современной научной литературе [10].

Несмотря на успешную деятельность в Москве первых консультаций по уходу и вскармливанию, не все педиатры поддерживали идею их широкого распространения. 30 января 1911 г. состоялось общее собрание Московского общества борьбы с детской смертностью. Часть членов его Совета, в том числе его председатель, известный детский хирург и главный врач Софийской детской больницы Д. Е. Горохов, отстаивали мнение, что не стоит ассигновать «слишком большие суммы на консультации, т. е. на борьбу чисто профилактическую со смертностью грудных детей». Свою позицию они объясняли тем, что «Россия в культурном отношении стоит гораздо ниже Запада и что меры, применимые там, — неприменимы в России» [11]. Однако большинство членов Совета и Общества поддержали сторонников распространения консультаций. Вместе с Г. Н. Сперанским среди них были врачи-педиатры Н. Ф. Альтгаузен, А. А. Кисель, С. И. Федынский, Р. Э. Швейцер, акушеры Г. Л. Грауэрман и В. Я. Илькевич и др. Вскоре Георгий Несторович был избран в состав Совета Общества, что способствовало развитию деятельности общества по охране здоровья детей грудного возраста [11].

Таким образом, Г. Н. Сперанский «в целях успешной борьбы с детской смертностью» настаивал на необходимости работы педиатров в родовспомогательных учреждениях и организации консультаций для грудных детей при них [6]. Данные положения вошли в итоговую резолюцию Первого Всероссийского съезда педиатров [7].

Г. Н. Сперанский призывал открывать консультации при амбулаториях детских больниц, попечительствах о бедных и других учреждениях [6]. Он пожертвовал свой гонорар за чтение лекции на устройство консультации при Городском попечительстве о бедных на Пресне. В этом учреждении при поддержке графини В. Н. Бобринской семьи с детьми могли воспользоваться получением за минимальную плату молочных смесей, лекарств и прокатом предметов ухода. Здесь осуществлялся патронаж с посещением семей на дому. Так было положено начало оказанию помощи детям раннего возраста по месту их жительства [12]. Также Георгий Несторович организовал детскую консультацию при промышленном предприятии. В ней оказывалась помощь детям работниц Прохоровской Трехгорной мануфактуры [1].

Но возможности помощи больным в консультации были ограничены. Поэтому третьим этапом оказания помощи детям раннего возраста, по мнению Г. Н. Сперанского, должно быть стационарное учреждение. Частная лечебница для детей до 2 лет была создана по инициативе Георгия Несторовича. Учреждение было открыто 2 ноября 1910 г. на собранные по подписке средства, в том числе крупное

История медицины

пожертвование М. Ф. Морозовой [13]. В 1914 г. оно получило название Дом грудного ребенка. Состоятельные родители оплачивали лечение, для бедных оно было бесплатным. Благотворительное общество при лечебнице занималось сбором средств на ее содержание. Привлекались средства благотворителей, субсидии Ведомства учреждений Императрицы Марии. Г. Н. Сперанский содержал на свои средства кроватку в память о своем учителе Н. Ф. Филатове. Одним из способов жертвования было содержание именных кроваток памяти умерших детей [13]. Эта традиция сохранилась до настоящего времени. В Москве именем пациента посмертно назван Национальный медицинский исследовательский центр детской гематологии, онкологии и иммунологии имени Дмитрия Рогачева.

Большинство (до 66,9%) детей, лечившихся в Доме грудного ребенка, страдали заболеваниями органов желудочно-кишечного тракта и имели нарушения обмена веществ, поэтому правильное питание для них имело «первенствующее значение» и считалось ведущим лечебным фактором [6, 13]. На молочной кухне лечебницы, названной Г. Н. Сперанским «святая святых» [62] учреждения, готовились молочные смеси для собственных нужд и на продажу по рецептам врачей. Георгий Несторович обращал внимание на необходимость использования для приготовления детских смесей специального «детского» коровьего молока. Нарушения технологии приготовления детского питания угрожали смертью пациентов, поэтому на персонал молочной кухни им возлагалась особая ответственность. Г. Н. Сперанский требовал от него сознательного отношения к делу, навыка и теоретической подготовки [6].

Георгий Несторович и работавшие с ним врачи жалованья в Доме грудного ребенка не получали. Среди консультантов больницы был патологоанатом А. И. Абрикосов, впоследствии академик, который безвозмездно оказывал помощь учреждению [14].

24 апреля 1912 г. при Московском обществе борьбы с детской смертностью образовалась научная Комиссия по изучению патологии и физиологии раннего детского возраста под председательством В. И. Молчанова. В ней работало около 70 детских врачей из Дома грудного ребенка, Московского воспитательного дома, родильных домов и других учреждений [11]. В Комиссии работали А. А. Кисель, А. С. Лянды, В. Д. Маркузон, Ф. А. Зайцев, Н. Ф. Алтгаузен и др. Многие из них впоследствии активно участвовали в построении советской педиатрической службы. По предложению Г. Н. Сперанского регулярные клинические конференции врачей Дома грудного ребенка присоединились к конференциям Комиссии, что способствовало более широкому распространению опыта учреждения [14].

С 1913 г. врачи Дома грудного ребенка под руководством Г. Н. Сперанского начали издавать сборник «Материалы по изучению раннего детского возраста», на страницах которого публиковались науч-

ные работы педиатров лечебницы, учреждений Москвы и других регионов России.

Необходимость больниц для детей раннего возраста стала очевидной, однако их открытию препятствовала высокая стоимость содержания таких учреждений [6]. В 1914 г. в Москве открылось отделение для грудных детей на 25 коек при Морозовской детской больнице.

Серьезным препятствием для работы стационара для детей раннего возраста Г. Н. Сперанский считал инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи, ранее называвшиеся внутрибольничными, проблема которых и сегодня остро стоит в детских лечебных учреждениях. В своих работах он подробно освещал меры по их предупреждению путем разграничения персонала и пациентов подразделений лечебницы, боксированного размещения детей, строжайшего соблюдения персоналом асептики и антисептики [6]. Дети и кормилицы обязательно обследовались путем постановки реакции Вассермана [13]. Эти меры минимизировали риск заражения кишечными инфекциями и сифилисом, но не могли оградить Дом грудного ребенка от вспышек респираторных инфекций и кори [6].

Одним из главных условий успешной деятельности стационара для детей раннего возраста Г. Н. Сперанский считал подготовку среднего медицинского персонала и нянь, а ее отсутствие — главным злом в учреждении. По его мнению, ухаживать за детьми должны специально обученные сестры милосердия [6]. Такой опыт в Москве был: в 1912 г. сестры милосердия ухаживали за младенцами в детском отделении больницы для послеродовых больных имени Л. И. Тимистера и в Абрикосовском родильном доме [6].

Смертность детей в Доме грудного ребенка за 1910—1911 гг. составила 25% [13], а за 1912—1913 гг. даже выросла до 32,7% [14]. Георгий Несторович совместно с коллегами объективно анализировал показатели летальности. Они объяснялись тем, что в учреждение безотказно принимались даже дети в крайне тяжелом состоянии, лечение которых лишь на короткое время отодвигало летальный исход. Врачи клиники справедливо считали, что определение безнадежности у маленьких детей «может быть очень ошибочно», в чем они не раз убеждались в стационарном отделении [14].

В годы Первой мировой войны в Москву устремились тысячи беженцев, среди которых было много беременных и матерей с детьми. В октябре 1915 г. наплыв беженцев был максимальным. Тогда усилиями городского самоуправления при содействии благотворительного общества «Охрана материнства», Московского общества борьбы с детской смертностью, членов царствующего дома (великой княгини Елизаветы Федоровны и великой княжны Татьяны Николаевны) в Москве удалось предотвратить гуманитарную катастрофу. При Доме охраны младенца действовало «убежище» для беременных и матерей с грудными детьми. Здесь им давали кров и питание. Дети находились под наблюдением врачей Дома, Ге-

оргий Несторович оказывал им консультативную помощь. В «убежище» дежурили сестры милосердия, младенцы регулярно взвешивались и при необходимости снабжались молочными смесями. Такой подход обеспечивал материнский уход за детьми и поддерживал грудное вскармливание, что способствовало сохранению их здоровья и жизни [15].

Трудами Г. Н. Сперанского и его сотрудников Дом грудного ребенка превратился в образцовое научно-практическое учреждение по изучению проблем раннего возраста. Он стал одним из центров подготовки педиатров Москвы и других регионов России [14].

При организации в Москве в первое десятилетие XX в. медицинских учреждений для грудных детей и детей раннего возраста врач Сперанский не был одинок. Он имел много единомышленников. Так, врачи Ф. А. Зайцев и Р. Э. Швейцер с 1908 г. оказывали помощь новорожденным и проводили клинические исследования в Лепехинском родильном доме, а Ф. А. Зайцев одновременно с открытием Дома грудного ребенка стал первым штатным педиатром консультации для грудных детей с молочной кухней. Однако именно Г. Н. Сперанскому принадлежит приоритет в организации трех последовательных этапов лечебно-профилактической помощи детям.

Заключение

Г. Н. Сперанский впервые обосновал и осуществил на практике этапность оказания помощи детям раннего возраста, что является его значительным вкладом в становление отечественной системы оказания педиатрической помощи.

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

ЛИТЕРАТУРА

- Захарова И. Н., Власова Н. Л., Заплатников А. Л., Михеева О. В., Мошетова Л. К., Фисенко А. П. Рыцарь педиатрии. М.: Тритон; 2018.
- Таболин В. А. Вклад академика Г. Н. Сперанского в создание учения о новорожденном. *Педиатрия*. 1972;(5):32—6.
- Баранов А. А., Альбицкий В. Ю., Шер С. А. Неизвестные страницы жизни Г. Н. Сперанского. *Вопросы современной педиатрии*. 2009;8(2):130—2.
- Альбицкий В. Ю., Баранов А. А., Шер С. А. Государственный научный институт охраны материнства и младенчества (1922—1940). М.: ПедиатрЪ; 2013.
- Альбицкий В. Ю., Шер С. А., Баранов А. А. Истоки и становление государственной системы охраны здоровья детей в Советской России (1917—1930 гг.). М.: Союз педиатров России; 2018.
- Сперанский Г. Н. Опыт устройства ведения специальной лечебницы для детей грудного возраста. В кн.: Материалы по изучению грудного возраста: Сб. под ред. Г. Н. Сперанского. М.: Лечебница для детей грудного возраста; 1914. Вып. 1. С. 10—9.
- Микиртичан Г. Л. К 100-летию союзу Первого Всероссийского съезда педиатров. *Вопросы современной педиатрии*. 2012;11(2):198—202.
- Сперанский Г. Н. Московские педиатрические школы. М.: Медгиз; 1949.
- Городской родильный дом имени А. А. Абрикосовой. Отчет о деятельности городского родильного дома имени А. А. Абрикосовой за первые 19 месяцев (с 3 июня 1906 г. по 1 января 1908 г.). М.: Городская типография; 1909.
- Вопросы питания здорового и больного ребенка. XXI Конгресс педиатров России с международным участием (2019): Союз педиатров России. Доступно по ссылке: <http://www.pediatr-russia.ru>pediatr/kongress07/pitanie.html> (дата обращения 29.04.2019).
- Московское общество борьбы с детской смертностью. Труды и отчет Московского общества борьбы с детской смертностью. Год четвертый. 1912-й. М.: Товарищество типографии А. И. Мамонтова; 1913.
- Наумова З. Н. Консультация по уходу и вскармливанию детей при попечительстве о бедных. В кн.: Материалы по изучению грудного возраста. Сб. под ред. Г. Н. Сперанского. М.: Лечебница для детей грудного возраста; 1914. Вып. 2. С. 79—83.
- Лечебница для детей грудного возраста, учрежденная Г. Н. Сперанским. Отчет лечебницы для детей грудного возраста, учрежденной Г. Н. Сперанским. М.: Типография Т-ва И. Д. Сытина; 1913.
- Отчет о деятельности лечебницы для детей грудного возраста, учр. Г. Н. Сперанским, за время от 1-го августа 1912 г. до 1-го января 1914 г. В кн.: Материалы по изучению грудного возраста: Сб. под ред. Г. Н. Сперанского. М.: Лечебница для детей грудного возраста; 1914. Вып. 1. С. 10—9.
- Охрана Материнства, благотворительное общество (Москва). Отчет о деятельности Благотворительного Общества Охрана Материнства с 22 апреля 1914 г. по 24 апреля 1916 г. и денежный отчет за 1914 и 1915 год. М.: Товарищество типографии А. И. Мамонтова; 1916.

Поступила 15.06.2019
Принята в печать 23.01.2020

REFERENCES

- Zakharova I. N., Vlasova N. L., Zaplatnikov A. L., Mikheeva O. V., Moshetova L. K., Fisenko A. P. Knight of Pediatrics [Rytsar' pediatrii]. Moscow: Triton; 2018 (in Russian).
- Tabolin V. A. Contribution of academician G. N. Speransky in the creation of the doctrine of the newborn. *Pediatriya*. 1972;(5):32—6 (in Russian).
- Baranov A. A., Al'bitskiy V. Yu., Sher S. A. Unknown pages of the life of G. N. Speransky. *Voprosy sovremennoy pediatrii*. 2009;8(2):130—2 (in Russian).
- Al'bitskiy V. Yu., Baranov A. A., Sher S. A. State scientific Institute for the protection of motherhood and infancy (1922—1940) [Gosudarstvennyy nauchnyy institut okhrany materinstva i mladenchestva (1922—1940)]. Moscow: Peditr; 2013 (in Russian).
- Al'bitskiy V. Yu., Sher S. A., Baranov A. A. The origins and formation of the state system of child health in Soviet Russia (1917—1930) [Istoki i stanovlenie gosudarstvennoy sistemy okhrany zdorov'ya detey v Sovetskoy Rossii (1917—1930 gg.)]. Moscow: Soyuz pediatrov Rossii; 2018 (in Russian).
- Speransky G. N. Experience in setting up and maintaining a special hospital for infants. In: *Infant Materials [Materialy po izucheniyu grudnogo vozrasta]*. Ed. by G. N. Speransky. Moscow: Lechnitsa dlya detei grudnogo vozrasta; 1914. Is. 1. P. 10—9 (in Russian).
- Mikirtichan G. L. To the 100th anniversary of the first all-Russian Congress of pediatricians. *Voprosy sovremennoy pediatrii*. 2012;11(2):198—202 (in Russian).
- Speransky G. N. Moscow pediatric schools [Moskovskie pediatricheskie shkoly]. Moscow: Medgiz; 1949 (in Russian).
- City maternity hospital named after A. A. Abrikosova. Report on the activities of the city maternity hospital named after A. A. Abrikosova for the first 19 months (from June 3, 1906 to January 1, 1908) [Gorodskoy rodil'nyy dom imeni A. A. Abrikosovoy. Otchet o deyateli nosti gorodskogo rodil'nogo doma imeni A. A. Abrikosovoy za pervyye 19 mesyatsev (s 3 iyunya 1906 g. po 1 yanvarya 1908 g.)]. Moscow: Gorodskaya tipografiya; 1909 (in Russian).
- Nutrition healthy and sick child. XXI Congress of pediatricians of Russia with international participation (2019) [Voprosy pitaniya zdorovogo i bol'nogo rebenka. XXI Kongress pediatrov Rossii s mezhdunarodnym uchastiem (2019)]. Moscow: Soyuz pediatrov Rossii; 2019. Available at: <http://www.pediatr-russia.ru>pediatr/kongress07/pitanie.html> (accessed 29.04.2019) (in Russian).
- Proceedings and report of the Moscow society for combating child mortality. Year the fourth. 1912. [Moskovskoe obshchestvo bor'by s detskoy smertnost'yu. Trudy i otchet Moskovskogo obshchestva bor'by s detskoy smertnost'yu. God chetvertyy. 1912-y]. Moscow: Tovarishchestvo tipografii A. I. Mamontova; 1913 (in Russian).
- Naumova Z. N. Advice on the care and feeding of children in the care of the poor. In: *Infant Materials [Materialy po izucheniyu grudnogo vozrasta]*. Ed. Speransky G. N. Moscow: Lechnitsa dlya detei grudnogo vozrasta; 1914. Is. 2. P. 79—83 (in Russian).

История медицины

13. A clinic for infants established by G. N. Speransky. Report of the hospital for infants, established G. N. Speransky [*Lechebnitsa dlya detey grudnogo vozrasta, uchrezhdennaya G. N. Speranskim. Otchet lechenitsy dlya detey grudnogo vozrasta, uchrezhdennoy G. N. Speranskim*]. Moscow: Tipografiya T-va I. D. Sytina; 1913 (in Russian).
14. Report on the activities of «Hospitals for infants» established by G. N. Speransky, from August 1, 1912 to January 1, 1914. In: Infant Materials [*Materialy po izucheniyu grudnogo vozrasta*]. Ed. by G. N. Speransky. Moscow: Lechbnitsa dlya detei grudnogo vozrasta; 1914. Is. 1. P. 10—9 (in Russian).
15. Report on the activities of the Charitable Society Protection of Motherhood from April 22, 1914 to April 24, 1916 and the monetary report for 1914 and 1915 [*Otchet o deyatelnosti Blagotvornogo Obshchestva «Okhrana Materinstva» s 22 aprelya 1914 g po 24 aprelya 1916 g i denezhnyy otchet za 1914 i 1915 god*]. Moscow: Tovarishchestvo tipografii A. I. Mamontova; 1916 (in Russian).

© Сточик А. А., 2020
УДК 614.2

Сточик А. А.

ЖИЗНЕННЫЙ И ТВОРЧЕСКИЙ ПУТЬ АКАДЕМИКА И. Д. СТРАШУНА

ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н. А. Семашко» Минобрнауки России, 105064, г. Москва

Статья посвящена судьбе академика — учредителя АМН СССР И. Д. Страшуна, выдающегося ученого, гигиениста, историка медицины и крупного специалиста в области медицинского образования и организации здравоохранения. В годы восстановления народного хозяйства после окончания Великой Отечественной войны крайне важным пунктом деятельности АМН СССР было проведение идейно-политической работы среди научных кадров, предполагавшей и разоблачение лжеученых, преклоняющихся перед буржуазной наукой. В жернова «борьбы с космополитизмом» попал и академик И. Д. Страшун. В статье использованы материалы архива РАМН, личного дела академика И. Д. Страшуна.

Ключевые слова: И. Д. Страшун; организация здравоохранения; космополитизм.

Для цитирования: Сточик А. А. Жизненный и творческий путь академика И. Д. Страшуна. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2020;28(2):338—344. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2020-28-2-338-344>

Для корреспонденции: Сточик Анна Андреевна, канд. мед. наук, ведущий научный сотрудник сектора истории медицины, медицинского музееведения и исторической фактографии отдела истории медицины ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н. А. Семашко» Минобрнауки России, e-mail: medpublish@mail.ru

Stochik A. A.

THE CREATIVE COURSE OF LIFE OF ACADEMICIAN I. D. STRASHUN

N. A. Semashko National Research Institute of Public Health, 105064, Moscow, Russia

The article is devoted to the academician I. D. Strashun, constitutor of the USSR Academy of Medical Sciences, prominent scientist, hygienist, historian of medicine and notable specialist in the field of medical education and health care organization. During the years of restoration of national economy after the end of the Great Patriotic War, the extremely important issue in the activity of the Academy of Medical Sciences of the USSR was implementation of ideological political work with scientists, also supposing unmasking false scientists worshipping bourgeois science. The academician I. D. Strashun too got into millstones of the “struggle against cosmopolitanism”. The article uses materials from the personal files of academician I. D. Strashun belonging to the scientific archive of the Russian Academy of Medical Sciences.

Keywords: I. D. Strashun; health organization; cosmopolitanism.

For citation: Stochik A. A. The creative course of life of academician I. D. Strashun. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2020;28(2):338—344 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2020-28-2-338-344>

For correspondence: Stochik A. A. candidate of medical sciences, leading researcher of the Sector of History of Medicine, Medical Museology and Historical Factual Account of the Department of History of Medicine of the N. A. Semashko National Research Institute of Public Health. e-mail: medpublish@mail.ru

Conflict of interests. The author declares absence of conflict of interests.

Acknowledgment. The study had no sponsor support

Received 12.09.2019
Accepted 23.01.2020

Выдающийся ученый-гигиенист и историк медицины второй половины XX в., крупный специалист в области организации здравоохранения, санитарного просвещения и высшего медицинского образования в СССР, доктор медицинских наук (1935), профессор (1940), единственный представитель истории медицины среди учредителей АМН (1944) И. Д. Страшун обогатил советскую науку и сыграл важную роль в становлении высшего медицинского образования, санитарного просвещения и развитии истории медицины в нашей стране.

Родословная И. Д. Страшуна во многом предопределила круг его интересов. Видными просветителями в Вильно были его прадед купец и талмудист Шмуэль бен Иосеф Страшун и дед Маттитяху Страшун. И хотя Илья Давыдович родился в Варшаве (22 марта 1892 г.), его детство прошло в городе Вильно (ныне — Вильнюс), в городе, улица которого носила имя его прадеда, оставившего в дар своей малой

родине богатейшую библиотеку, насчитывавшую свыше 5700 томов. Улица, носившая имя Маттитяху Страшуна — еврейского ученого, мецената и библиофила, собравшего уникальную библиотеку по иудаистике, — существовала в Вильно до конца Великой Отечественной войны и была сожжена немцами при отступлении вместе с частью города [1]. Библиотека, оставленная в дар еврейской общине с 1892 г., была открыта публике и стала центром культурной жизни города. Ее полки продолжали пополняться редкими и очень ценными экземплярами книг из частных коллекций, и к 1930 г. фонд библиотеки насчитывал 35 тыс. книг, включая 150 ценных рукописей. В 1941 г. нацисты вывезли наиболее ценные издания во Франкфурт-на-Майне, остальные подлежали уничтожению. Однако местным евреям удалось спасти часть библиотеки, фонды которой теперь хранятся частично в библиотеке ИВО в Нью-Йорке, в Еврейской национальной и университетской библиотеке в Иерусалиме и в Книжной палате Литвы

История медицины

[2]. Про отца Ильи Давыдовича, Давида-Герша Эльяшевича Страшуну, практически ничего не известно, кроме того, что он был служащим. В своей автобиографии от 18 декабря 1944 г. И. Д. Страшун пишет, что покинул Варшаву с матерью, работавшей акушеркой. В 1906 г. он окончил торговую школу, в 1911 — Виленскую гимназию, в том же году сдал вступительные экзамены на медицинский факультет Московского университета. В 1915 г., окончив IV курс университета и получив звание зауряд-врача, И. Д. Страшун был призван в армию, где служил на фронтах Первой мировой войны, занимая ряд должностей от младшего врача полка до младшего ординатора полевого госпиталя. Завершить медицинское образование ему пришлось уже в Киевском университете (1918—1919). В год окончания университета его призвали на фронт теперь уже в ряды Красной Армии. Во время прорыва под Ливнами в октябре 1919 г. Страшун попал в плен. После «скитаний по этапам» его направили в госпиталь в связи с развитием сыпнотифозной эпидемии. Вскоре госпиталь был эвакуирован в Новороссийск, где в 1920 г. Страшун переболел тяжелой формой сыпного тифа. Здесь же в Новороссийске в 1920 г. Илья Давыдович вступил в партию большевиков. После освобождения города в марте того же года Страшун начал проводить работу по санитарному просвещению в Красной Армии, занимая последовательно должности начальника санпросвета санчасти IX Армии, санпросвета санчасти Кавказского фронта, санпросвета Отдельной Кавказской армии (Тбилиси)¹.

В 1921 г. по предложению начальника Главного военно-санитарного управления (ГВСУ) РККА Наркомздрава РСФСР Зиновия Петровича Соловьева И. Д. Страшун возглавил санитарно-просветительный отдел Наркомздрава, которым руководил до 1929 г. За это время при участии Ильи Давыдовича были созданы Издательство Наркомздрава, впоследствии возглавленное им, музей и Институт социальной гигиены, Центральный институт социальный культуры (впоследствии Институт санитарного просвещения). В 1920-е годы Страшун входил в состав правления Государственного медицинского издательства, руководящий состав Государственного издательства и был членом редакционного бюро первого издания БМЭ (1927—1930) [1]. В 1927 г. И. Д. Страшун был командирован для изучения музейно-выставочного дела в области санитарного просвещения в Германию (Берлин, Дрезден, Мюнхен) по приглашению Дрезденского гигиенического института и Берлинского общества врачей, где выступил с рядом докладов. В 1930 г. он организовал и был руководителем Советского павильона на Международной гигиенической выставке в Дрездене в звании правительственного комиссара. Это мероприятие было крайне важным для страны и одним из первых выходов СССР на международную арену в области медико-санитарного дела. Его проведение

было поручено именно Страшуну, работу которого очень высоко ценили в Наркомздраве [1]. Воспользовавшись этой командировкой, он изучил организацию медицинского образования и постановку преподавания истории медицины в Германии, а также по приглашению Лейпцигского и Берлинского университетов выступил с докладами о системе организации советского здравоохранения в гигиеническом институте Р. Коха в Берлине, в Берлинском и Лейпцигском университетах, в Институте истории медицины К. Зудгофа в Лейпциге и др. [1].

Педагогическая и научная деятельность Ильи Давыдовича началась в 1923 г., когда он поступил на работу в качестве старшего ассистента на одну из первых в СССР кафедр социальной гигиены 2-го Московского государственного университета (из него в 1930 г. выделился самостоятельный 2-й Московский государственный медицинский институт, получивший имя Н. И. Пирогова в 1956 г., ныне — Российский национальный исследовательский медицинский институт имени Н. И. Пирогова). Кафедрой заведовал З. П. Соловьев, которого после смерти (1928) на этом посту и в Государственном Ученом Совете сменил И. Д. Страшун (1929). В 1930 г., перейдя в 1-й Московский медицинский институт (ММИ; ныне — Первый Московский государственный медицинский университет имени И. М. Сеченова) руководителем курса истории медицины сначала в качестве доцента, а затем профессора (1938), он стал организатором и деканом первого в стране санитарно-гигиенического факультета 1-го ММИ (факультет вначале назывался санитарно-профилактическим, а ныне это медико-профилактический факультет Первого Московского государственного медицинского университета имени И. М. Сеченова), созданного в 1930 г. Он провел при этом огромную работу по подготовке программ обучения для санитарных врачей всех специальностей, которых никогда прежде не выпускала высшая школа. В 1935 г. Страшун создал и возглавил первую в стране кафедру истории медицины в 1-м ММИ и стал первым профессором по истории медицины. Надо сказать, что сам Илья Давыдович считал себя прежде всего историком медицины, он был мастером исторического анализа, что отражалось в его докладах. Еще в 1920-х годах им были задуманы крупные исследования по истории медицины, подготовлены лекции для преподавания студентам. На открытой им кафедре Страшуну удалось восстановить и вывести на новый уровень традиции преподавания истории медицины и воспитать многих историков медицины, впоследствии ставших докторами медицинских наук и крупными исследователями в области истории медицины [1]. Также И. Д. Страшун организовал и стал во главе кабинета истории медицины созданного в 1932 г. Всесоюзного института экспериментальной медицины [3]. Кроме того, он организовал кафедру истории медицины в Центральном институте усовершенствования врачей. В 1930 г. медицинские факультеты университетов были преобразованы в самостоятельные институты, которые перешли из

¹ Фонд РАМН. Оп. 1. Личное дело. Страшун Илья Давыдович (1892—1967).

Наркомпроса в ведомство Наркомздрава РСФСР. Непосредственное участие в работе по организации новых учебных программ, методикам преподавания, организации новых институтов, подготовке учебников и многом другом принял Илья Давыдович, получивший пост заместителя начальника (1934—1938), а затем начальника Управления высшего медицинского образования Наркомздрава (1939), а также старшего консультанта Наркомздрава и председателя Ученого совета Наркомздрава СССР (1939—1940). В 1940 г. он был назначен заведующим кафедрой социальной гигиены 1-го Ленинградского медицинского института (ЛМИ), а затем и директором 1-го ЛМИ в самые страшные, самые трудные годы существования института (1941—1943). Илья Давыдович Страшун командовал военным объектом (на немецких картах обозначенным как «объект № 89»), включавшим огромный комплекс зданий института и городскую больницу имени Ф. Ф. Эрисмана. В неосвещаемых помещениях больничных палат сотрудники института вылечили более 2 тыс. раненых и больных Ленинграда и Ленинградского фронта [4]. В книге Веры Инбер, советской писательницы, лауреата Сталинской премии и жены И. Д. Страшуна, под названием «Почти три года. Ленинградский дневник», подробно описана деятельность И. Д. Страшуна как организатора высшего медицинского образования в период ленинградской блокады [3].

«Главной задачей в этот период для 1-го ЛМИ стало обеспечение нужд фронта и блокадного Ленинграда. 23 июня 1941 г. приказом по Институту были отменены отпуска всем сотрудникам. Не были отпущены на каникулы и студенты, начиная с III-го курса. В самые первые дни войны в РККА были мобилизованы 241 врач и 158 медсестер городских больниц, на фронт отправились 196 добровольцев, а в последующие месяцы — еще 1338 врачей и преподавателей вуза, 347 медсестер. Досрочно было выпущено 500 старшекурсников. Из них около 300 человек были направлены на фронт и в военные госпитали. В конце лета 1941 г. в оборонительных работах приняли участие 1300 студентов и преподавателей института» [4].

В сентябре 1941 г. Институт был обстрелян из дальнобойных орудий.

«Несмотря на начинавшийся голод, постоянные бомбардировки и обстрелы, в Институте проходили занятия, шли плановые операции в хирургических клиниках и заседания Ученого совета, защищались диссертации. Как следует из отчета кафедры нормальной анатомии, в декабре 1941 г. занятия проводились с 10.00 до 20.00 часов. На протяжении 1941—1942 гг. Институт работал на нужды фронта. За 1942 г. через стационары 1-го ЛМИ прошло 11 тыс. человек. В январе 1942 г. в Институте прекратилась подача воды, не стало топлива, сиделки стояли в очередях за хлебом, так как авария водопровода затруднила работу хлебозавода. В это время смертность в клиниках Института достигла 30%. Занятия со студентами полностью прекратились. В таких условиях на уровне властей города был рассмотрен вопрос об

эвакуации института. В конце февраля 1942 г. было принято решение оставить в Ленинграде старшие курсы, а младшие вывезти через Ладогу на Большую землю. Несмотря на тяжелейшие условия, с 23 февраля 1942 г. в Институте возобновились лекции. В марте 1942 г. возобновились практические занятия, которые на 50% проходили в госпиталях» [4], прямо у постелей больных.

Осенью 1942 г. началась подготовка к проведению вступительных экзаменов. «В октябре 1942 г. на I курс Института было принято около 300 человек. Занятия для первокурсников начались с 1 ноября 1942 г. В начале ноября 1942 г. состоялся первый выпуск врачей военного времени. После Государственных экзаменов были выпущены 225 врачей, из них 40 человек получили дипломы „с отличием“. К началу 1943 г. жизнь в Институте стабилизировалась, а 18 января была прорвана блокада города» [3]. За проявленный героизм в условиях блокады 25 июля 1944 г. коллектив Института получил переходящее Красное знамя. Директор института Илья Давыдович Страшун был награжден в июне 1943 г. медалью «За оборону Ленинграда» и 5 октября 1946 г. — медалью «За доблестный труд в Великой Отечественной войне 1941—1945». Эти две самые важные награды добавились к уже заслуженным ранее И. Д. Страшуну значку «Отличник здравоохранения» (21.06.1940) за 25 лет врачебной деятельности и большую полезную работу в области здравоохранения и ордену «Знак Почета» (15.11.1941) за выдающиеся заслуги в подготовке медицинских кадров. Свою последнюю награду — медаль «В память 800-летия Москвы» — Илья Давыдович получил 6 февраля 1948 г.

30 июня 1944 г. на заседании СНК СССР было принято постановление № 797 «Об учреждении АМН СССР», согласно которому при Народном комиссариате здравоохранения была «создана Академии медицинских наук, принят Устав академии и утвержден список 25 академических институтов, среди которых числился и Институт организации здравоохранения, медицинской статистики и социальной гигиены» [5]. Для создания Академии было сформировано Организационное бюро во главе с наркомом здравоохранения Г. А. Митеревым [6], к которому обратился со своими предложениями об организации института профессор И. Д. Страшун. 20 сентября 1944 г. он представил в Организационное бюро докладную записку об основном содержании работы и структуре, касающихся Института организации здравоохранения, медицинской статистики и социальной гигиены после постановления 30 июня 1944 г. [7]. По мнению И. Д. Страшуна, основными проблемами, подлежащими исследованию, должны были стать изучение санитарных последствий войны и разработка мероприятий по их ликвидации, научное обоснование перспективного плана здравоохранения в пятой пятилетке. Ближайшими задачами Института он считал систематизацию врачебно-санитарного законодательства, подготовку заключений по вопросам здравоохранения и ма-

История медицины

териалов к принятию международных санитарных конвенций [7]. И. Д. Страшун предлагал включить в структуру Института Центральное научно-статистическое бюро Наркомздрава СССР, а также создать отдел истории медицины для изучения истории отечественной и зарубежной медицины, издания трудов и биографических очерков выдающихся русских ученых-медиков, организации музея истории медицины [7]. 14 ноября 1944 г. в соответствии с Постановлением СНК СССР № 1580 Илья Давыдович Страшун стал действительным членом и единственным академиком по истории медицины в числе первых 60 членов-учредителей АМН СССР. «Выступая на Учредительной сессии академии (20—22 декабря 1944 г.), он внес предложение о переименовании Института организации здравоохранения, медицинской статистики и социальной гигиены. Во второй день сессии на заседании отделения гигиены, микробиологии и эпидемиологии было рассмотрено 5 названий этого института: Институт организации здравоохранения, медицинской статистики и социальной гигиены, Институт истории медицины и организации здравоохранения, Институт истории медицины, санитарной статистики и социальной гигиены, Институт организации здравоохранения и истории медицины. По мнению И. Д. Страшуна, наиболее полное и подходящее название — Институт истории медицины, социальной гигиены и организации здравоохранения» [6]. Впоследствии именно это название было присвоено институту.

Приказом по АМН от 23 февраля 1945 г. И. Д. Страшун был назначен заместителем директора Института с 1 марта 1945 г., затем приказом Наркомздрава СССР от 6 марта 1946 г. — первым заместителем и приказом по АМН СССР № 309 от 3 июля — исполняющим обязанности директора с 1 мая 1946 г.² И. Д. Страшун одновременно являлся заведующим отделом истории медицины, созданным им в Институте в 1945 г. Отделение занималось разработкой вопросов всеобщей истории, дореволюционной российской и советской медициной, а также организацией истории медицины и здравоохранения, для чего были приобретены архивы Н. И. Тезякова, Е. П. Первухина, В. А. Обуха, материалы врачебно-санитарного совета Временного правительства от февраля до октября 1917 г. В апреле 1946 г. сотрудники Института командировались в города Вильнюс, Ригу, Тарту, Ленинград для сбора архивных материалов. Уже на стадии формирования музея приступил к подготовке выставок [7]. План работы по истории медицины утверждался также на заседании исторической комиссии 2-й сессии АМН, в которой участвовали академики К. М. Быков, Ю. Ю. Джанелидзе, П. Г. Оганесян, И. Г. Руфанов. И. Д. Страшун, С. Д. Терновский и член-корреспондент П. И. Страдынь. И. Д. Страшун стал инициатором проведения на базе отдела истории медицины Института и «Декадника по истории медицины», объединившего научно-медицинские кадры, заинтересованные в раз-

витии истории медицины в стране, и ставшего предтечей Всесоюзного общества историков медицины, которое было создано на базе Института 1 ноября 1946 г. Председателем правления Общества был избран Илья Давыдович.

1947—1949 годы стали переломными в судьбе И. Д. Страшуна. Начавшаяся в конце 1940-х — начале 1950-х годов «борьба с космополитизмом» в СССР затронула и его биографию. На заседании президиума АМН СССР 19.03.1947 г. впервые было обращено серьезное внимание на важность проведения идеологической работы. Выступивший на этом заседании с докладом «О мероприятиях по улучшению марксистско-ленинского воспитания научных кадров Академии медицинских наук» заведующий кафедрой философии АМН СССР П. П. Бондаренко указал на сложность политической обстановки в период «холодной войны», на поток клеветы и провокаций со стороны империалистических кругов Запада и подчеркнул необходимость проведения работы по идейно-политическому воспитанию научных кадров и искоренению преклонения перед буржуазной наукой. С целью реализации этих задач кафедра философии подготовила программу лекций, для прочтения которых в стенах академических институтов были рекомендованы высококвалифицированные лекторы, предполагалось проведение систематических теоретических конференций по углубленному изучению классиков марксизма-ленинизма во всех учреждениях АМН СССР. В Институте здравоохранения и истории медицины, ставшем в системе АМН своеобразным флагманом идеологической работы, были проведены следующие конференции: «Характер и причины второй империалистической войны», «Статистический метод в работе Ленина „Развитие капитализма в России“», «Руководящая роль большевистской партии в подготовке Октябрьской социалистической революции» и др. Часто на подобных конференциях разворачивались дискуссии, в которых критиковались некоторые статьи, размещенные в медицинской прессе. Очевидно, что следующим в мясорубку идеологической борьбы должен был попасть И. Д. Страшун, ратовавший за уничтожение географических границ в науке. Очевидно, он осознавал это, а также безнадежность борьбы с политической машиной. 4 октября 1947 г. он написал полное отчаяния письмо академику С. А. Саркисову:

«Дорогой Семен Александрович!

К сухому официальному рапорту я хочу добавить несколько слов о том, в каком подавленном состоянии я нахожусь.

<...> Плохо было мое выступление на активе, плохо выступал я на „суде чести“ и неудачно кончилась моя многодневная работа по популярной брошюре, которую написать я считал своим партийным долгом. Ты убедился, как я не в состоянии написать нужную передовую. Я лишился своих организационных навыков и хотя, в известной степени от обстоятельств, но в основном по моей вине сорван выпуск „Вестника“.

² Там же.

Я не знаю, что будет дальше со мной, но пока я плохой и ненадежный помощник тебе. <...> В таком состоянии я никогда не был. Жму твою руку. Страшун»³. В своем официальном письме от 15 августа 1947 г. и. о. академика-секретаря АМН СССР профессору С. А. Саркисову Страшун просит освободить его от обязанностей зам. ответственного редактора «Вестника АМН» «из-за полного переутомления». Его просьба была удовлетворена не сразу, вероятно, его пытались уговорить остаться. Академик Саркисов поставил отметку на этом письме «просьбу удовлетворить» 16 октября 1947 г.⁴

Напряженная работа и приступы депрессии сказались на здоровье Ильи Давыдовича. Но самым страшным ударом для него стала научная конференция по «разоблачению И. Д. Страшуна» под названием «Против космополитизма и буржуазного объективизма в изучении истории медицины», состоявшаяся 29 марта 1949 г. в стенах гигиенического корпуса 1-го ММИ, где располагался отдел истории медицины Института организации здравоохранения и истории медицины имени Н. А. Семашко. Основным докладчиком на обличительной конференции был назначен (на предварительном проведенном заседании бюро отделения гигиены, микробиологии и иммунологии АМН СССР 22 марта) кандидат философских и медицинских наук И. К. Эфендиев. «Законную тревогу вызывает положение в Институте организации здравоохранения и истории медицины в связи с изучением истории медицины,— говорил докладчик.— Претендующий на Ленинский принцип партийности в науке, проф. Страшун выступает в роли ревизиониста ленинизма, в роли апологета реакционной теории беспартийности в науке, ищущего „международные связи“ <...> Жажда отечества в другой стране, полная аполитичность и методологическая ограниченность автора сливаются с безродным космополитизмом и антипатриотической клеветой на великий русский народ. Проф. Страшун и поныне не смог отмежеваться от идеи меньшевистствующего идеализма, проявляющегося теперь в новом — модном виде. От Мороховца до меньшевистствующего идеализма — и на этом идеологическом ослике — до буржуазного объективизма и эстетствующего космополитизма — такова эволюция научно-творческой деятельности проф. И. Д. Страшуна»⁵. Далее выступил доктор медицинских наук проф. Ф. Р. Бородулин: «Три черты, свойственных „господам космополитам“, характеризуют школу проф. Страшуна: отказ от изучения отечественной медицины, злонамеренная попытка представить ее как какой-то гетерогенный трансплантат зарубежной мудрости в мозгах наших ученых, злонамеренная попытка ограничиться изучением только биографий. Космополиты пытались скрыть передовое значение русской медицины и величие советской медицины, являющейся высшим этапом мировой медицинской науки, они тянули нас

в загнившее болото буржуазной медицины. Они должны быть сметены с нашего пути».

И «контрольным выстрелом» прозвучало выступление доцента Б. Д. Петрова: «Мы сегодня должны с большой остротой сказать, что нужно убрать все, что мешает правильно развивать эту дисциплину — историю медицины. Мешает прежде всего концепция о зависимости русской медицины от зарубежной. Представителем этой концепции, крупнейшим и наиболее старым работником этого фронта является профессор Страшун, и прежде всего о нем и его работах надо говорить. Мы не можем терпеть, чтобы ложная политическая концепция, смыкающаяся с концепцией наших врагов, лежала на нашем пути...»⁶. Далее в прессе широко освещалось, как был изобличен и снят со всех занимаемых должностей главный космополит в истории медицины профессор Страшун и что борьба с подобными буржуазными элементами в науке будет продолжаться.

В личном деле И. Д. Страшуна имеются две медицинские справки (обе от 3 марта 1949 г.) и его письмо Президенту АМН СССР академику Н. Н. Аничкову с просьбой об освобождении от занимаемой должности заведующего отделом истории медицины по состоянию здоровья с 1 марта. Письмо датировано 28 февраля 1949 г. В конце письма есть пометка «взята постановки Бюро Президиума от 28.03 и приобрести к делу». Вероятно, кто-то предупредил Илью Давыдовича о готовившемся «разоблачении», и он предпринял все возможные меры в попытке защитить себя от самых страшных последствий. Что касается справок, выданных одним и тем же числом: первая — из ГЦНИИ психиатрии Минздрава РСФСР — дана «для представления в Академию медицинских наук Министерства Здравоохранения СССР» действительному члену АМН проф. Страшуну «в том, что он в течение последних 1 ½ лет находился под нашим систематическим наблюдением в связи с выраженными циклотимическими приступами. Около года тому назад, на консультации с заслуженным деятелем науки проф. Гейером Т. А., проф. Страшун был направлен на стационарное лечение в санаторий им. Кащенко. За последнее время отмечается утяжеление и более затяжной характер депрессивных фаз»⁷. Справка подписана двумя старшими научными сотрудниками, чьи подписи заверены отделом кадров. Неужели академика АМН СССР в таком тяжелом состоянии могли «систематически наблюдать» даже не профессора, а старшие научные сотрудники? Каких-либо документов, подтверждающих пребывание в санатории им. Кащенко проф. Страшуна, в деле нет.

Вторая справка написана на бланке директора Психиатрической клиники имени Корсакова Первого московского Ордена Ленина медицинского института:

«Дана И. Д. Страшуну в том, что он находился под моим наблюдением с августа 1947 года по поводу за-

³ Там же.⁴ Там же.⁵ Там же.⁶ Там же.⁷ Там же.

История медицины

тянувшегося депрессивного состояния. В настоящее время резкое обострение». Подписана профессором Э...⁸.

Видимо, бескомпромиссной общественности показалось недостаточно суровым наказание, которому подвергли И. Д. Страшуна, и в начале 1950-х годов в Президиум АМН был отправлен новый пасквиль за авторством доктора Е. В. Молоткова, обличающий академика в фальсификации истории, преклонении перед авторитетами Запада и плагиате при написании статьи «Медицина», с требованием лишить Страшуна звания действительного члена АМН. По распоряжению министра здравоохранения СССР Е. И. Смирнова в связи с данным заявлением была сформирована специальная комиссия в составе академиков Ф. Г. Кроткова, П. Г. Сергиева и А. И. Сысина, которая доказательств плагиата в статье не усмотрела и констатировала неизбежность при использовании такого обширного материала «использования близких нам по времени источников», а также пришла к выводу об отсутствии в действиях Страшуна «деятельности, направленной во вред Союзу ССР», что могло бы послужить причиной лишения его звания академика АМН СССР, согласно пункту 19 Устава Академии [1].

Автобиография И. Д. Страшуна от 21 ноября 1951 г. на 9 страницах изложена ровным красивым почерком с очень подробным описанием заслуг и с особым акцентом на преданность делу партии и признанием своих ошибок. «Я счастлив и горд тем, что больше половины жизни, если считать арифметически 32 из 60, а если считать сознательную жизнь /я датирую ее с того момента, когда в 12 лет от роду, начал свою трудовую деятельность, получив первый платный урок/, то две трети ее, состою в рядах ВКПб, партии Ленина—Сталина. Я еще с большим рвением вновь и вновь продолжаю черпать в произведениях Ленина и Сталина философские обобщения для углубления моей научно-исследовательской работы. Моя работа „Медицина“, представляя значительный шаг вперед, как первый опыт дать историю медицины на основе исторического материализма, содержала целый ряд ошибок. Невыразительна была критика Вирхова, Кл. Бернара, Дю-Буа-Раймона и др. Главное же мною не была достаточно оценена самостоятельность развития отечественной медицины (я только отмечал таковую в области хирургии и физиологии), в силу чего дан ряд неправильных оценок, особенно Боткина. Некоторые из этих ошибок были отмечены справедливо Президентом АМН Н. Н. Аничковым в его статье („Мед. Работник“, 1949) что же касается статьи Эффендиева и Смирнова, то это ложь и клеветническое извращение цитат из моей брошюры. Но должен сказать, что большинство этих ошибок мне стало ясно тотчас после выхода 17 тома, когда я продолжил изучение подлинных работ отечественных классиков медицины и начал исправлять

их делом. Вот почему первая докторская диссертация, вышедшая из моей кафедры и начатая в 1937 году, была посвящена теме „Школа Боткина“. В ней была вскрыта оригинальная система взглядов С. П. Боткина и его передовая роль, по сравнению с западно-европейскими учеными. В то же время появляются кандидатские диссертации моих аспирантов на темы „Первые русские женщины-врачи“ и „Московский университет во второй половине XVIII века“. Под моим руководством проводилась коллективная работа по подготовке истории I Московского Медицинского Института к 175 летнему юбилею его...» и так далее⁹. Здесь же он пишет о своих приступах тяжелой депрессии и о том, что «был признан ВТЭК инвалидом II группы», упоминание четкого диагноза отсутствует. Конечно, больно и горько осознавать, что после большей части жизни, отданной служению своей стране, трех пройденных войн, его вначале возносят на пьедестал, а затем незаслуженно и цинично сбрасывают вниз, растоптав репутацию, растерзав личность, заставив каяться. Но И. Д. Страшун нашел в себе силы продолжить работу по истории медицины. «После слишком двухлетнего перерыва в научной работе мне удалось вновь вернуться к ней... благодаря вниманию и помощи со стороны Президента Н. Н. Аничкова, Академика-секретаря А. Н. Нестерова и Академика-секретаря отделения ГМиЭ А. Н. Сысина. Мне был предоставлен лаборант и отпущены небольшие средства. За истекший год мною были написаны, по предложению Института Истории Академии Наук СССР, статьи для V тома „Истории Москвы“ и для III тома „Истории СССР“. Мало по малу возвращается работоспособность, — при строгом режиме труда, — позволяет мне наметить на ближайшие 3—4 года научно-исследовательскую работу по составлению давно уже намеченного мною капитального труда „История русской общественной медицины за 100 лет“ (1851—1950)»¹⁰.

Автор 186 работ (86 посвящены санитарному просвещению, 68 — истории медицины, остальные — организации здравоохранения и высшей медицинской школе), среди которых фундаментальный труд — монографическая статья «Медицина», занявшая почти весь 17-й том 1-го издания БМЭ (1936), 2-й части большого монографического труда «Русский врач на войне» (1947), первая из которых была посвящена истории военной медицины в России в XVIII в., вторая — в Отечественной войне 1812 г., и др., И. Д. Страшун, признанный ныне выдающийся историк медицины и гигиенист, работы которого актуальны по сей день, скончался в 1967 г. в возрасте 75 лет, оставив о себе неизгладимые и очень теплые воспоминания своих учеников — П. Е. Заблудовского, Е. И. Лотовой, Х. И. Идельчик и многих других.

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

⁸ Там же.

⁹ Там же.

¹⁰ Там же.

ЛИТЕРАТУРА

1. Заблудовский П. Е., Лотова Е. И., Идельчик Х. И. К 100-летию со дня рождения И. Д. Страшуна. *Исторический вестник ММА имени И. М. Сеченова*. 1992;(1):69—86.
2. Страшун Матит'яху. Доступно по ссылке: <https://eleven.co.il/jewish-philosophy/jewish-studies/13954/>
3. Горелова Л. Е., Касимовская Н. А. Основатели первых кафедр истории медицины и социальной гигиены в СССР. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2015;23(3):56—9.
4. Бякина В. П., Зимин И. В. 1 ЛМИ в годы блокады: «цель № 89». *Ученые записки СПбГМУ имени академика И. П. Павлова*. 2008; XV(4):5—7.
5. Глянцев С. П., Сточик А. А. Создание АМН СССР: Первый этап. Постановление СНК СССР «Об учреждении АМН СССР» (30 июня 1944 г.). *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2018;26(5):357—63.
6. Глянцев С. П., Сточик А. А. Учредительная сессия Академии медицинских наук СССР День второй (21 декабря 1944 г.). *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2019;27(4): 491—5.
7. Егорышева И. В. Из истории создания Института организации здравоохранения и истории медицины. *История науки и техники*. 2014;(11):116—23.
8. 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.). *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2018;26(6): 472—7.
9. Мататит'яху Страшун и его библиотека. Доступно по ссылке: <http://www.volozhin.com/news/society/matityagu-strashun-i-ego-biblioteka.html>

Поступила 12.09.2019
Принята в печать 23.01.2020

REFERENCES

1. Zabludovskij P. E., Lotova E. I., Idel'chik H. I. On the occasion of the 100th birthday of I. D. Strashun. *Istoricheskij vestnik MMA imeni I. M. Sechenova*. 1992;(1):69—86 (in Russian).
2. Strashun Mattit'yahu. Available at: <https://eleven.co.il/jewish-philosophy/jewish-studies/13954/>
3. Gorelova L. E., Kasimovskaya N. A. Founders of the first departments of the history of medicine and social hygiene in the USSR. *Problemy social'noj gigieny, zdavoohraneniya i istorii mediciny*. 2015;23(3):56—9 (in Russian).
4. Byakina V. P., Zimin I. V. 1 LMI in the years of the siege: “goal number 89”. *Uchenye zapiski SPbGMU imeni akademika IP Pavlova*. 2008;XV(4):5—7 (in Russian).
5. Glyancev S. P., Stochik A. A. Creation of the USSR Academy of Medical Sciences: The first stage. Decree of the Council of People's Commissars of the USSR “On the establishment of the Academy of Medical Sciences of the USSR” (June 30, 1944). *Problemy social'noj gigieny, zdavoohraneniya i istorii mediciny*. 2018;26(5):357—63 (in Russian).
6. Glyancev S. P., Stochik A. A. Founding session of the USSR Academy of Medical Sciences Day Two (December 21, 1944). *Problemy social'noj gigieny, zdavoohraneniya i istorii mediciny*. 2019;27(4):491—5 (in Russian).
7. Egorysheva I. V. From the history of the establishment of the Institute of Health Organization and the History of Medicine. *Istoriya nauki i tekhniki*. 2014;(11):116—23 (in Russian).
8. Glyancev S. P., Stochik A. A. Creation of the USSR Academy of Medical Sciences: The second stage. From the Decree of the Council of People's Commissars of the USSR “On the Establishment of the Academy of Medical Sciences of the USSR” to the Founding Session of the USSR Academy of Medical Sciences (July — December 1944). *Problemy social'noj gigieny, zdavoohraneniya i istorii mediciny*. 2018;26(6):472—77 (in Russian).
9. Matatityagu Strashun and his library [*Matatit'yagu Strashun i ego biblioteka*]. Available at: <http://www.volozhin.com/news/society/matityagu-strashun-i-ego-biblioteka.html>