

**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](http://www.journal-nriph.ru)  
[www.nriph.ru](http://www.nriph.ru)

**Зав. редакцией**

*Щеглова Татьяна Даниловна*  
Тел.: +7 (495) 916-29-60  
E-mail: [ttcheglova@gmail.com](mailto:ttcheglova@gmail.com)

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

Все права защищены.

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

Цена свободная.

**Подписка:**

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

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

ISSN 0869-866X. Пробл. соц. гиг., здравоохран. и истории мед. 2020. Т. 28. № 3. 345—502.



Издатель:  
Акционерное общество  
«Шико»

ОГРН 1027739732822

Переводчик В. С. Нечаев

Корректор И. И. Жданюк

Сдано в набор 04.05.2020.

Подписано в печать 04.06.2020.

Формат 60 × 88%. Печать офсетная.  
Печ. л. 19,75. Усл. печ. л. 19,31. Уч.-изд. л. 21,72.

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

## 3

Том 28

2020

МАЙ—ИЮНЬ

**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 Махмадшоҳ 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](http://www.nriph.ru)

**Managing editor**

*Scheglova T. D.*

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

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

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

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

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

# PROBLEMY SOTSIALNOY GIGIENY, ZDRAVOOKHRANENIYA I ISTORII MEDITSINY

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

The bimonthly theoretical and practical journal

## 3

Volume 28

2020

MAY—JUNE

**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

|   |     |
|---|-----|
| Хабриев Р. У., Щепин В. О., Миргородская О. В. Комплексная оценка целевых показателей здоровья населения Центрального федерального округа Российской Федерации  | 349 |
| Семёнов В. Ю., Самородская И. В. Сравнительный анализ коэффициентов вариации стандартизованных региональных показателей смертности от причин, имеющих и не имеющих четкие критерии диагностики                | 355 |
| Ковалева И. П., Баженова С. А., Амбарян А. Х. Государственно-частное партнерство в российском здравоохранении: региональный аспект  | 360 |
| Баранов А. В. Региональные особенности дорожно-транспортного травматизма в Архангельской области  | 368 |
| Малыхина А. И., Гертанова Е. Ю., Каерова Е. В., Журавская Н. С., Дьяконова Т. М. Особенности образа жизни населения Владивостока  | 372 |
| Пузин С. Н., Коврижных Ю. А., Запарий С. Н., Филиппов В. В., Коврижных М. В. Показатели тяжести инвалидности вследствие злокачественных новообразований у лиц молодого возраста в Москве за 2016—2018 гг.     | 377 |
| Гринин В. М., Шестемирова Э. И. О качестве жизни инвалидов-ампутантов в Российской Федерации  | 380 |
| Тихонова Н. В., Шулмин А. В., Анафьянова Т. В., Волкова О. А. Этнические и семейные особенности выбора между официальной, народной или дополнительной (альтернативной) медициной                              | 385 |
| Дорошилова А. В., Лузина Ф. А., Палевская С. А., Смбастьян С. М. Динамика параметров репродукции и воспроизводства шорцев — коренного малочисленного народа Кемеровской области                               | 390 |
| Мотина А. Н., Астащенко Я. А., Масалева О. И., Третьякова Е. Е. Социально-гигиеническая характеристика больных с остеохондрозом позвоночника  | 396 |
| Шестера А. А., Кижунова В. Ю., Кику П. Ф., Кузьмина Т. Н., Стурова Е. В. Особенности состояния здоровья студентов высшего медицинского учебного заведения   | 400 |
| Лазуренко Н. В., Подпорожникова Н. Н., Поленова М. Е., Ковальчук О. В., Королева К. Ю. Профилактика табакокурения и формирование навыков здорового образа жизни у учащихся профессиональных учебных заведений | 405 |
| Жигулева Л. Ю., Черкасов С. Н., Федяева А. В. Динамика заболеваемости злокачественными новообразованиями системы крови и смертности от них населения Санкт-Петербурга   | 411 |
| Артеменков А. А., Варфоломеева З. С., Фарбер Ф. М., Шестаков В. Я., Крылова Т. В. Оценка уровня информированности студенческой молодежи по вопросам ВИЧ-инфекции  | 416 |
| Ходакова О. В., Дударева В. А. Социально-гигиеническая оценка состояния системы охраны материнства и детства на региональном уровне   | 423 |
| Низова Л. М., Кислицына И. Г. Социальное партнерство в сфере модернизации здравоохранения   | 428 |

### Реформы здравоохранения

|   |     |
|---|-----|
| Зудин А. Б., Чахоян Л. Р. Совершенствование организации и оказания лечебно-профилактической помощи пациентам с хроническими дерматозами   | 433 |
| Калининская А. А., Коновалов О. Е., Мерекина М. Д., Шляфер С. И., Сулькина Ф. А. Стационарзамещающие технологии: состояние и стратегические задачи развития   | 438 |
| Бабенко А. И., Кострубин С. А., Бабенко Е. А. Востребованность медицинских технологий при оказании стоматологической помощи взрослому населению в поликлинике   | 444 |
| Тер-Израэлян А. Ю. К вопросу о порядке организации стационарной психиатрической помощи  | 449 |
| Новиков А. П., Гиль А. Ю., Савчук С. А., Апполонова С. А., Хальфин Р. А. Организация химико-токсикологической службы и медицинского освидетельствования лиц на состояние алкогольного опьянения, факт употребления наркотических и иных психоактивных веществ в Ханты-Мансийском автономном округе — Югре | 454 |

## CONTENTS

### Health and Society

|   |     |
|---|-----|
| Khabriev R. U., Schepin V. O., Mirgorodskaya O. V. The complex evaluation of target indices population health in the Central Federal Okrug of the Russian Federation  | 349 |
| Semenov V. Yu., Samorodskaya I. V. The comparative analysis of coefficients of variation of standard regional indices of mortality and causes having and having not accurate criteria of diagnostics                        | 355 |
| Kovaleva I. P., Bajenova S. A., Ambaryan A. Kh. The public-private partnership in Russian health care: the regional aspect  | 360 |
| Baranov A. V. The regional characteristics of road traumatism in the Arkhangelsk oblast   | 368 |
| Malykhina A. I., Gertanova E. Yu., Kaerova E. V., Juravskaya N. S., Dyakonova T. M. The characteristics of life-style of population of Vladivostok  | 372 |
| Puzin S. N., Kovrizhnykh Yu. A., Zapariy S. N., Filippov V. V., Kovrizhnykh M. V. The indices of severity of disability because of malignant neoplasms in individuals of young age in Moscow in 2016—2018                   | 377 |
| Grinin V. M., Shestemirova E. I. About quality of life of individuals disabled because of amputation in the Russian Federation  | 380 |
| Tikhonova N. V., Shulmin A. V., Anafyanova T. V., Volkova O. A. The ethnic and family characteristics of choice between official, folk and additional (alternative) medicine  | 385 |
| Doroshilova A. V., Luzina F. A., Palevskaya S. A., Smbatyan S. M. The dynamics of parameters of reproduction of Shor people — native small nation of the Kemerovo oblast  | 390 |
| Motina A. N., Astaschenko Ya. A., Masaleva O. I., Tretyakova E. E. The social hygienic characteristic of patients with osteochondrosis of spine   | 396 |
| Shestera A. A., Kijunova V. Yu., Kiku P. F., Kuzmina T. N., Sturova E. V. The characteristics of health condition of students of medical university   | 400 |
| Lazurenko N. V., Podporinova N. N., Polenova M. E., Kovalchuk O. V., Koroleva K. Yu. The prevention of tobacco smoking and development of skills of healthy life-style in students of professional educational institutions | 405 |
| Jiguleva L. Yu., Cherkasov S. N., Fedyaeva A. V. The dynamics of morbidity and mortality of malignant neoplasms of blood system a population of St. Petersburg  | 411 |
| Artemenkov A. A., Varfolomeeva Z. S., Farber F. M., Shestakov V. Ya., Krylova T. V. The evaluation of level of awareness of student youth of issues of HIV-infection  | 416 |
| Khodakova O. V., Dudareva V. A. The social hygienic evaluation of condition of system of maternity and childhood care at the regional level   | 423 |
| Nizova L. M., Kislitsyna I. G. The social partnership in sphere of health care modernization  | 428 |

### Health Care Reforms

|  |     |
|--|-----|
| Zudin A. B., Chakhoyan L. R. The development of organization and provision of medical preventive care of patients with chronic dermatitis  | 433 |
| Kalininskaya A. A., Kononov O. E., Merekina M. D., Shlyafser S. I., Sulkina F. A. The hospital-substituting technologies: condition and strategic tasks of their development   | 438 |
| Babenko A. I., Kostrubin S. A., Babenko E. A. The demand for medical technologies during provision of stomatological care to adult population in polyclinic  | 444 |
| Ter-Israelyan A. Yu. On issue of standards of organization of hospital psychiatric care  | 449 |
| Novikov A. P., Gil A. Yu., Savchuk S. A., Appolonova S. A., Khalfin R. A. The organization of chemical toxicological service and medical examination of persons for condition of alcohol drunkenness, fact of consumption of drug and other psychoactive substances in the Khanty-Mansi Autonomous Okrug-Yugra | 454 |

- Грин С. И., Крюкова К. К., Иванов И. В., Матыцин Н. О., Щесюль А. Г., Берсенева Е. А.* Экспорт медицинских услуг как драйвер формирования национальной системы управления качеством и безопасностью медицинской деятельности ..... 459
- Абрамов А. Ю., Кича Д. И., Назаров А. М., Рукодайный О. В.* Организационно-клиническая система совершенствования медицинской помощи на основе электронных персонализированных данных о медицинских услугах при стенокардии и инфаркте миокарда ..... 464
- Гайворонский И. В., Гайворонская М. Г., Цимбалистов А. В., Пономарев А. А.* Морфометрические параметры проекционных треугольников лицевого черепа и подвисочной ямки при различной степени сохранности верхнего зубного ряда ..... 471
- Галимов А. Р., Богомолова И. Н.* Возможности судебно-медицинской гистологии при экспертизах дефектов оказания медицинской помощи ..... 476
- Андриянова А. А., Андриянова Л. С., Корниенко М. В.* Маркетинговое исследование состояния рынка медицинских услуг: факторы и региональные особенности ..... 480
- Образование и кадры**
- Аксенова Е. И., Камынина Н. Н., Хетагурова А. К., Подчернина А. М.* К вопросу о кадровом обеспечении медицинских организаций в условиях структурных преобразований системы здравоохранения города Москвы ..... 486
- История медицины**
- Затравкин С. Н., Вишленкова Е. А.* Принципы советской медицины: история создания ..... 491
- Егорышева И. В., Морозов А. В.* Вклад М. Н. Ахутина в военнопольную хирургию (к 75-летию Победы в Великой Отечественной войне) ..... 499
- Grin S. I., Krukova K. K., Ivanov I. V., Matytsyn N. O., Sheslyul A. G., Berseneva E. A.* The export of medical services as a driver of development of the National system of quality management and safety a medical activities
- Abramov A. Yu., Kicha D. I., Nazarov A. M., Rukodayny O. V.* The organizational clinical system of development of medical care based on electronic personified data of medical services under angina pectoris and myocardium infarction
- Gayvoronsky I. V., Gayvoronskaya M. G., Tsimbalistov A. V., Ponomarev A. A.* The morphometric parameters of projection triangle of visceral cranium and infratemporal fossa under various degree of integrity of upper dentition
- Galimov A. R., Bogomolova I. N.* The possibilities of forensic histology under expertise of defects of medical care provision
- Andriyanova A. A., Andriyanova L. S., Kornienko M. V.* The marketing study of medical services market: factors and regional characteristics
- Education and personnel**
- Aksenova E. I., Kamynina N. N., Khetagurova A. K., Podchernina A. M.* On issue of personnel support of medical organizations in conditions of structural transformation of health care system of the City of Moscow
- History of medicine**
- Zatravkin S. N., Vishlenkova E. A.* The principles of the Soviet medicine: history of establishment
- Egorysheva I. V., Morozov A. V.* The contribution of M. N. Akhutin in field surgery (to the 75<sup>th</sup> anniversary of Victory in the Great Patriotic War)

# Здоровье и общество

© Коллектив авторов, 2020  
УДК 614.2

**Хабриев Р. У., Щепин В. О., Миргородская О. В.**

## КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА ЦЕЛЕВЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОГО ФЕДЕРАЛЬНОГО ОКРУГА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

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

*В статье представлены результаты анализа значений и динамики изменений показателей рождаемости, ожидаемой продолжительности предстоящей жизни, общей и младенческой смертности, смертности в трудоспособном возрасте, смертности от болезней системы кровообращения, новообразований и дорожно-транспортных происшествий в 18 субъектах Центрального федерального округа Российской Федерации за 2015–2018 гг.*

*Приведены результаты сравнительного анализа фактических значений этих показателей с целевыми, утвержденными «Стратегией развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2025 года» (2019). Установлены необходимые объемы коррекции сложившихся расхождений. Так, для достижения целевых значений необходимо снижение смертности на 20% и более по показателям смертности в трудоспособном возрасте, смертности от болезней системы кровообращения и дорожно-транспортных происшествий применительно более чем к половине субъектов округа по каждой из причин смерти.*

*По результатам комплексного ранжирования анализируемых показателей здоровья определено рейтинговое положение каждого субъекта в составе Центрального федерального округа. Выявлены значительные различия между его субъектами по уровню значений показателей, темпам и объемам их изменений, возможностям достижения поставленных целей, рейтинговому положению и межтерриториальным разрывам.*

*Показано, что различия крайних значений суммы рангов субъектов Центрального федерального округа составляли в 2015 г. 5,1 раза, в 2016 г. — 5,5 раза, в 2017 г. — 6 раз и в 2018 г. — 6,2 раза, т. е. имела выраженная тенденция к нарастающей территориальной дифференциации.*

**К л ю ч е в ы е с л о в а :** Центральный федеральный округ; показатели здоровья населения; причины смерти; значения показателя прирост—убыль; ранжирование и рейтингование; территориальные различия.

**Для цитирования:** Хабриев Р. У., Щепин В. О., Миргородская О. В. Комплексная оценка целевых показателей здоровья населения Центрального федерального округа Российской Федерации. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2020;28(3):349–354. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2020-28-3-349-354>

**Для корреспонденции:** Щепин В. О., член-корр. РАН, д-р мед. наук, профессор, главный научный сотрудник ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н. А. Семашко» Минобрнауки России, e-mail: [shchepin131@mail.ru](mailto:shchepin131@mail.ru)

**Khabriev R. U., Schepin V. O., Mirgorodskaya O. V.**

## THE COMPLEX EVALUATION OF TARGET INDICES POPULATION HEALTH IN THE CENTRAL FEDERAL OKRUG OF THE RUSSIAN FEDERATION

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

*The article presents the results of analysis of values and dynamics of changes in indicators of fertility rate, expected life expectancy, total and infant mortality, able-bodied mortality, mortality of circulatory system diseases, neoplasms, and road traffic accidents in 18 subjects of the Central Federal Okrug of the Russian Federation in 2015–2018.*

*The results of comparative analysis of factual values of mentioned indicators with values of target indicators approved by the “Health care Development Strategy in the Russian Federation for period up to 2025” (2019) are presented. The necessary scope of correction of existing discrepancies are established. Reducing by 20% indicators of mortality of able-bodied age, circulatory system diseases and road accidents is needed to reach target values in more than half of the subjects of the Okrug for each cause of death.*

*Based on the results of comprehensive ranking of analyzed health indicators, rating position of each subject in the Central Federal Okrug is determined.*

*For the subjects of the Central Federal District, the analysis established significant differences in indicators values, volume of their changes, possibilities of achieving target goals, rating position and inter-territorial gaps.*

*It is demonstrated that differences in extreme values of summing of ranks of the subjects of the Central Federal District increased up to 5.1 times in 2015, up to 5.5 times in 2016, up to 6.0 times in 2017 and up to 6.2 times in 2018 that substantiate marked tendency of increasing territorial differentiation.*

**Key words:** the Central Federal District; population health indicators; causes of death; increase-decrease of indicator value; ranking and rating; territorial differences.

**For citation:** Khabriev R. U., Schepin V. O., Mirgorodskaya O. V. The complex evaluation of target indices population health in the Central Federal Okrug of the Russian Federation. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2020;28(3):349–354 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2020-28-3-349-354>

**For correspondence:** Shchepin V. O., the Corresponding Member of the Russian Academy of Sciences, doctor of medical science, professor, the chief researcher of the N. A. Semashko National Research Institute of Public Health. e-mail: [shchepin131@mail.ru](mailto:shchepin131@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 23.01.2020

## Введение

Указом Президента Российской Федерации от 06.06.2019 № 254 утверждена «Стратегия развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2025 года». В результате реализации первого этапа Стратегии (2019—2020) ожидаемая продолжительность предстоящей жизни (ОПЖ) при рождении должна увеличиться до 74 лет. Смертность от отдельных причин и в ряде групп населения должна быть снижена, в том числе младенческая смертность — до 5,2 на 1 тыс. родившихся живыми, смертность лиц трудоспособного возраста — до 419 на 100 тыс. населения соответствующего возраста, смертность от болезней системы кровообращения (БСК) — до 525 на 100 тыс. населения, смертность от новообразований (НО), включая злокачественные, — до 197 на 100 тыс. населения, смертность от дорожно-транспортных происшествий (ДТП) — до 7,5 на 100 тыс. населения [1].

Цели настоящего исследования — оценка состояния и динамики изменения значений отдельных показателей здоровья населения Центрального федерального округа (ЦФО), выявление проблемных зон по достижению целевых значений этих показателей, комплексное рейтинговое субъектов ЦФО по анализируемым показателям здоровья.

## Материалы и методы

Объект исследования — показатели здоровья населения, в том числе рождаемость, ОПЖ, общая и младенческая смертность, смертность населения трудоспособного возраста, смертность от БСК, НО и ДТП.

Предмет исследования — значение показателя, динамика его изменений, соотношение достигнутых и целевых значений, комплексные рейтинги субъектов ЦФО.

Материалы исследования — данные федерального статистического наблюдения об объекте исследования по Российской Федерации (РФ), ЦФО и его 18 субъектам за 2015—2018 гг. [1, 2].

Методы исследования — аналитический, сплошного наблюдения, математический, динамического ряда, ранжирования, суммы мест, расстояний, сравнительного анализа.

Для определения рейтингового положения каждого субъекта в составе округа нами предложена методика комплексного рейтингования субъектов РФ по отдельным показателям.

В данном исследовании были проанализированы данные 18 субъектов ЦФО по восьми приведенным выше в качестве объекта исследования показателям здоровья населения за 2015—2018 гг.

Для каждого субъекта, за каждый год, по каждому показателю определялось его ранговое место путем

ранжирования абсолютных значений показателя с выставлением баллов от 1 до 18 (1 балл — наилучший результат). Затем по каждому субъекту вычислялась сумма баллов по всем показателям за каждый год и за все годы вместе. Лучшей признавалась наименьшая сумма баллов. Ранговое место итоговой суммы и являлось рейтинговым значением конкретного субъекта в составе ЦФО за 2015—2018 гг.

Применение при анализе метода суммы мест (баллов) позволяет учесть имеющиеся колебания ранговых мест субъекта в разные годы по отдельному показателю, получить сумму баллов высоких и низких рангов по всем показателям каждого субъекта за каждый отрезок времени (год и более), определить методом расстояний количественную разницу (в баллах) между отдельными субъектами округа.

В качестве объектов исследования самостоятельно или дополнительно могут быть использованы и другие группы или отдельные показатели (естественного движения населения, заболеваемости, нетрудоспособности, ресурсов и деятельности здравоохранения, социально-экономического развития и т. д.) за любой период времени по неограниченному числу административно-территориальных образований или сопоставимых баз исследования.

## Результаты исследования

В 2018 г. рождаемость в ЦФО (9,9 на 1 тыс. населения) в среднем была на 9,2% ниже, чем в РФ (10,9), причем только в трех субъектах: Калужской области (10,2), г. Москве (10,5) и Московской области (11,0) — показатель рождаемости был выше окружного на 3; 6,1 и 11% соответственно. В остальных 15 субъектах он был ниже: в диапазоне от –1 до –6,1% в Ярославской (–9,8), Костромской (–9,7), Липецкой (–9,5) и Владимирской (–9,3) областях и в диапазоне от –9,1 до –18,2% в Ивановской (–9,0), Орловской (–9,0), Смоленской (–8,3), Тульской (–8,3) и Тамбовской (–8,1) областях. Только в Московской области показатель рождаемости был незначительно выше (на 0,9%) среднероссийского.

За 3 года (2016—2018) рождаемость последовательно снижалась во всех субъектах округа в среднем на 15,4%, в том числе наиболее интенсивно — в Калужской (на 19%), Брянской (на 19,3%), Орловской (на 19,6%), Ярославской (на 19,7%), Владимирской (на 19,8%), Белгородской (на 20%), Курской (на 20,7%), Смоленской (на 21%), Тульской (на 21%), Ивановской (на 21,1%) и Костромской (на 22,4%) областях, опережая при этом на 23,4—45,5% темпы окружного и на 5,6—24,4% — федерального снижения рождаемости, составившего 18%.

В 2018 г. общая смертность населения ЦФО (1292,3 на 100 тыс. населения) была на 3,7% выше, чем в среднем по РФ (1245,6). Только в Московской

## Здоровье и общество

области (1222,3) и г. Москве (972,4) показатель смертности был ниже окружного (на 5,4 и 24,8% соответственно), а в остальных 16 субъектах — выше: в диапазоне от 4,4—13,8% в Белгородской (1349,4), Липецкой (1450,7), Воронежской (1470,7) областях до 19,9—30,4% в Смоленской (1549,1), Тамбовской (1557,2), Орловской (1584,0), Владимирской (1600,5), Ивановской (1607,5), Тульской (1619,3) и Тверской (1683,5) областях. Только в Московской области и г. Москве показатель смертности был ниже среднероссийского (на 2,9 и 21,9% соответственно).

За 3 года общая смертность в РФ снизилась на 4,4%, а в ЦФО — на 4,1%. Среди субъектов округа только в Ивановской области был отмечен рост смертности на 0,2%. Снижение смертности не было линейным, его пик проходил на 2017 г., а в 2018 г. смертность незначительно, но возросла в целом в округе на 0,1% и на 0,1—3,1% в 9 его субъектах (половине).

Снижение смертности в Тверской (на 4,8%), Курской (на 5,1%), Смоленской (на 5,2%), Липецкой (на 5,3%), Тульской (на 5,3%), Московской (на 5,6%) и Костромской (на 7,2%) областях по своим темпам опережало среднероссийское на 9,1—63,6%.

Наименьшее снижение смертности отмечалось в Орловской и Тамбовской областях (по 3,2%), Владимирской области (на 2,9%), Белгородской и Рязанской областях (по 2,7%), г. Москве (на 2,2%) и Калужской области (на 0,9%).

В 2018 г. младенческая смертность в ЦФО (4,8 на 1 тыс. родившихся живыми) была на 5,9% ниже, чем в РФ (5,1).

За 3 года (2016—2018) младенческая смертность последовательно снизилась в РФ на 21,5%, а в ЦФО — на 20%. Снижение младенческой смертности отмечено во всех субъектах ЦФО, кроме Тамбовской и Курской областей. В Тамбовской области в 2018 г. младенческая смертность возросла с 2,4 до 3,9 на 1 тыс. родившихся живыми (на 62,5%), что и обусловило 3-летний рост младенческой смертности на 5,4%. В Курской области резкий рост младенческой смертности с 4,7 до 6 (на 27,7%) произошел в 2016 г., а последующее 2-летнее снижение позволило скомпенсировать этот рост только на уровне +12,8%.

На фоне общего снижения младенческой смертности в ЦФО в отдельных его субъектах смертность периодически возрастала или не изменялась. Так, в 2016 г. такое явление было отмечено в 5, в 2017 г. — в 6 и в 2018 г. — в 9 субъектах округа.

В целом наиболее значимо младенческая смертность сократилась в Тверской (на 27,3%), Тульской (на 27,9%), Ивановской (на 30,9%), Ярославской (на 41,4%), Орловской (на 43,3%), Калужской (на 44,3%), Брянской (на 49,4%) и Липецкой (на 52,6%) областях.

В 2018 г. значение показателя было на 3,9—33,3% ниже, чем в среднем по РФ, в Калужской (4,9), Тульской (4,9), Тверской (4,8), Рязанской (4,7), Воронежской (4,6), Московской (4,1), Брянской (4,0), Тамбовской (3,9), Ивановской (3,8), Липецкой (3,6) и Ярос-

лавской (3,4) областях (на 1 тыс. родившихся живыми).

Несмотря на определенные сложности, целевое значение показателя младенческой смертности (5,2 на 1 тыс. родившихся живыми) уже достигнуто в 2018 г. в РФ в целом, в ЦФО и в большинстве его субъектов, кроме Курской области (5,3), г. Москвы (5,4), Костромской (5,6) и Смоленской (6,6) областей. Младенческую смертность в этих субъектах необходимо снизить на 1,9; 3,7; 7,1 и 21,2% соответственно.

Несколько неожиданно, но, несмотря на снижение младенческой смертности в г. Москве в 2016—2018 гг. на 10%, Москва занимала в 2015—2018 гг. соответственно 7, 6, 12—13 и 16-е ранговые места среди 18 субъектов ЦФО.

В 2018 г. смертность населения трудоспособного возраста (НТВ) в ЦФО (446,7 на 100 тыс. населения соответствующего возраста) была на 7,4% ниже, чем в РФ (482,2).

За 3 года смертность НТВ последовательно снижалась в РФ (на 11,8%) и в ЦФО (на 10,1%) и всех его субъектах, в том числе наиболее интенсивно в Костромской (на 10,2%), Рязанской (на 10,6%), Смоленской (на 10,9%), Московской (на 11,2%), Тверской (на 12,3%), Курской (на 12,9%), Тульской (на 13,5%) и Воронежской (на 15,5%) областях. Однако, несмотря на интенсивное снижение смертности НТВ, в 2018 г. только показатели Воронежской (474,5), Московской (439,7) и Белгородской (422,5) областей были лучше среднероссийского на 1,6—12,4%.

Обособленное положение занимает г. Москва, смертность населения трудоспособного возраста в котором (317,4) ниже окружного уровня на 28,9%, ниже среднероссийского на 34,2% и ниже целевого (419 на 100 тыс. населения соответствующего возраста) на 24,2%.

В остальных 17 субъектах ЦФО уровень смертности НТВ существенно выше, а достижение значения целевого показателя требует снижения смертности в Белгородской области на 0,8%, в Московской — на 4,7%, в Воронежской — на 11,7%, в Рязанской — на 16,4%, в Тамбовской — на 17,8%, в Липецкой — на 20,5%, в Костромской — на 21,2%, в Курской — на 21,8%, в Ярославской — на 21,9%, в Орловской — на 25,5%, в Калужской — на 25,7%, в Тульской — на 26,6%, в Брянской — на 27,5%, в Ивановской — на 28,3%, в Смоленской — на 28,9%, во Владимирской — на 29,4%, в Тверской — на 33,9%. Для большинства из перечисленных субъектов ЦФО настолько интенсивное снижение смертности НТВ за 2 года практически нереально.

В 2018 г. смертность населения от БСК в ЦФО (591,9 на 100 тыс. населения) была на 1,5% выше, чем в РФ (583,1).

За 3 года смертность от БСК снизилась в РФ на 8,2%, а в ЦФО — на 11%. Снижение смертности происходило во всех субъектах ЦФО, кроме Липецкой области, в которой она возросла на 10,6%. Наиболее интенсивно, опережая темп окружного снижения, смертность от БСК уменьшилась в Калужской (на

15,7%), Ярославской (на 18%), Тверской (на 20%), Рязанской (на 24%) и Московской (на 29,9%) областях.

Наименьший уровень смертности от БСК, достигший значений ниже целевого (525 на 100 тыс. населения), отмечен в 2018 г. в Московской области (473,8) и г. Москве (523,7).

Кроме Московской области и г. Москвы, наименьшие значения смертности отмечены в Ивановской (575,2), Ярославской (575,5), Рязанской (604,0), Тамбовской (613,5), Воронежской (617,3), Липецкой (624,5) областях, однако для достижения целевого значения показателя в этих субъектах ЦФО смертность необходимо снизить на 9,6—19%.

В ряде субъектов ситуация еще более сложная. Так, за 2 года необходимо уменьшить смертность от БСК в Белгородской области на 28,6%, в Брянской — на 29,3%, в Тверской — на 29,6%, в Костромской — на 30,8%, в Орловской — на 42,6%, что представляется маловероятным. Смертность населения от БСК в вышеперечисленных субъектах составляет от 734,8 до 914,8 на 100 тыс. населения.

В 2018 г. смертность населения от НО в ЦФО (213,1 на 100 тыс. населения) была на 5% выше, чем в РФ (203,0).

В 2016—2018 гг. смертность от НО снизилась в РФ на 1%, а в ЦФО — на 2,2%. При этом снижение отмечалось только в 6 субъектах округа: Воронежской (на 2%), Ярославской (на 2,3%), Липецкой (на 3,1%), Рязанской (на 4,9%), Тамбовской (на 5%) и Московской (на 18,5%) областях.

В 4 субъектах смертность возросла менее чем на 2%: в Курской (на 0,3%), Тверской (на 1,4%), Калужской (на 1,7%) и Белгородской (на 1,8%) областях, а в 4 субъектах — более чем на 4,5%: в Смоленской (на 4,6%), Орловской (на 4,8%), Брянской (на 5,2%) и Владимирской (на 7,7%) областях.

В г. Москве за 3 года уровень смертности от НО возрос на 2,2%, в 2018 г. составил 215,7 (на 100 тыс. населения), что на 1,2% выше окружного и на 6,3% выше среднероссийского. Для достижения целевого значения смертность от НО в г. Москве необходимо снизить на 8,7%.

В 2018 г. наименьшие уровни смертности от НО, значения которых даже ниже целевого (197 на 100 тыс. населения), достигнуты в Белгородской (196,7), Липецкой (188,5), Воронежской (183,8), Тамбовской (182,4) и Московской (177,8) областях.

Наиболее существенно (на 21,7—26,8%) необходимо снизить смертность от НО в Брянской (251,6 на 100 тыс. населения), Костромской (252,7), Тверской (254,2), Владимирской (256,9), Орловской (268,1) и Тульской (269,1) областях. В остальных субъектах ЦФО смертность от НО необходимо снизить на 9,9—14,5%.

В 2018 г. в ЦФО в структуре причин смерти доля БСК составляла 45,8%, доля НО — 16,5%, что практически соответствует средним значениям по России (46,8 и 16,3% соответственно) [3].

В 2018 г. смертность от ДТП в ЦФО (8,5 на 100 тыс. населения) была на 12,4% ниже таковой в РФ (9,7).

За 3 года смертность от ДТП снизилась в РФ на 20,5%, а в ЦФО — на 23,4%. Снижение смертности отмечалось во всех субъектах округа, кроме Курской области, в которой значение показателя сохранилось на уровне 2015 г. (13,4 на 100 тыс. населения). Наиболее интенсивно смертность от ДТП снизилась в г. Москве (на 31%), Липецкой (на 31,2%), Ярославской (на 31,4%), Костромской (на 31,9%), Ивановской (на 35,1%) и Рязанской (на 35,6%) областях. Смертность от ДТП также снизилась во Владимирской (на 23,6%), Орловской (на 24%), Калужской (на 25%), Тульской (на 25,1%), Белгородской (на 26,5%) и Тверской (на 29%) областях. Несмотря на такое существенное уменьшение значения показателя, только в 4 субъектах ЦФО он равен среднероссийскому или лучше него: в Белгородской (9,7), Ивановской (8,5), Московской (8,1) областях и г. Москве (2,9); в двух последних значение показателя лучше среднего по ЦФО.

Показатель смертности при ДТП в 2018 г. только в г. Москве был ниже целевого значения, причем в 2,6 раза, а в остальных субъектах он существенно выше и требует интенсивного снижения. Для достижения целевого значения необходимо снизить смертность от ДТП в Воронежской области на 39,5%, в Тверской — на 43,2%, в Курской — на 44%, в Брянской — на 47,6%, в Калужской — на 47,9%, во Владимирской — на 48,6%, в Тульской — на 49,7% и в Тамбовской — на 50,7%.

В 2018 г. показатель ОППЖ в ЦФО (74,01 года) был на 1,1 года больше, чем в целом по РФ (72,91 года). Однако, кроме г. Москвы, где значение показателя составляет 77,84 года, ни один субъект ЦФО не достиг среднего по округу значения.

Кроме г. Москвы, показатель ОППЖ выше, чем в среднем по России, в Тамбовской (72,95 года), Воронежской (73,15 года), Московской (73,52 года) и Белгородской (73,67 года) областях. Этим субъектам для достижения цели в 74 года необходимо увеличить ОППЖ за 2019—2020 гг. на 1,05; 0,85; 0,48 и 0,33 года соответственно, что представляется вполне реальным.

Достаточно высокие для округа показатели ОППЖ отмечаются в Рязанской (72,84 года), Липецкой (72,62 года) и Ярославской (72,25 года) областях, которым необходимо увеличить ОППЖ на 1,16; 1,38 и 1,75 года соответственно. Наименьшие значения ОППЖ во Владимирской (71,23 года), Смоленской (71,16 года) и Тверской (70,47 года) областях.

За 3 года прирост ОППЖ составил в РФ 1,52 года, в ЦФО — 1,29 года, в Тульской области — 1,71 года, в Липецкой — 1,55 года, в Костромской — 1,49 года, в Воронежской — 1,48 года, в Смоленской — 1,42, во Владимирской — 1,41 года, в Рязанской — 1,38 года, в Тверской — 1,37 года, в Брянской — 1,35 года, в Тамбовской — 1,28 года. В остальных субъектах ЦФО прирост ОППЖ был ниже среднего по ЦФО с наименьшим приростом в 0,67 года в Ивановской области.

В то же время для достижения целевого значения показатель ОППЖ необходимо увеличить на 2 года

Здоровье и общество

и более в 10 субъектах ЦФО, в том числе в Курской (на 2,09 года), Калужской (на 2,11), Костромской (на 2,13), Тульской (на 2,23), Брянской (на 2,29), Орловской (на 2,44), Ивановской (на 2,71), Владимирской (на 2,77), Смоленской (на 2,84) и Тверской (на 3,53 года) областях. Для этих субъектов значение в 74 года является скорее неким «маяком», а не реально достижимым в течение 2 лет результатом.

Таким образом, в 2018 г. различия крайних значений отдельных показателей по субъектам ЦФО составляли:

- по ОППЖ — 7,4 года;
- по рождаемости — 1,4 раза;
- по смертности от НО — 1,5 раза;
- по общей смертности — 1,7 раза;
- по младенческой смертности и по смертности от БСК — 1,9 раза;
- по смертности в трудоспособном возрасте — 2,0 раза;
- по смертности от ДТП — 5,2 раза.

Результаты ранжирования значений показателей здоровья населения по субъектам ЦФО демонстрируют, что по сумме баллов за 4 года наилучшие результаты по ОППЖ, общей смертности, смертности в трудоспособном возрасте, от БСК и при ДТП достигнуты в г. Москве, по младенческой смертности — в Тамбовской, а по рождаемости — в Московской области. Лучшие результаты по смертности от НО зарегистрированы в Воронежской и Тамбовской областях.

Напротив, самые высокие значения общей смертности и смертности в трудоспособном возрасте отмечались в Тверской области, смертности от БСК — в Орловской, от НО — в Тульской, при ДТП — в Тульской, Владимирской и Тверской областях, младенческой смертности — в Костромской, Брянской и Смоленской областях. Самая низкая рождаемость зарегистрирована в Тамбовской, а ОППЖ — в Тверской области.

Комплексное рейтинговое субъектов ЦФО по показателям здоровья населения (см. таблицу) продемонстрировало, что в итоге за 4 года наиболее благополучное положение сложилось в Московской области, г. Москве, Воронежской, Белгородской и Липецкой областях, занимающих 1—5-е рейтинговые места (сумма рангов до 200 баллов), которые незначительно менялись по годам, но неизменно входили в пятерку лидеров.

Следует отметить, что итоговый за 4 года разрыв суммы баллов между 1-м и 2-м рейтинговыми местами (столбцы 11 и 12 в таблице) составлял 19,3%, между 3—5-м — 4%, а между 2-м и 3—4—5-м — 75—82%, т. е. Московская область и г. Москва комплексно достигли существенно лучших результатов, чем остальные субъекты ЦФО.

Наиболее сложная ситуация отмечена в Брянской, Орловской, Владимирской, Тульской и Тверской областях, занимавших последние 14—18-е рейтинговые места (сумма рангов 400 баллов и более) по отдельным годам и в итоге за 4-летний период. Различия суммы баллов внутри этой группы составляли

**Рейтинговое место субъектов ЦФО по 8 показателям здоровья населения в 2015—2018 гг.**

| Субъект Российской Федерации, входящий в состав ЦФО | Годы  |    |       |    |       |    |       |      |           |    |
|---|-------|----|-------|----|-------|----|-------|------|-----------|----|
|   | 2015  |    | 2016  |    | 2017  |    | 2018  |      | 2015—2018 |    |
|   | I     | II | I     | II | I     | II | I     | II   | I         | II |
| Московская обл.                                     | 28,0  | 2  | 24,0  | 1  | 19,5  | 1  | 19,0  | 1    | 90,5      | 1  |
| г. Москва   | 24,5  | 1  | 24,5  | 2  | 29,0  | 2  | 30,0  | 2    | 108,0     | 2  |
| Воронежская обл.                                    | 42,5  | 4  | 45,0  | 3  | 50,5  | 5  | 51,0  | 4    | 189,0     | 3  |
| Белгородская обл.                                   | 41,5  | 3  | 49,5  | 4  | 47,0  | 4  | 52,5  | 5    | 190,5     | 4  |
| Липецкая обл.                                       | 54,5  | 5  | 59,0  | 5  | 41,0  | 3  | 42,0  | 3    | 196,5     | 5  |
| Тамбовская обл.                                     | 59,5  | 6  | 64,0  | 7  | 58,5  | 6  | 72,0  | 8    | 254,0     | 6  |
| Ярославская обл.                                    | 66,0  | 8  | 66,0  | 8  | 74,5  | 9  | 56,0  | 6    | 262,5     | 7  |
| Рязанская обл.                                      | 77,5  | 10 | 62,5  | 6  | 65,0  | 8  | 59,5  | 7    | 264,5     | 8  |
| Ивановская обл.                                     | 61,5  | 7  | 68,0  | 9  | 78,0  | 10 | 79,5  | 10   | 287,0     | 9  |
| Калужская обл.                                      | 84,0  | 12 | 75,5  | 10 | 64,5  | 7  | 77,5  | 9    | 301,5     | 10 |
| Костромская обл.                                    | 81,5  | 11 | 80,0  | 11 | 78,5  | 11 | 83,0  | 11   | 323,0     | 11 |
| Курская обл.  | 70,0  | 9  | 86,0  | 12 | 92,5  | 13 | 91,0  | 12   | 339,5     | 12 |
| Смоленская обл.                                     | 98,0  | 13 | 96,0  | 14 | 88,5  | 12 | 104,5 | 14   | 387,0     | 13 |
| Брянская обл.                                       | 108,5 | 15 | 95,5  | 13 | 106,5 | 14 | 92,0  | 13   | 402,5     | 14 |
| Орловская обл.                                      | 116,0 | 16 | 109,0 | 15 | 116,0 | 16 | 108,5 | 15   | 449,5     | 15 |
| Владимирская обл.                                   | 108,0 | 14 | 114,0 | 16 | 112,0 | 15 | 118,0 | 17,5 | 452,0     | 16 |
| Тульская обл.                                       | 121,5 | 17 | 117,0 | 17 | 130,0 | 18 | 114,0 | 16   | 482,5     | 17 |
| Тверская обл.                                       | 125,0 | 18 | 132,5 | 18 | 116,5 | 17 | 118,0 | 17,5 | 492,0     | 18 |

Примечание. I — сумма рангов в баллах, II — рейтинговое место.

22,2%, а между 6-м и 13-м рейтинговыми местами находились в диапазоне от 3,3 до 52,4%. Различия крайних значений суммы рангов субъектов ЦФО составляли в 2015 г. 5,1 раза, в 2016 г. — 5,5 раза, в 2017 г. — 6 раз, в 2018 г. — 6,2 раза, т. е. имели выраженную тенденцию к нарастанию. Кратность разницы суммы рангов за 4 года составляла 5,4 раза.

### Заключение

В результате проведенного исследования выявлены значительные различия между субъектами ЦФО по уровню значений показателей, темпам и объемам их изменений, возможностям достижения поставленных целей, рейтинговому положению и межтерриториальным разрывам.

При общей схожести тенденций изменений медико-демографических процессов, рождаемость в ЦФО ниже, а смертность выше, чем в среднем по России. Снижение смертности во всех субъектах ЦФО позволяет говорить о потенциальной возможности роста ожидаемой продолжительности предстоящей жизни, однако суммарное за 3 года снижение рождаемости, в 3,8 раза опережающее снижение смертности, приводит к нарастанию проблемы естественной убыли населения округа (–1,8 в 2015 г. и –3,0 в 2018 г.). Снижение рождаемости интенсивнее снижения смертности в Орловской области — в 6,1 раза, в Рязанской — в 6,3 раза, в Белгородской — в 7,4 раза и в Калужской области — в 21,1 раза.

Процесс достижения целевых значений показателей достаточно индивидуален по объемам необходимых изменений и, как следствие этого, по возможным срокам реализации для каждого из субъектов, формирующих среднее по округу значение.

В частности, смертность в трудоспособном возрасте в ЦФО в среднем нужно сократить на вполне реальные 6,2%, однако в 11 конкретных субъектах

это необходимое сокращение составляет уже 20,5—33,9%. Смертность от БСК следует снизить на 11,3%, в том числе в 10 субъектах — на 21,1—42,6%, смертность от НО — на 7,6%, а в 6 субъектах — на 21,7—26,8%, смертность при ДТП в округе необходимо уменьшить на 11,8%, а в 15 субъектах — на 21,1—50,7%. На фоне достижения в среднем по округу целевых значений по ОППЖ и младенческой смертности в 10 субъектах округа ОППЖ необходимо увеличить на 2 года и более, а младенческую смертность снизить в четырех областях, в том числе в Смоленской — на 21,2%.

Комплексное рейтинговое ЦФО показало, что наиболее благополучное положение в анализируемый период складывалось в Московской области, г. Москве, Воронежской, Белгородской и Липецкой областях, а наиболее сложное — в Брянской, Орловской, Владимирской, Тульской и Тверской областях. Различия крайних значений суммы рангов в эти годы имели выраженную тенденцию к нарастанию.

В ряде случаев значения показателей по г. Москве и Московской области существенно отличаются от значений остальных субъектов округа, что требует особого внимания к оценке средних по ЦФО значений показателей.

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

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Федеральная служба государственной статистики. Естественное движение населения Российской Федерации за 2016 год (статистический бюллетень). М.: Росстат; 2017.
2. Федеральная служба государственной статистики. Естественное движение населения Российской Федерации за 2018 год (статистический бюллетень). М.: Росстат; 2019.
3. Какорина Е. П., Никитина С. Ю. Особенности структуры смертности в Российской Федерации. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2019;27(5):822-6. doi: 10.32687/0869-866X-2019-27-5-822-826

Поступила 10.11.2019  
Принята в печать 23.01.2020

#### REFERENCES

1. Federal State Statistics Service. Natural movement of the population of the Russian Federation for 2016 (statistical bulletin) [*Federal'naya sluzhba gosudarstvennoy statistiki. Yestestvennoye dvizheniye naseleniya Rossiyskoy Federatsii za 2016 god (statisticheskiy byulleten')*]. Moscow: Rosstat; 2017 (in Russian).
2. Federal State Statistics Service. Natural population movement of the Russian Federation for 2018 (statistical bulletin) [*Federal'naya sluzhba gosudarstvennoy statistiki. Yestestvennoye dvizheniye naseleniya Rossiyskoy Federatsii za 2018 god (statisticheskiy byulleten')*]. Moscow: Rosstat; 2019 (in Russian).
3. Kakorina E. P., Nikitina S. Yu. Features of the structure of mortality in the Russian Federation. *Problemy socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2019;27(5):822—6 (in Russian). doi: 10.32687/0869-866X-2019-27-5-822-826

Семёнов В. Ю.<sup>1</sup>, Самородская И. В.<sup>2</sup>

## СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ КОЭФФИЦИЕНТОВ ВАРИАбельНОСТИ СТАНДАРТИЗОВАННЫХ РЕГИОНАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СМЕРТНОСТИ ОТ ПРИЧИН, ИМЕЮЩИХ И НЕ ИМЕЮЩИХ ЧЕТКИЕ КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ

<sup>1</sup>ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр сердечно-сосудистой хирургии им. А. Н. Бакулева» Минздрава России, 119049, г. Москва;

<sup>2</sup>ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр профилактической медицины» Минздрава России, 101990, г. Москва

*Стандартизованные коэффициенты смертности (СКС) от различных причин имеют существенную вариабельность по регионам и зависят от множества факторов. Целью исследования явилось изучение межрегионального коэффициента вариабельности (КВ) стандартизованных показателей смертности от онкологических заболеваний по сравнению с другими причинами, не имеющими четких диагностических критериев. Из 295 причин смерти Краткой номенклатуры Росстата были отобраны 49, из которых сформированы две группы сравнения: злокачественные новообразования и причины (наименования болезней), не имеющие четких диагностических критериев. Для расчета СКС Европейский стандарт. Достоверность различий между группами оценивали с помощью критерия Манна—Уитни. Величина межрегионального КВ СКС от злокачественных новообразований статистически значимо ниже, чем в группе причин, не имеющих четких критериев диагностики заболеваний (разность средних составила 114,2; 95% ДИ 83,7—144,6;  $p < 0,0001$ ). В группе злокачественных новообразований имелись достоверные различия в КВ между подгруппой новообразований с точным указанием локализации и подгруппой злокачественных новообразований других и неточно обозначенных локализаций. На различия региональных показателей СКС от конкретных причин может влиять несогласованность критериев диагностики заболеваний и определения первоначальной причины смерти. Влияние оказывает и разный уровень заболеваемости населения в регионах. Для корректного анализа показателей смертности от отдельных причин / групп причин требуется согласование вопроса необходимости верификации всех случаев установления диагноза, «глубины» такой верификации, используемых критериев.*

*Ключевые слова:* смертность от злокачественных новообразований; смертность от прочих причин; коэффициент вариабельности стандартизованного коэффициента смертности.

**Для цитирования:** Семёнов В. Ю., Самородская И. В. Сравнительный анализ коэффициентов вариабельности стандартизованных региональных показателей смертности от причин, имеющих и не имеющих четкие критерии диагностики. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2020;28(3):355—359. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2020-28-3-355-359>

**Для корреспонденции:** Семёнов Владимир Юрьевич, д-р мед. наук, профессор, заместитель директора ИКХ им. В. И. Бураковского НМИЦССХ им. А. Н. Бакулева, e-mail: [semenov.opora@gmail.com](mailto:semenov.opora@gmail.com)

Semenov V. Yu.<sup>1</sup>, Samorodskaya I. V.<sup>2</sup>

## THE COMPARATIVE ANALYSIS OF COEFFICIENTS OF VARIATION OF STANDARD REGIONAL INDICES OF MORTALITY AND CAUSES HAVING AND HAVING NOT ACCURATE CRITERIA OF DIAGNOSTICS

<sup>1</sup>The Federal State Budget Scientific Institution “A. N. Bakulev Research Center of Cardiovascular Surgery”, 121552, Moscow, Russia;

<sup>2</sup>The The Federal State Budget Institution “The National Medical Research Center of Preventive Medicine” of Minzdrav of Russia, 101990, Moscow, Russia

*The standardized mortality coefficients for different causes have significant variability between regions and depend on many factors. The purpose of study was to investigate interregional variation coefficients of standardized mortality of oncologic diseases as compared with other causes having no explicit diagnosis criteria. The 49 death causes were selected out of 295 causes of the Short nomenclature of the Rosstat. These causes were distributed by 2 groups: neoplasms and causes without explicit diagnostic criteria. The standard mortality indicator was calculated on the basis of the European standard. The significance of differentiations between the groups was estimated using one-factor dispersion analysis by pair comparison and Bonferroni amendment. The level of interregional variation coefficient of the standard mortality indicator from cancer was lower than from other causes with no explicit diagnostic criteria. Even the reasons of death from oncologic diseases which has no explicit criteria have the significantly less marked variation coefficient as compared to other two groups. There were reliable differences of the variation coefficients between the subgroup of oncologic diseases with precise location of tumor and the subgroup of oncologic diseases of other and non-explicit locations. The death causes due to “other diseases” and the death causes due to diseases with no-explicit diagnostic criteria had similarly high level of variation coefficient. The difference of the regional standard mortality indicator of concrete reasons is affected by uncoordinated criteria of diseases diagnostic and the main reason of death determination. The letter of the Minzdrav of Russia concerning the rules of application of notion “senility” as cause of death played certain role also. The different level of morbidity in regions had the influence as well. The harmonization of verification of all the cases of diagnosis, its “depth” and applied criteria is needed for proper analysis of data of death from separate causes is needed.*

*Keywords:* mortality; oncologic disease; mortality of other causes; variability coefficient; standardized mortality rate.

**For citation:** Semenov V. Yu., Samorodskaya I. V. The comparative analysis of coefficients of variation of standard regional indices of mortality and causes having and having not accurate criteria of diagnostics. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2020;28(3):355—359 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2020-28-3-355-359>

**For correspondence:** Semenov V. Yu., doctor of medical sciences, professor, the Deputy Director of the Federal State Budget Scientific Institution “A. N. Bakulev Research Center of Cardiovascular Surgery”. e-mail: [semenov.opora@gmail.com](mailto:semenov.opora@gmail.com)

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

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

## Введение

В предыдущих работах мы отмечали, что на показатели смертности от отдельных причин влияет значительное число факторов, которые можно условно разделить на две большие группы [1, 2].

*Различия, связанные с факторами состояния здоровья и оказанием помощи:* распространенность факторов риска развития болезней, организация программ формирования здорового образа жизни населения, финансирование и развитие современных медицинских технологий, качество и доступность медицинской помощи, приверженность пациентов лечению при выявлении заболеваний.

*Различия, связанные с системой регистрации случаев смерти:* знание правил Международной классификации болезней (МКБ) и умение врачей использовать эти правила, подходы к формулированию смертного клинического диагноза и его кодирования, отсутствие критериев диагностики ряда состояний и заболеваний.

В международном исследовании авторы выявили значительную вариабельность показателей смертности от отдельных причин в разных регионах четырех стран [3]. Например, наибольшая изменчивость коэффициента вариабельности (КВ) стандартизованных коэффициентов смертности (СКС) между штатами в США и регионами Российской Федерации отмечена по таким кодам, как старость (Senility), алкогольные причины смерти, атеросклероз и другие причины, которые не имеют четких диагностических критериев. Наименьшая вариабельность отмечалась по ряду онкологических заболеваний.

Хорошо известно, что для установления диагноза онкологического заболевания необходимо выполнение целого ряда условий, в первую очередь верификация диагноза с помощью гистологического (или цитологического) исследования. При отсутствии верификации диагноз устанавливается консилиумом по совокупности данных клинических, лучевых, эндоскопических, лабораторных и других методов исследования. Для большинства других заболеваний такого рода жестких критериев не требуется, в том числе для установления диагноза таких распространенных болезней, как атеросклероз, хронические формы ишемической болезни сердца, хронические формы цереброваскулярных болезней.

Целью исследования явилось изучение межрегионального КВ СКС от онкологических заболеваний по сравнению с другими причинами, не имеющими четких диагностических критериев.

## Материалы и методы

В исследовании использованы представленные по запросу данные Росстата о численности населения на начало следующего года, числе умерших в 2018 г. по причинам смерти на основе Краткой номенклатуры причин смерти Росстата.

Учитывая пилотный характер исследования и значительный перечень причин смерти, формирование данных для проведения анализа выполнено в не-

сколько этапов. На первом этапе для того, чтобы уменьшить влияние закона малых чисел, в исследование были включены регионы с численностью населения свыше 1 млн человек (всего 50 регионов).

Затем из всех причин, указанных в Краткой номенклатуре причин смерти Росстата, сформированы две группы. Критериями формирования групп явилось наличие или отсутствие четких критериев установления диагноза заболевания, приведшего к смерти.

Наиболее четкие критерии установления причины смерти имеют новообразования, однако и среди них имеются такие, которые имеют те или иные допуски в трактовке. В связи с этим в качестве основной группы были выбраны причины смерти от онкологических заболеваний, которые были разделены на две подгруппы: четко обозначенные диагнозы и диагнозы, допускающие некоторые неточности и неопределенности. Всего в данную группу было включено 33 причины (25 — первой подгруппы и 8 — второй подгруппы).

Группами сравнения явились причины, связанные с наименованиями заболеваний, которые, по мнению авторов данного исследования, не имеют диагностических критериев (16 причин), и в МКБ-10 нет пояснений, какие именно заболевания/состояния следует относить к данным кодам/причинам.

1. Все причины, связанные с новообразованиями и кодом С по МКБ:

1а. Злокачественные новообразования: код по Номенклатуре Росстата 54 (C00—14; в скобках здесь и далее — трехзначные коды по МКБ); 55 (C15), 56 (C16), 57 (C17), 58 (C18), 59 (C19—C21), 60 (C22), 61 (C25), 63 (C32), 64 (C33, C34), 67 (C43), 69 (C45—C49), 70 (C50), 71 (C53), 72 (C54, C55), 73 (C56), 76 (C61), 77 (C64), 78 (C67), 80 (C70—C72), 81 (C73), 82 (C81), 83 (C82—C85), 84 (C90), 85 (C91—C95);

1б. Злокачественные новообразования неточно обозначенных локализаций кода — код по Номенклатуре Росстата 62 (коды МКБ С 23, C24, C26), 65 (C30, C31, C37—C39), 66 (C40, C41), 68 (C44), 74 (C51, C52, C57, C58), 76 (C60, C62, C63), 79 (C65, C66, C68), 86 (C69, C74—C80, C88, C96, C97).

2. Причины, связанные с заболеваниями, наименования которых, по мнению авторов данного исследования, не имеют четких диагностических критериев: Атеросклероз; Атеросклеротическая болезнь сердца; Атеросклеротическая сердечно-сосудистая болезнь, так описанная; Внезапная смерть, так описанная; Дегенерация миокарда; Инсульт, не уточненный как кровоизлияние или инфаркт; Кардиомиопатия неуточненная; Недостаточность питания; Последствия цереброваскулярных болезней; Сердечная недостаточность неуточненная; Смерть по неустановленным причинам; Старость; Токсическая энцефалопатия; Хроническая ишемическая болезнь сердца неуточненная; Церебральный атеросклероз; Цереброваскулярная болезнь неуточненная.

Таким образом, из всех 295 причин смерти Краткой номенклатуры Росстата для анализа было отобрано 49 первых причин смерти (ППС). Для каждой

## Здоровье и общество

причины по каждому региону определен СКС, затем определены среднее для регионов значение и стандартное отклонение СКС, 95% доверительный интервал (ДИ). Для расчета СКС использовался Европейский стандарт. Расчеты СКС выполнены с помощью разработанной в ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр профилактической медицины» программы для ЭВМ «Расчет и анализ показателей смертности и потерянных лет жизни в результате преждевременной смертности в субъектах РФ».

Для каждой из двух групп, а также для подгрупп 1а и 1б определяли КВ СКС с использованием программы Excel, затем с помощью программы SPSS 13 оценивалась достоверность различий между двумя группами путем однофакторного дисперсионного анализа с попарными сравнениями и поправкой Бонферрони, между подгруппами 1а и 1б — с помощью критерия Манна—Уитни.

### Результаты исследования

Среднее значение КВ СКС от 33 причин новообразований в рассматриваемых регионах составило  $26,7 \pm 10,5\%$  (95% ДИ 23,3—30,6%; мин. 12,2%; макс. 56,3%). При этом для 25 причин из группы 1а среднее значение составляло  $23,7 \pm 8,4\%$  (мин. 12,4%; макс. 46,2%), для 8 причин группы 1б —  $36,2 \pm 11,2\%$  (мин. 20,8%; макс. 56,4%). Сравнение средних значений КВ СКС в группах 1а и 1б выявило статистически значимое различие ( $p=0,033$ ; критерий Манна—Уитни). Была выявлена отрицательная корреляционная взаимосвязь между величинами СКС и КВ ( $r_2=-0,498$ ,  $p=0,002$ ).

КВ СКС был ниже 20% при следующих злокачественных новообразованиях из группы 1а: лейкомии (12,4%), раке молочной железы (13,7%), мозговых оболочек, головного мозга, спинного мозга, черепно-мозговых нервов и других частей нервной системы (16,5%), желудка (17,5%), ободочной кишки (16,4%), прямой кишки, ректосигмоидного соединения, заднего прохода и анального канала (15,2%), яичника (17,1%), поджелудочной железы (17,0%), предстательной железы (18,4%), трахеи, бронхов, легкого (18,8%).

Из группы 1б только для двух кодов (74 и 79) по номенклатуре Росстата КВ СКС был менее 30%. Код 74 Росстата объединяет следующие коды МКБ-10 и локализацию злокачественных новообразований: рак вульвы (C51), влагалища (C52), других неуточненных локализаций женских половых органов (C57), злокачественное новообразование плаценты (C58). Код 79 Росстата объединяет следующие коды МКБ-10 и локализацию злокачественных новообразований: злокачественное новообразование глаза (C69), надпочечника (C74), злокачественное новообразование без уточненной локализации (C80), злокачественные иммунопролиферативные болезни (C88), другие и неуточненные злокачественные новообразования лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей (C96), злокачественное новообразование самостоятельных (первичных) множе-

ственных локализаций (C97). Только в Кировской и Липецкой областях не зарегистрировано смертности от злокачественных новообразований других мужских половых органов (код С63). При других злокачественных новообразованиях в рассматриваемых регионах не было нулевых значений.

Среднее значение КВ СКС от 16 причин 2-й группы составило  $140,6 \pm 85,1\%$  (95% ДИ 96,9—184,4%; мин. 42,7%; макс. 373,5%; см. таблицу). Максимальное значение среднего показателя СКС для этой группы причин составило 115,9 на 100 тыс. населения (атеросклеротическая болезнь сердца), минимальное — 0,25 (недостаточность питания). Во всех 16 случаях КВ превышал 30%. Минимальным данный коэффициент был при смерти по неустановленным причинам (42,7%), а максимальным — при смерти от недостаточности питания (373,5%), которую в качестве основной причины смерти использовали в 35 регионах из 50. Самый высокий СКС от недостаточности питания зарегистрирован в Нижегородской области (6,5 на 100 тыс. населения; 273 человека). Между группами зарегистрированы значимые различия по величинам КВ (разность средних составляет 114,2; 95% ДИ 83,7—144,6;  $p<0,0001$ ).

### Обсуждение

Полученные результаты подтверждают выдвинутую гипотезу: величина межрегионального КВ СКС от злокачественных новообразований значительно и статистически значимо ниже, чем в группах причин, не имеющих четких критериев диагностики заболеваний. Более того, даже причины смерти от новообразований, не имеющих достаточно четких критериев, имеют значительно менее выраженный КВ по сравнению со 2-й группой. Одновременно следует отметить практически одинаковый высокий уровень КВ для причин смерти, начинающихся со слов «другие/прочие заболевания», и причин, связанных с заболеваниями, наименования которых не имеют четких диагностических критериев.

Следовательно, кроме перечисленных в начале статьи факторов, влияющих на различия региональных показателей СКС от конкретных причин, таким фактором может являться несогласованность критериев диагностики отдельных заболеваний и определения первоначальной причины смерти. Трудно другому объяснить, почему в соседних субъектах показатели смертности различаются в разы. Так, в Санкт-Петербурге СКС от «дегенерации миокарда» составляет 6,9, а в Ленинградской области — 0,32 на 100 тыс. населения. СКС от «атеросклеротической сердечно-сосудистой болезни, так описанной» составляют 0,12 и 1,1 соответственно. Та же причина в Липецкой области составляет 11, а в Пензенской области — 0 на 100 тыс. населения. Таких значительных различий не наблюдается среди причин смерти от злокачественных новообразований.

Еще одним наглядным примером определенной взаимосвязи между отсутствием либо несогласованностью критериев и показателями смертности служит код R54 (Старость). В письме Минздрава Рос-

## Средние значения СКС и КВ от причин 2-й группы

| Причина смерти   | Значение, М±δ | КВ, % | Регионы, не использующие данный код  |
|--|---------------|-------|--|
| Атеросклероз   | 7,07±4,71     | 66,6  | —  |
| Атеросклеротическая болезнь сердца                             | 115,93±60,21  | 51,9  | —  |
| Атеросклеротическая сердечно-сосудистая болезнь, так описанная | 3,97±6,69     | 168,4 | Ивановская, Пензенская, Ярославская области  |
| Внезапная смерть, так описанная                                | 1,54±2,52     | 164,2 | Красноярский край, Астраханская, Ивановская, Ленинградская, Саратовская, Челябинская, Ярославская области  |
| Дегенерация миокарда   | 3,65±8,48     | 232,5 | Красноярский край, Архангельская, Курская, Пензенская, Ярославская области   |
| Кардиомиопатия неуточненная                                    | 4,81±5,72     | 118,8 | Красноярский край, Ивановская, Кировская области   |
| Недостаточность питания  | 0,25±0,92     | 373,5 | Забайкальский, Красноярский, Пермский, Приморский края, Астраханская, Воронежская, Ивановская, Курская, Липецкая, Новосибирская, Оренбургская, Пензенская, Ростовская, Рязанская области, Чувашская Республика |
| Сердечная недостаточность неуточненная                         | 1,19±2,05     | 173,5 | Красноярский край, Астраханская, Ивановская, Пензенская, Тульская, Ярославская области, Республика Башкортостан, Удмуртская Республика   |
| Старость   | 44,80±28,26   | 64,4  | Санкт-Петербург  |
| Токсическая энцефалопатия                                      | 0,70±0,74     | 106,6 | Астраханская и Ульяновская области   |
| Хроническая ишемическая болезнь сердца неуточненная            | 6,76±16,84    | 249,3 | —  |
| Церебральный атеросклероз                                      | 17,88±13,86   | 77,5  | —  |
| Цереброваскулярная болезнь неуточненная                        | 1,97±3,04     | 154,6 | Астраханская, Белгородская, Курская области  |
| Последствия цереброваскулярных болезней                        | 15,83±11,01   | 69,5  | —  |
| Инсульт, не уточненный как кровоизлияние или инфаркт           | 2,4±3,8       | 156,8 | Ивановская область   |
| Смерть по неустановленным причинам                             | 18,8±8,0      | 42,7  | —  |

сии<sup>1</sup> указано: «Критериями использования кода R54 “Старость” в качестве первоначальной причины смерти являются: возраст старше 80 лет, отсутствие в медицинской документации указаний на хронические заболевания, травмы и их последствия, способные вызвать смерть, отсутствие подозрений на насильственную смерть». Трудно представить, как письмо Минздрава о кодировании смерти от старости (R54) с указанными критериями согласуется со стандартом специализированной медицинской помощи при старческой астении (R54)<sup>2</sup>. В разных странах используются, вероятно, разные подходы к определению данного термина. Так, Ю. И. Полищук и З. В. Летникова указывают в обзорной статье, что код R54 используется в случае наличия у человека синдрома «старческой астении», frailty (хрупкости) при сочетании физической слабости и ряда психических симптомов. Одновременно авторы отмечают, что существует ряд спорных вопросов по критериям установления такого синдрома [4]. Видимо, именно нечеткостью критериев и разными подходами к применению кода R54 для первоначальной причины смерти объясняется то, что в Санкт-Петербурге, Москве, Ленинградской, Архангельской и Тульской областях СКС от данного кода составляет менее 1, а в ряде регионов (Вологодская, Ивановская Липецкая, Оренбургская, Ростовская области и др.) — более 70.

Еще одним фактором, влияющим на различия показателей смертности и КВ, может являться распространенность болезней. Так, КВ СКС от «злокачественных новообразований печени и внутрипеченочных желчных протоков» как более редкой пато-

логии был выше (37,5), чем КВ СКС от «злокачественных новообразований трахеи, бронхов, легких» (18,8), «злокачественных новообразований грудной железы» (13), «злокачественных новообразований ободочной кишки» (16,4).

Значение сердечной недостаточности в показателях смертности также неоднозначно. Много зависит от подходов к определению ППС, возможностей учета смертности от множественных причин и критериев диагностики сердечной недостаточности. Часть исследователей, как и практические врачи, патологоанатомы, эксперты в области МКБ, считают, что сердечная недостаточность (код I50) не может быть ППС, так как является осложнением основного заболевания. В то же время в 2017 г. в США зарегистрировано 80 тыс. смертей с кодом I50 в качестве ППС (2,9% всех смертей), а упоминание «сердечная недостаточность» в любой строке медицинского свидетельства о смерти зарегистрировано в 340 тыс. случаев [5]. В некоторых публикациях I50 относят к так называемым мусорным кодам, подразумевая под этим причину, не имеющую самостоятельного значения [6]. Возникает вопрос, как относиться к научным публикациям, основанным на анализе данных смертности именно по коду I50? Например, в 2014 г. опубликованы данные анализа смертности от сердечной недостаточности в 7 европейских странах [7]. В 5 из 7 стран статистика собирается только по ППС. Исследователи указывают, что сердечная недостаточность является синдромом, а не заболеванием и что полученные данные зависят от качества медицинского свидетельства о смерти и системы кодирования, изменений в классификации причин смерти. Тем не менее авторы считают, что на основании исследования можно говорить о снижении смертности от сердечной недостаточности. Следуя этой логике, в РФ отмечается существенная положительная динамика: в 2013 г. СКС от сердечной недостаточности составил 4,2, а в 2018 г. — 1,0 на 100 тыс. населения

<sup>1</sup> Письмо Минздрава России от 19.12.2014 № 13-2/1750 «О кодировании причины смерти „старость“». Доступно по ссылке: [https://www.forens-med.ru/zakon/doc/mz/3\\_5\\_186.html](https://www.forens-med.ru/zakon/doc/mz/3_5_186.html)

<sup>2</sup> Приказ Минздрава России от 02.04.2019 № 190н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при старческой астении». Доступно по ссылке: [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_323689/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_323689/)

## Здоровье и общество

Вероятно, в практической работе модель обязательной верификации диагноза, так как это делается в онкологии, не всегда необходима. Но если не использовать «жесткую», верификацию диагноза, то фактически у части пациентов «исчезает» диагноз, остается только степень риска развития осложнений и/или смерти. В определенной степени при риске развития инфаркта миокарда или нарушения мозгового кровообращения такой подход оправдан, поскольку для рекомендаций по здоровому образу жизни нет необходимости, например, верифицировать наличие атеросклеротических бляшек. Кроме того, несмотря на наличие новых технологий, существуют определенные показания к применению визуализирующих методов, а без них врачи могут говорить только о вероятности (высокой или не очень) определенного состояния. Конечно, при высокой распространенности мультиморбидной патологии показатели смертности от конкретных причин, основанные на учете одной причины, могут значительно варьировать в зависимости от используемых подходов к определению первоначальной причины смерти. Именно об этом свидетельствуют результаты исследования, проведенного во Франции под эгидой ВОЗ [5]. При анализе смертности от множественных причин вклад отдельных заболеваний (и групп заболеваний) варьировал в зависимости от выбранной методики (в работе использованы три метода). Авторы отмечают, что было бы полезно иметь международные правила для определения вклада каждой причины, указанной в медицинском свидетельстве о смерти, а сам процесс заполнения медицинского свидетельства о смерти врачами необходимо стандартизировать внутри страны и между странами, чтобы улучшить сопоставимость полученных статистических данных.

### Заключение

В настоящее время требуется согласование вопроса о понятийном аппарате причин смерти. Необходимым представляется согласование вопроса о верификации всех случаев установления диагноза, «глубины» такой верификации, используемых критериев. На показатели смертности «локальные» подходы к оценке состояния оказывают влияние не меньшее, чем на показатели заболеваемости, так как во многих странах снижается частота посмертных патологоанатомических исследований [8].

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

### ЛИТЕРАТУРА

1. Бойцов С. А., Самородская И. В. Высокая смертность от БСК в России: адекватны ли подходы к кодированию причин смерти. *Кардиология*. 2015;(1):47—51.
2. Бойцов С. А., Самородская И. В., Семенов В. Ю. Влияние медицинских и немедицинских факторов на смертность населения: социальные факторы. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2017;25(6):336—9. doi: 10.18821/0869-866X-2017-25-6-336-339
3. Режим доступа: [https://demogr.hse.ru/data/2018/03/23/1164011173/Danilova\\_et.al.pdf](https://demogr.hse.ru/data/2018/03/23/1164011173/Danilova_et.al.pdf)
4. Полищук Ю. И., Летникова З. В. Синдром старческой астении в геронтологии и гериатрии с точки зрения геронтопсихиатрии. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2018;28(4):71—4.
5. Piffaretti C, Moreno-Betancur M., Lamarche-Vadela A., Rey G. Quantifying cause-related mortality by weighting multiple causes of death. *Bull. WHO*. 2016;94(12):870-9. doi: 10.2471/BLT.16.172189
6. Naghavi M., Makela S., Foreman K., O'Brien J., Pourmalek F., Lozano R. Algorithms for enhancing public health utility of national causes-of-death data *Popul. Health Metr*. 2010;(8):9. doi: 10.1186/1478-7954-8-9
7. Laribi S., Aouba A., Nikolaou M., et al. Trends in death attributed to heart failure over the past two decades in Europe. *Eur. J. Heart Failure*. 2014;14(3):234-9. doi: 10.1093/eurjhf/hfr182
8. Lundberg G. D. Hospital of the Future: 0% Autopsy Rate. Режим доступа: <https://www.medscape.com/viewarticle/922000>

Поступила 22.12.2019  
Принята в печать 23.01.2020

### REFERENCES

1. Boytsov S. A., Samorodskaya I. V. High mortality from CVD in Russia: are the approaches to the death reasons coding adequate. *Kardiologiya*. 2015;(1):47-51 (in Russian).
2. Boytsov S. A., Samorodskaya I. V., Semenov V. Yu. The impact of medical and non-medical factors on population death rate: social factors. *Problemy socialnoy gigieny, zdoravoochraneniya i istorii mediciny*. 2017;25(6):336—9. doi: 10.18821/0869-866X-2017-25-6-336-339 (in Russian).
3. Available at: [https://demogr.hse.ru/data/2018/03/23/1164011173/Danilova\\_et.al.pdf](https://demogr.hse.ru/data/2018/03/23/1164011173/Danilova_et.al.pdf)
4. Polishchuk Yu. I., Letnikova Z. V. Syndrome of senile asthenia in gerontology and geriatrics in terms of gerontopsychiatry. *Socialnaya i klinicheskaya psikihiatiya*. 2018;28(4):71-4 (in Russian).
5. Piffaretti C, Moreno-Betancur M., Lamarche-Vadela A., Rey G. Quantifying cause-related mortality by weighting multiple causes of death. *Bull. WHO*. 2016;94(12):870-9. doi: 10.2471/BLT.16.172189
6. Naghavi M., Makela S., Foreman K., O'Brien J., Pourmalek F., Lozano R. Algorithms for enhancing public health utility of national causes-of-death data *Popul. Health Metr*. 2010;(8):9. doi: 10.1186/1478-7954-8-9
7. Laribi S., Aouba A., Nikolaou M., et al. Trends in death attributed to heart failure over the past two decades in Europe. *Eur. J. Heart Failure*. 2014;14(3):234-9. doi: 10.1093/eurjhf/hfr182
8. Lundberg G. D. Hospital of the Future: 0% Autopsy Rate. Available at: <https://www.medscape.com/viewarticle/922000>

© Коллектив авторов, 2020  
УДК 614.2**Ковалева И. П., Баженова С. А., Амбарян А. Х.****ГОСУДАРСТВЕННО-ЧАСТНОЕ ПАРТНЕРСТВО В РОССИЙСКОМ ЗДРАВООХРАНЕНИИ: РЕГИОНАЛЬНЫЙ АСПЕКТ**

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

Проблемы здравоохранения детально прорабатываются и обсуждаются в программной и непрограммной деятельности органов государственного регулирования отрасли. Одним из эффективных инструментов решения многих проблем может стать государственно-частное партнерство, например работа частных клиник в системе обязательного медицинского страхования (ОМС) граждан России. В статье представлен анализ участия частных клиник в реализации территориальной программы ОМС на примере Краснодарского края. Речь идет о предоставлении гарантированной бесплатной медицинской помощи частными клиниками муниципальных образований региона. Региональные особенности государственно-частного партнерства в здравоохранении рассмотрены на примере относительно благополучного российского региона и позволяют сформировать позитивный вариант развития событий. Из общего числа медицинских организаций были выделены потенциальные участники системы ОМС — частные клиники. Анализ участия частных медицинских организаций в системе ОМС проводился по двум основным классификационным признакам: территориальному расположению и виду оказываемых медицинских услуг. По результатам исследования определена структура частных клиник Краснодарского края, участвующих в программе ОМС по территориальному признаку. Обозначены виды медицинской помощи, которые не осуществляют выбранные компании, а также востребованные частными клиниками. Определен список частных клиник, участвующих в рамках территориальной программы ОМС с наиболее широким спектром услуг. Составлена матрица участия частных клиник в системе ОМС на примере Краснодарского края.

**Ключевые слова:** государственно-частное партнерство; регион; Краснодарский край; медицинские организации; ОМС; система ОМС; частные клиники; виды медицинской помощи; медицинская услуга.

**Для цитирования:** Ковалева И. П., Баженова С. А., Амбарян А. Х. Государственно-частное партнерство в российском здравоохранении: региональный аспект. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2020;28(3):360—367. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2020-28-3-360-367>

**Для корреспонденции:** Ковалева Ирина Петровна, канд. экон. наук, доцент кафедры «Экономика, финансы и менеджмент», e-mail: [ipk28@yandex.ru](mailto:ipk28@yandex.ru)

**Kovaleva I. P., Bajenova S. A., Ambaryan A. Kh.****THE PUBLIC-PRIVATE PARTNERSHIP IN RUSSIAN HEALTH CARE: THE REGIONAL ASPECT**

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 health care problems are considered in detail both in the program and non-program activities of the sector state regulatory bodies. The public-private partnership, in particular, participation of private clinics in the system of mandatory health insurance can become one of the effective tools to cope with many problems. The article analyzes participation of private clinics in implementing territorial program of mandatory health insurance as exemplified by the Krasnodar Krai. This is to provide guaranteed free medical care by private clinics of municipalities in the Krai. The regional features of public-private partnership in health care are considered in fairly prosperous Russian region that allow to develop positive scenario. Out of the total number of medical organizations, potential participants of the mandatory health insurance system the private clinics were identified. The analysis of participation of private medical organizations in the mandatory medical insurance system was carried out in context of two main classification criteria: geographical location and the type of medical services. According to the study results, the structure of private clinics of the Krasnodar Krai participating in mandatory health insurance program on a territorial basis is determined. The types of medical care that are not carried out by the selected companies, as well as the types of medical services that are in demand by private clinics are established. The list of private clinics participating in territorial mandatory health insurance program with the widest range of services is determined. The matrix of participation of private clinics in mandatory health insurance system was developed on the example of the Krasnodar Krai.

**Keywords:** public-private partnership; Krasnodar Krai; medical organizations; mandatory health insurance; private clinic; types of medical care; medical services.

**For citation:** Kovaleva I. P., Bajenova S. A., Ambaryan A. Kh. The public-private partnership in Russian health care: the regional aspect. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2020;28(3):360—367 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2020-28-3-360-367>

**For correspondence:** Kovaleva I. P., candidate of economic sciences, associate professor of the Chair of Economics, Finance 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: [ipk28@yandex.ru](mailto:ipk28@yandex.ru)

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

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

Received 12.08.2019  
Accepted 23.01.2020**Введение**

Анализ участия частных клиник в системе обязательного медицинского страхования (ОМС) пред-

ставляется актуальным ввиду следующих обстоятельств.

Удовлетворенность россиян качеством оказания медицинской помощи в государственных (муници-

## Здоровье и общество

пальных) учреждениях здравоохранения находится не на высоком уровне, несмотря на положительные тенденции развития отрасли в результате реализации программной и непрограммной деятельности в регионах России, активно проводимой с 2006 г. на всех уровнях управления [1, с. 99].

В российском здравоохранении сформировалось много проблем, от длительных сроков ожидания приема до полного отсутствия медицинской помощи по отдельным специалистам, о чем свидетельствуют результаты многочисленных опросов населения разных регионов страны [1, с. 100].

Уровень доходов значительной части населения России не позволяет в должной мере развивать частную медицину, и бесплатная медицинская помощь в рамках реализации программы ОМС по-прежнему лежит в основе функционирования здравоохранения современной России, что воспринимается большинством граждан как основная модель, а для очень многих она является единственной [2, с. 28].

Объемы государственно-частного взаимодействия в ОМС со стороны исполнительной власти оцениваются как недостаточные, несмотря на растущий процент участия в ней частных медицинских организаций [3, с. 104].

Таким образом, в целях повышения удовлетворенности населения качеством и объемом медицинской помощи необходим компромисс между государственным и частным сектором по вопросам реализации программы ОМС, система участия должна реформироваться с обеих сторон. Активизации процесса государственно-частного партнерства не будет без всесторонней государственной поддержки и без осознания частным бизнесом того, что медицинская организация — это социально ориентированная рыночная структура [3, с. 108].

ОМС играет огромную роль в развитии здравоохранения России и регулируется равноуровневыми нормативно-правовыми актами. Приведем определение ОМС из п. 1 ст. 3 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»: «Обязательное медицинское страхование — вид обязательного социального страхования, представляющий собой систему создаваемых государством правовых, экономических и организационных мер, направленных на обеспечение при наступлении страхового случая гарантий бесплатного оказания застрахованному лицу медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования в пределах территориальной программы обязательного медицинского страхования и в установленных Федеральным законом случаях в пределах базовой программы обязательного медицинского страхования» [4].

Система ОМС — это гарантия бесплатной квалифицированной медицинской помощи всем гражданам России. Обязательное медицинское страхование обеспечивает населению гарантированную бесплатную помощь в случае каких-либо заболеваний, не-

счастливых случаев, травм, отравлений и других состояний, требующих медицинской помощи [5].

Любой человек, имеющий полис ОМС, может обслуживаться в больницах и поликлиниках медицинских организаций, получая медицинскую помощь в амбулаторно-поликлиническом и стационарном объеме. Но в государственной (муниципальной) медицине скопилось большое количество проблем, которые негативно сказываются на оказании медицинской помощи населению России, а именно — на доступности и качестве медицинских услуг. Актуальность использования полиса ОМС на базе частных клиник только возрастает. При этом возникают вопросы:

- Почему частные клиники не спешат участвовать в системе ОМС?
- Какие услуги предпочитают оказывать частные клиники по полису ОМС гражданам России?
- Какой спектр медицинских услуг в рамках ОМС остается не охвачен частными клиниками?

Рассмотрим более подробно систему ОМС на примере Краснодарского края. Так, законодательство в сфере ОМС включает не только федеральные законы, но и другие акты федерального и регионального уровней:

- Постановление Правительства Российской Федерации от 08.12.2017 № 1492 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2018 год и на плановый период 2019 и 2020 годов»;
- Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»;
- Федеральный закон от 21.11.2011 № 3 23-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации»;
- Закон Краснодарского края от 20.12.2017 № 3709-КЗ «О территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Краснодарском крае на 2018 год и на плановый период 2019 и 2020 годов» [6, с. 5].

Целью проводимого исследования было определение степени развитости государственно-частного партнерства в конкретном российском регионе посредством анализа процесса участия частных клиник в системе ОМС.

Поставленная цель определила задачи исследования:

- выявить долю и направленность участия частных клиник в системе ОМС по территориальному признаку;
- обозначить виды медицинских услуг, которые хотят и могут оказать частные медицинские организации, выделить медицинские услуги системы ОМС, которые не планируют оказывать частные клиники;
- отобрать ведущие медицинские учреждения, тесно сотрудничающие с системой ОМС в регионе;

- составить матрицу частных клиник и их практики оказания медицинской помощи в рамках программы ОМС в разрезе используемых форм;
- сделать обобщенные выводы, характеризующие интенсивность и степень участия частных медицинских организаций в реализации территориальной программы ОМС Краснодарского края.

### Материалы и методы

Информационной базой послужили официальные сайты Территориального фонда ОМС (ТФОМС) Краснодарского края и частных медицинских организаций региона.

В качестве методов исследования были использованы: аналитический (при изучении отчетов и систематизации материалов ТФОМС по Краснодарскому краю, информации с официальных сайтов частных медицинских организаций муниципальных образований региона), исторический (подбор и изучение материала по теме исследования, представленного в работах аналитической направленности при определении актуальности, цели и задач исследования), математический (использование таблично-матричной структуры представления информации в целях формирования базы для выборочных процедур и выявления закономерностей развития исследуемого процесса), моделирования (структурно-графическое представление информации о частных клиниках, участвующих в программе ОМС, по территориальному признаку в Краснодарском крае и использование модели традиционного прогнозирования, предполагающей развитие событий при прочих равных условиях), статистический (использование сплошной выборкой материалов по всем частным медицинским организациям, участвующим в реализации территориальной программы ОМС).

### Результаты исследования

В исследовании проанализировано участие частных клиник в программе ОМС на территории Краснодарского края. Согласно реестру медицинских организаций, в системе ОМС по Краснодарскому краю участвуют 252 организации, за исключением тех, которые отсутствуют в реестре «Медицинские организации» с 2017 г. [7].

К медицинским организациям в сфере ОМС относятся компании любой организационно-правовой формы, включенные в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС и имеющих полное право на осуществление медицинской деятельности [8, с. 78].

Для определения количества частных клиник, участвующих в рамках территориальной программы ОМС, из 252 медицинских организаций были исключены государственные и муниципальные организации (185), в результате осталось только 67 медицинских учреждений. Таким образом, именно государственные учреждения составляют примерно 73,4%, а медицинские организации частной и негосудар-

ственной форм собственности — всего 26,6% от общего числа медицинских организаций в сфере ОМС в 2017 г. Все 67 частных клиник и негосударственных учреждений здравоохранения являются только потенциальными участниками и проявляют желание участвовать в программе ОМС, но при этом не обязательно могут оказывать медицинские услуги по ОМС.

Для более подробного анализа частные клиники и негосударственные учреждения здравоохранения классифицированы нами по двум основным признакам: территориальному и видам оказываемых медицинских услуг.

#### Территориальный признак

Чаще всего частные клиники как потенциальные участники системы ОМС находятся в городах:

- Краснодаре (21 медицинская организация);
- Сочи (13);
- Новороссийске (5);
- Анапе (4);
- Армавире и Геленджике (3).

Наибольшее количество частных клиник наблюдается в г. Краснодар (46%), так как он является крупным промышленным городом, региональной столицей, где медицинские услуги развиты в большей степени, чем в остальных субъектах края. Вторым по количеству медицинских организаций рассматриваемых форм собственности является г. Сочи, который широко известен реализованными проектами, улучшающими имидж России. Третьим месте необходимо отметить г. Новороссийск — город-промышленник, который успешно конкурирует в развитии медицинских услуг с городами всего края. Таким образом, помимо обозначенных выше городов, другие муниципальные образования региона имеют не более одной частной клиники, потенциально участвующей в ОМС (поскольку нахождение в реестре — это право медицинской организации участвовать в ОМС, а не обязанность).

Согласно реестру медицинских организаций, в Краснодарском крае активное участие в системе ОМС принимает НУЗ «Узловая больница ОАО «Российские железные дороги»», т. е. негосударственное учреждение здравоохранения. Организация планирует оказывать в будущем или уже оказывает медицинские услуги в рамках реализации территориальной программы ОМС в девяти муниципальных образованиях: городах Армавире, Белореченске, Краснодаре, Новороссийске, Сочи и также в муниципальных районах Тихорецком, Туапсинском, Кавказском и Тимашевском [7].

В перспективе «РЖД-Медицина» планирует активную интеграцию в государственную систему здравоохранения России. В рамках системы ОМС данная компания обеспечивает доступность качественных медицинских услуг для населения, в том числе в системе ОМС, и ее нельзя рассматривать в будущем как ведущее звено государственно-частного партнерства [9].

Здоровье и общество

**Виды оказываемых медицинских услуг**

В целом, согласно реестру медицинских организаций, у каждого вида оказываемой ими в рамках территориальной программы ОМС медицинской помощи есть свой порядковый номер. Для наглядности и упрощения ситуации будем использовать эту же цифровую кодировку для аналитических процедур.

Таблица 1

**Виды медицинской помощи, оказываемой и не оказываемой в рамках реализации территориальной программы ОМС частными клиниками и негосударственными учреждениями здравоохранения**

| Номер услуги | Оказываемая помощь  | Номер услуги | Не оказываемая помощь  |
|--------------|---|--------------|--|
| 1            | Первичная медико-санитарная помощь                                      | 2            | Скорая, в том числе специализированная (санитарно-авиационная), медицинская помощь |
| 3            | Специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь | 4            | Паллиативная медицинская помощь  |
| 11           | Первичная доврачебная медико-санитарная помощь                          | 21           | Скорая специализированная медицинская помощь                                       |
| 12           | Первичная врачебная медико-санитарная помощь                            | 22           | Санитарно-авиационная медицинская помощь   |
| 13           | Первичная специализированная медико-санитарная помощь                   | 32           | Высокотехнологичная специализированная медицинская помощь                          |
| 31           | Специализированная медицинская помощь                                   |              |  |

В Краснодарском крае частные клиники оказывают далеко не весь перечень услуг из реестра (табл. 1) [10, с. 223].

В системе ОМС количество оказываемых и не оказываемых медицинских услуг почти одинаково. Относительно видов медицинской помощи, которые не осуществляются рассматриваемыми медицинскими организациями, можно отметить, что использование дорогого оборудования и инновационных технологий достаточно затратно, трудоемко и труднодоступно, т. е. у медицинских организаций просто недостаточно средств на приобретение технологий, оборудования и реализацию необходимых мероприятий по их освоению, например на обучение персонала и приобретение расходных материалов. Однако есть организации, такие как ООО «Клиника Екатерининская» и ООО «РН-Современные технологии», которые оказывают по два типа медицинских услуг.

При проведении аналитических процедур сделаем допущение и не будем учитывать виды медицинских услуг, оказываемых в рамках ОМС, которые не осуществляются на территории Краснодарского края. Наименования потенциальных частных клиник, которые присутствуют в реестре и планируют оказывать медицинскую помощь в системе ОМС, представлены в алфавитном порядке в табл. 2 с обозначением оказываемых медицинских услуг [7].

Таблица 2

**Виды медицинских услуг, которые могут быть оказаны в рамках реализации программы ОМС частными клиниками и негосударственными учреждениями здравоохранения**

| Организация   | Вид услуги              | Организация                               | Вид услуги              |
|---|-------------------------|---|-------------------------|
| АО «ДиЛУЧ»  | 1, 3, 11, 12, 13, 31    | ООО «ЛДЦ МИБС-Краснодар»                  | 1, 11, 13               |
| АО «Санаторий „Мотылек“»  | 3, 31                   | ООО «ЛДЦ МИБС-Сочи»                       | 1, 11, 31               |
| ЗАО «Санаторий „Горячий Ключ“»  | 31                      | ООО «Лекарь»                              | 1, 11, 12, 13           |
| ЗАО «Санаторий „Предгорье Кавказа“»                                     | 31                      | ООО «Медик»                               | 1, 11, 12               |
| ЗАО ЛОК «Солнечная»   | 3, 31                   | ООО «МедиЭстетик-НИКАмед»                 | 1, 3, 11, 12, 13        |
| НУЗ «Отделенческая клиническая больница на станции Краснодар ОАО „РЖД“» | 1, 3, 11, 12, 13, 31    | ООО «МРТ-Эксперт Сочи»                    | 1, 11, 13               |
| НУЗ «Узловая больница на станции Тимашевская ОАО „РЖД“»                 | 1, 3, 11, 12, 31        | ООО «МЦ „Диагностика Экстра-Сочи“»        | 1, 11, 13               |
| НУЗ «Узловая больница на станции Белореченская ОАО „РЖД“»               | 1, 3, 11, 12, 13, 31    | ООО «МЦ „МастерСлух-Сочи“»                | 1, 13                   |
| НУЗ «Узловая больница на станции Новороссийск ОАО „РЖД“»                | 1, 3, 11, 12, 13, 31    | ООО «МЦ Эскулап»                          | 1, 11, 12, 13           |
| НУЗ «Узловая поликлиника на станции Сочи ОАО „РЖД“»                     | 1, 11, 12, 13           | ООО «Народная стоматология»               | 1, 11, 13               |
| НУЗ «Узловая поликлиника на станции Кавказская ОАО „РЖД“»               | 1, 11, 12, 13           | ООО «Новомед»                             | 3, 13, 31               |
| НУЗ «Узловая поликлиника на станции Тихорецкая ОАО „РЖД“»               | 1, 11, 12, 13           | ООО «Офтальмоцентр Сочи»                  | 1, 11, 31               |
| НУЗ «Узловая поликлиника на станции Армавир ОАО „РЖД“»                  | 1, 11, 12, 13           | ООО «Рексейл»                             | 1, 11, 12, 13           |
| НУЗ «Узловая поликлиника на станции Туапсе ОАО „РЖД“»                   | 1, 11, 12, 13           | ООО «РН-Современные технологии»           | 1, 3, 1, 12, 13, 31, 32 |
| ОАО «ЦВМР „Краснодарская бальнеолечебница“»                             | 1, 11, 12, 13           | ООО «Русмед»                              | 1, 11, 13               |
| ОАО «Санаторий „Красная Талка“»   | 1, 3, 11, 31            | ООО «Санталь 123»                         | 1, 11, 12, 13           |
| ООО «Богатырь»  | 3, 31                   | ООО «Санталь 23»                          | 1, 11, 12, 13           |
| ООО «Поликлиника Беби Ру»   | 1, 11, 12               | ООО «Смайл»                               | 1, 11                   |
| ООО ДЦ «Клиника-Сити»   | 1, 11, 13               | ООО «СПА»                                 | 1, 11, 13               |
| ООО ЛДЦ «Клиника Солнечная»   | 3, 31                   | ООО «Станичный Доктор»                    | 1, 11, 12, 13           |
| ООО «Медицинский центр „Нефрос“»  | 1, 11, 13               | ООО «Три-3»                               | 1, 11, 13               |
| ООО «Аврора»  | 1, 11, 12, 13           | ООО «Три-3-ПолиКлиник»                    | 3, 31                   |
| ООО «Адмиралъ»  | 1, 11                   | ООО «Формула здоровья»                    | 1, 11, 13               |
| ООО «Апшеронская районная стоматологическая поликлиника»                | 1, 11, 13, 31           | ООО «Фрезениус Медикал Кеа Кубань»        | 1, 11, 12, 13           |
| ООО «Армед»   | 1, 3, 11, 12, 13, 31    | ООО «Югмедиком»                           | 1, 11, 12, 13           |
| ООО «Выселковская стоматологическая поликлиника»                        | 1, 11, 13               | ООО МЦ «Диагностика Экстра-Новороссийск»  | 1, 11, 13               |
| ООО «КДЦ Гиппократ»   | 1, 11, 12, 13           | ООО МЦ «Медичи ПЛЮС»                      | 1, 11, 13               |
| ООО «Клиника Екатерининская Сочи»                                       | 1, 11, 12, 13           | ООО МЦ «Черноземье-Регион» в г.Краснодаре | 1, 11, 13               |
| ООО «Клиника Екатерининская»  | 1, 2, 3, 11, 12, 13, 31 | ООО МЦ ЭКО «Эмбрио-Сочи»                  | 1, 11, 12, 13           |
| ООО «Краснодарский медико-биологический центр»                          | 1, 11, 12, 13           | ООО СП МЦ ЭКО «Эмбрио»                    | 1, 11, 13               |
| ООО «Крымская стоматологическая поликлиника»                            | 1, 11, 12, 13           | ООО Центр офтальмохирургии «Ирис»         | 1, 11, 13, 31           |
| ООО «КСП»   | 11, 13                  | ООО «Здоровье Кубани»                     | 1, 11, 12, 13           |
| ООО «Кубанский медицинский центр»                                       | 1, 11, 12, 13           | ООО «ЛДЦ Доктора Дукина»                  | 1, 11, 12, 13           |

Таблица 3

Матрица потенциальных частных клиник и негосударственных учреждений здравоохранения в разрезе 5 видов оказываемых медицинских услуг по программе ОМС

| № | Наименование организации  | Вид услуги |   |    |    |    |    |
|---|---|------------|---|----|----|----|----|
|   |   | 1          | 3 | 11 | 12 | 13 | 31 |
| 1 | АО «ДиЛУЧ»  | +          | + | +  | +  | +  | +  |
| 2 | НУЗ «Узловая больница на станции Белореченская ОАО „РЖД“»               | +          | + | +  | +  | +  | +  |
| 3 | ООО «РН-Современные технологии»   | +          | + | +  | +  | +  | +  |
| 4 | НУЗ «Отделенческая клиническая больница на станции Краснодар ОАО „РЖД“» | +          | + | +  | +  | +  | +  |
| 5 | ООО «Клиника Екатерининская»  | +          | + | +  | +  | +  | +  |
| 6 | НУЗ «Узловая больница на станции Новороссийск ОАО „РЖД“»                | +          | + | +  | +  | +  | +  |
| 7 | ООО «АРМЕД»   | +          | + | +  | +  | +  | +  |
| 8 | ООО «МедиЭстетик-НИКАмед»   | +          | + | +  | +  | +  | -  |
| 9 | НУЗ «Узловая больница на станции Тимашевская ОАО „РЖД“»                 | +          | + | +  | +  | -  | +  |

Примечание. Здесь и в табл. 4: «+» — услуга оказывается, «-» — услуга не оказывается.

Можно отметить следующие закономерности относительно видов услуг, которые оказываются частными клиниками по программе ОМС:

- наиболее редкими являются «3» и «31»;
- часто встречаются «1», «11», «12», «13», т. е. именно они являются наиболее привлекательными услугами для частных клиник в системе ОМС;
- самые востребованные — «1» и «11», они пользуются популярностью, потому что не требуют особых первоначальных инвестиций и больших текущих затрат.

Далее для определения компаний, которые могут оказывать наибольшее количество видов медицинской помощи по территориальной программе ОМС, был обозначен критерий выборки — количество оказываемых видов медицинских услуг и число частных клиник, которые предоставляют не менее 5 услуг по программе ОМС.

В результате на территории Краснодарского края отобраны 9 медицинских организаций, имеющих более широкий спектр видов медицинской помощи, и систематизирована информация в таблично-матричной форме. Матрица потенциальных частных клиник и негосударственных учреждений здравоохранения в разрезе 5 видов оказываемых медицинских услуг по программе ОМС представлена в табл. 3.

Наиболее широкий спектр услуг в Краснодарском крае оказывают только две медицинские организации: ООО «Клиника Екатерининская» и ООО «РН-Современные технологии» — по 7 услуг, включая никем не осуществляемые виды медицинской помощи «2» и «32». Данные компании доминируют на рынке медицинских услуг по ОМС, их можно обозначить как ведущие частные медицинские организации государственно-частного партнерства края.

Все шесть указанных видов услуг осуществляют по всему Краснодарскому краю только 5 организаций: АО «ДиЛУЧ», НУЗ «Узловая больница на стан-

ции Белореченская ОАО „РЖД“, НУЗ «Отделенческая клиническая больница на станции Краснодар ОАО „РЖД“, НУЗ «Узловая больница на станции Новороссийск ОАО „РЖД“, ООО «Армед». Их можно назвать наиболее «продвинутыми» и «многопрофильными», не считая несомненных лидеров, упомянутых ранее. Следует отметить их отношение как к частным медицинским организациям, так и к негосударственным учреждениям здравоохранения. Учитывая перспективную интеграцию «РЖД-Медицина» с государственной системой здравоохранения России, из числа частных клиник могут остаться только две, участвующие в развитии государственно-частного партнерства Краснодарского края.

Оставшиеся компании — ООО «МедиЭстетик-НИКАмед» и НУЗ «Узловая больница на станции Тимашевская ОАО „РЖД“» — осуществляют 5 видов медицинской помощи в рамках реализации программы, но тоже играют немалую роль в развитии системы ОМС по Краснодарскому краю. НУЗ «Узловая больница на станции Тимашевская ОАО „РЖД“» — это медицинская организация, которая также имеет отношение к ОАО «РЖД» и в перспективе не будет способствовать развитию государственно-частного партнерства.

Следует отметить, что из предложенного списка потенциальных участников, действующих в рамках территориальной программы ОМС и имеющих наиболее обширный спектр услуг, по две клиники приходится на территории г. Краснодар (НУЗ «Отделенческая клиническая больница на станции Краснодар ОАО „РЖД“» и ООО «Клиника Екатерининская») и г. Сочи (ООО «Армед» и ООО «МедиЭстетик-НИКАмед»), а оставшиеся медицинские организации расположены на территории иных городов и районов [7].

Был рассмотрен и проанализирован перечень видов медицинских услуг по попавшим в выборку частным клиникам и негосударственным учреждениям здравоохранения с использованием информации, представленной на их официальных сайтах, и сделан вывод о том, что каждая рассматриваемая медицинская организация ссылается только на законодательную базу, всесторонне перечисляя нормативно-правовые документы федерального и регионального уровней о государственных гарантиях оказания бесплатной медицинской помощи, не детализирует и не конкретизирует информацию по оказываемым в рамках ОМС медицинским услугам. Иными словами, в информационном пространстве присутствует однотипная нормативно-правовая база без четкого указания видов медицинских услуг, которые бесплатно может получить население региона в этой клинике. Эта асимметрия информации негативно сказывается на удовлетворении потребностей населения региона в получении медицинской помощи в рамках ОМС [9, 11—15].

У каждой медицинской организации, независимо от формы собственности, существуют свои особенности, и медицинская помощь оказывается в различных формах: скорая медицинская помощь, оказыва-

Матрица частных клиник и их практики оказания медицинской помощи в рамках программы ОМС по используемым формам

| Название организации  | Форма оказания медицинской помощи | Наличие отделений (кабинетов) неотложной медицинской помощи | Оказание медицинской помощи в условиях дневного стационара | Оказание медицинской помощи по профилю «стоматология» |
|---|-----------------------------------|---|--|---|
| АО «ДиЛУЧ»  | Плановая                          | –   | –  | –   |
| НУЗ «Узловая больница на станции Белореченская ОАО „РЖД“»               | Неотложная, плановая              | +   | +  | +   |
| ООО «РН-Современные технологии»   | Плановая, неотложная              | +   | +  | –   |
| НУЗ «Отделенческая клиническая больница на станции Краснодар ОАО „РЖД“» | Плановая                          | –   | +  | +   |
| ООО «Клиника Екатерининская»  | Плановая, неотложная              | –   | –  | –   |
| НУЗ «Узловая больница на станции Новороссийск ОАО „РЖД“»                | Плановая, экстренная              | –   | +  | +   |
| ООО «АРМЕД»   | Плановая                          | –   | –  | –   |
| ООО «МедиЭстетик-НИКАмед»   | Отсутствует информация            | –   | –  | –   |
| НУЗ «Узловая больница на станции Тимашевская ОАО „РЖД“»                 | Плановая, неотложная экстренная   | –   | +  | +   |

емая станциями (отделениями, пунктами), амбулаторно-поликлиническая, стационарная [16, с. 181].

По общей деятельности отобранных медицинских организаций с позиции участия в государственно-частном партнерстве можно составить матрицу осуществления ими медицинской помощи в разрезе используемых форм (плановая, неотложная, экстренная, в кабинетах, в условиях дневного стационара, круглосуточного стационара или по профилю «стоматология»). Большинство частных клиник и негосударственных учреждений здравоохранения предпочитают оказывать плановую амбулаторно-поликлиническую медицинскую помощь, поскольку экстренная служба сопряжена со множеством осложнений у пациентов и проблем взаимодействия со смежными структурами, а также с особыми требованиями к оснащению оборудованием. Непопулярны в государственно-частном партнерстве круглосуточные стационары, поскольку в процессе оказания услуг формируется высокий уровень текущих затрат и при невостребованности стационара по системе ОМС он будет приносить убытки. На платной основе вследствие невысоких доходов россиян круглосуточные стационары имеют невысокую востребованность.

По данным реестра была составлена матрица частных клиник и их практики оказания медицинской помощи в рамках программы ОМС по используемым формам (табл. 4).

Большинство организаций оказывают медицинскую помощь в плановом режиме, лишь 4 организации, которые являются узловыми больницами ОАО «РЖД», способны осуществлять помощь в условиях дневного стационара и по профилю «стоматология». Отделения (кабинеты) неотложной медицинской помощи имеют лишь две медицинские организации, при этом из остальных некоторые организации могут оказывать неотложную или экстренную помощь.

Невысокий уровень участия частных клиник и негосударственных учреждений здравоохранения в реализации территориальных программ ОМС в России обусловлен во многом неадекватным тарифообразованием на медицинские услуги.

## Обсуждение

В России опыт становления и развития страховой медицины достаточно скромно по сравнению с развитыми странами, где широко используются государственное и добровольное страхование. В мировой практике интересен и полезен опыт США, поскольку в этой стране развиты оба вида страхования. Они являются основными источниками финансирования медицинских услуг в стране. При этом объем гарантированных медицинских услуг зависит от страховой компании, условий и объема страхования [17].

Однако о неэффективности системы здравоохранения США говорили многие политики, ученые, врачи и пациенты. Свидетельства недовольства подтвердились официально результатами исследований Фонда общественного благосостояния в 2005 г. Основные показатели качества системы здравоохранения страны (их более 30) свидетельствовали о ее невысоком рейтинге в мире. Другие страны, тратя на медицину значительно меньшие суммы, выглядели более презентабельно [18]. Поэтому американская система в последнее время активно реформируется. Например, в 2010 г. были осуществлены значительные изменения в национальном здравоохранении, которые успешно прошли апробацию в штатах Массачусетс и Вермонт [19]. В результате резко сократилось число незастрахованных граждан, снизились страховые тарифы и произошло расширение государственной программы страхования для малоимущих [20].

Опыт США интересен в вопросах развития системы национального здравоохранения, особенно если в его основе лежит страховая медицина. Отличительной особенностью американской системы здравоохранения является широкое использование механизма государственно-частного партнерства [21].

Россия при формировании страховой медицины изначально ориентировалась на Германию, поэтому российская система медицинского страхования очень близка к немецкой. Однако немецкая модель оказания медицинской помощи основана на «цене пункта», когда складывается одинаковая цена на медицинскую услугу по всей стране независимо от

страховщика. Влияние на процесс ценообразования оказывают в основном макрофакторы. Для реализации этого механизма медицинские организации должны очень ответственно подходить к процессу ценообразования, включая только необходимые составляющие, обеспечивая рентабельность услуг, которая не может существенно различаться внутри одной страны. Россия не использует этот подход, и в современных условиях при обсуждении процессов активизации государственно-частного партнерства зачастую встает вопрос об адекватном тарифообразовании в системе ОМС. Именно этот подход, возможно, позволил бы решить сложившуюся проблему в отрасли за счет мотивационной составляющей [22].

### Заключение

Частные клиники участвуют в реализации программы ОМС на территории Краснодарского края, но при этом реализуют не полный перечень медицинских услуг, часто сконцентрированы только в крупных и экономически развитых муниципальных образованиях и не всегда размещают доступным образом для широкого круга пользователей информацию об услугах, которые население региона может получить по полису ОМС. Наиболее широкий спектр медицинских услуг в Краснодарском крае в рамках реализации программы ОМС оказывают ООО «Клиника Екатеринбургская» и ООО «РН-Современные технологии». Данные компании доминируют на рынке медицинских услуг по ОМС. Также активно участвуют в реализации программы ОМС на территории Краснодарского края АО «ДиЛУЧ», НУЗ «Узловая больница на станции Белореченская ОАО „РЖД“», НУЗ «Отделенческая клиническая больница на станции Краснодар ОАО „РЖД“», НУЗ «Узловая больница на станции Новороссийск ОАО „РЖД“», ООО «Армед».

Это оптимистический сценарий развития государственно-частного партнерства в здравоохранении региона, поскольку выбран благополучный с социально-экономической точки зрения регион. В качестве объектов исследования были отобраны не фактические, а потенциальные участники реализации программы ОМС в соответствии с Реестром ТФОМС Краснодарского края. В перспективе негосударственные учреждения ОАО «РЖД» перейдут в другой статус и их нельзя будет учитывать при оценке развитости государственно-частного партнерства в здравоохранении края. Этот факт только усугубляет результаты проведенного исследования. Таким образом, фактическая степень развитости участия частных клиник в реализации территориальной программы ОМС невысока, необходима активизация этого процесса.

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

### ЛИТЕРАТУРА

1. Ковалева И. П., Зудин А. Б. Актуальные тенденции развития частного сектора здравоохранения: российский и зарубежный

- опыт. *Вестник медицинского института «РЕАВИЗ»: реабилитация, врач и здоровье*. 2017;25(1):99—104.
- Ковалева И. П., Долматова М. Е. Доходы населения как фактор развития медицинских услуг в России. *Труд и социальные отношения*. 2018;(5):28—38.
  - Зудин А. Б., Ковалева И. П. Участие частных клиник в системе ОМС как фактор развития здравоохранения России. *Вестник медицинского института «РЕАВИЗ»: реабилитация, врач и здоровье*. 2016;24(4):104—9.
  - Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» от 29.11.2010 № 326-ФЗ (ред. от 29.07.2018). Режим доступа: <http://www.consultant.ru> (дата обращения 05.02.2019).
  - Официальный сайт Министерства здравоохранения Краснодарского края. Режим доступа: [http://www.minzdravkk.ru/pages/presa/pressrelese/detail.php?ELEMENT\\_ID=17890&spphrase\\_id=1457980](http://www.minzdravkk.ru/pages/presa/pressrelese/detail.php?ELEMENT_ID=17890&spphrase_id=1457980) (дата обращения 05.02.2019).
  - Андреева Е. В., Русакова О. И. Страховая деятельность и ее регулирование на современном страховом рынке. Иркутск: Изд-во БГУЭП; 2015.
  - Официальный сайт Территориального фонда обязательного медицинского страхования Краснодарского края. Режим доступа: [http://www.kubanoms.ru/\\_files/reestr\\_mo/reestrm\\_o\\_22.03.2018.xls](http://www.kubanoms.ru/_files/reestr_mo/reestrm_o_22.03.2018.xls) (дата обращения 05.02.2019).
  - Роиц В. Д. Обязательное медицинское страхование: теория и практика: учебное пособие. М.: Дело и Сервис; 2013.
  - Официальный сайт «РЖД-Медицина». Режим доступа: <https://www.rzd-medicine.ru/oms> (дата обращения 12.02.2019).
  - Федотов Д. Ю. Система внебюджетных социальных фондов: учебное пособие. Иркутск: Изд-во БГУЭП; 2014.
  - Официальный сайт ООО «Армед». Режим доступа: <https://www.armed.ru/> (дата обращения 10.02.2019).
  - Официальный сайт ООО «ДиЛУЧ». Режим доступа: <https://diluch.ru> (дата обращения 10.02.2019).
  - Официальный сайт ООО «Клиника Екатеринбургская». Режим доступа: <https://www.clinic23.ru/> (дата обращения 10.02.2019).
  - Официальный сайт ООО «МедиЭстетик-НИКАмед». Режим доступа: <https://sochi.mediast.ru/home-page/about-us/> (дата обращения 10.02.2019).
  - Официальный сайт ООО «РН-Современные технологии». Режим доступа: <https://www.sogaz-clinic23.ru/about/> (дата обращения 10.02.2019).
  - Зайков С. Н. Проблемы и перспективы реформирования обязательного медицинского страхования. *Вестник АГАУ*. 2014;113(3):180—5.
  - Jacobs P, Rapoport J. *The Economics of Health and Medical Care*. Sudbury, Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers; 2004.
  - Leatherman S, Sutherland K. *The Quest for Quality in the NHS. A chartbook on quality of care in the UK*. Radcliffe Publishing. Oxford — Seattle: The Nuffield Trust; 2005.
  - Sommers B. D., Baicker K., Epstein A. M. *Mortality and Access to Care among Adults after State Medicaid Expansions*. Boston: Harvard School of Public Health, NEJM; 2012.
  - Lunge R. J. *Strategic Plan for Vermont Health Reform 2012—2014*. State of Vermont: Agency of Administration; 2012.
  - Schultz E. H. *Lessons learned in Massachusetts*. Harvard Pilgrim Health Care; 2012.
  - Jargin S. V. *The practice of pathology in Russia: on the eve of modernization*. *Basic Appl. Pathol.* 2010;3(2):70—3.
  - Абубакиров А.С., Ананченко П.И., Амонова Д.С., Зудин А.Б., Снегирева Ю.Ю. *Медицинская помощь в системе обязательного медицинского страхования*. Москва-Берлин: издательство «Директ-Медиа», 2019.

Поступила 12.08.2019  
Принята в печать 23.01.2020

### REFERENCES

- Kovaleva I. P., Zudin A. B. Current trends in the development of the private sector of health care: Russian and foreign experience. *Vestnik Meditsinskogo Instituta "REAVIZ": Reabilitaciya, Vrach, Zdorovyie*. 2017;25(1):99—104 (in Russian).
- Kovaleva I. P., Dolmatova M. E. Income of the population as a factor of development of medical services in Russia. *Trud i Sotsialnye Ot-nosheniya*. 2018;(5):28—38 (in Russian).
- Zudin A. B., Kovaleva I. P. Participation of private clinics in the CHI as a factor in the development of health care in Russia. *Vestnik Med-*

Здоровье и общество

- itsinskogo Instituta "REAVIZ": Reabilitaciya, Vrach, Zdorovye.* 2016;24(4):104–9.
4. Federal law "On compulsory health insurance in the Russian Federation" dated 29.11.2010 N 326-FZ (ed. from 29.07.2018). Available at: <http://www.consultant.ru> (accessed 05.12.2019).
  5. Official site of Ministry of Health of Krasnodar Region. Available at: [http://www.minzdravkk.ru/pages/prensa/pressrelise/detail.php?ELEMENT\\_ID=17890&spphrase\\_id=1457980](http://www.minzdravkk.ru/pages/prensa/pressrelise/detail.php?ELEMENT_ID=17890&spphrase_id=1457980) (accessed 05.02.2019) (in Russian).
  6. Andreeva E. V., Rusakov O. I. Insurance activity and its regulation in the modern insurance market. Irkutsk: Publishing house of BGUEP; 2015 (in Russian).
  7. Official site of Territorial Fund of compulsory medical insurance of Krasnodar region. Available at: [http://www.kubanoms.ru/\\_files/reestr\\_mo/reestrmo\\_22.03.2018.xls](http://www.kubanoms.ru/_files/reestr_mo/reestrmo_22.03.2018.xls) (accessed 05.10.2019) (in Russian).
  8. Roic V. D. Compulsory health insurance: theory and practice: studies. Allowance. Moscow: Business and Service; 2013 (in Russian).
  9. Official website of the "RZD-Medicine". Available at: <https://www.rzd-medicine.ru/oms> (accessed 12.02.2019) (in Russian).
  10. Fedotov D. U. System of extra-budgetary social funds: studies. Irkutsk: Publishing house of BGUEP; 2014 (in Russian).
  11. Official site of OOO "Armed". Available at: <https://www.armed.ru/> (accessed 10.02.2019) (in Russian).
  12. Official site of OOO «Deluch». Available at: <https://diluch.ru> (accessed 10.02.2019) (in Russian).
  13. Official website of LLC "Clinic Catherine". Available at: <https://www.clinic23.ru/> (accessed 10.02.2019) (in Russian).
  14. Official site of OOO "Mediestetik-NIKAMED". Available at: <https://sochi.mediast.ru/home-page/about-us/> (accessed 10.02.2019) (in Russian).
  15. Official site of "RN-to-date technology". Available at: <https://www.sogaz-clinic23.ru/about/> (accessed 10.02.19) (in Russian).
  16. Zaikov S. N. Problems and prospects of reforming of obligatory medical insurance. *Vestnik AGAU.* 2014;113(3):180–5 (in Russian).
  17. Jacobs P., Rapoport J. The Economics of Health and Medical Care. Sudbury, Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers; 2004.
  18. Leatherman S., Sutherland K. The Quest for Quality in the NHS. A chartbook on quality of care in the UK. Radcliffe Publishing. Oxford — Seattle: The Nuffield Trust; 2005.
  19. Sommers B. D., Baicker K., Epstein A. M. Mortality and Access to Care among Adults after State Medicaid Expansions. Boston: Harvard School of Public Health, NEJM; 2012.
  20. Lunge R. J. Strategic Plan for Vermont Health Reform 2012–2014. State of Vermont: Agency of Administration; 2012.
  21. Schultz E. H. Lessons learned in Massachusetts. Harvard Pilgrim Health Care; 2012.
  22. Jargin S. V. The practice of pathology in Russia: on the eve of modernization. *Basic Appl. Pathol.* 2010;3(2):70–3.
  23. 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: izdatel'stvo «Direkt-Media», 2019.

© Баранов А. В., 2020  
УДК 614.2Баранов А. В.<sup>1,2</sup>

## РЕГИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНОГО ТРАВМАТИЗМА В АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

<sup>1</sup>ФГБОУ ВО «Череповецкий государственный университет», 162612, г. Череповец;  
<sup>2</sup>ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет», 163000, г. Архангельск

Выполнено сплошное ретроспективное документальное исследование региональных особенностей дорожно-транспортного травматизма с медицинскими последствиями на федеральной автодороге М8 «Холмогоры» в Архангельской области за период 2012—2018 гг. Проанализировано 906 медицинских карт пациентов старше 18 лет, поступивших по срочным показаниям после дорожно-транспортных происшествий и получивших стационарное лечение в медицинских организациях Архангельской области, расположенных на федеральной автодороге М8 «Холмогоры». Отмечено значимое снижение количества происшествий с медицинскими последствиями, зафиксированных на этом участке, а также значимое ( $p < 0,001$ ) уменьшение числа пострадавших и погибших с минимальными значениями в 2018 г. Выявлено, что наибольшее количество пострадавших регистрируется в летний (31,1%) и осенний (29,8%) периоды года. Наиболее опасными днями недели были суббота и воскресенье. В суточной временной периодичности максимальное количество пострадавших на исследуемой автодороге зарегистрировано в вечернее (18:00—24:00;  $p < 0,001$ ), а наименьшее — в ночное (1:00—6:00) время суток. Среди травмированных значимо доминируют лица мужского пола ( $p < 0,001$ ), а в общей выборке пострадавших значимо преобладают молодые люди в возрасте до 40 лет.

**Ключевые слова:** дорожно-транспортный травматизм; пострадавшие; федеральная автодорога М8 «Холмогоры»; Архангельская область; периодичность ДТП с медицинскими последствиями.

**Для цитирования:** Баранов А. В. Региональные особенности дорожно-транспортного травматизма в Архангельской области. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2020;28(3):368—371. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2020-28-3-368-371>

**Для корреспонденции:** Баранов Александр Васильевич, канд. мед. наук, ведущий научный сотрудник кафедры теоретических основ физической культуры, спорта и здоровья ФГБОУ ВО «Череповецкий государственный университет»; научный ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет», e-mail: Baranov.av1985@mail.ru

Baranov A. V.<sup>1,2</sup>

## THE REGIONAL CHARACTERISTICS OF ROAD TRAUMATISM IN THE ARKHANGELSK OBLAST

<sup>1</sup>The Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The Cherepovets State University”, 162612, Cherepovets, Russia;<sup>2</sup>The Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The Northern State Medical University”, 163000, Arkhangelsk, Russia

The article considers the results of continuous retrospective documentary study of regional characteristics of road traffic injuries with medical consequences on the Federal highway M-8 “Kholmogory” in the Arkhangelsk oblast in 2012 — 2018. The analysis was applied to 906 medical records of patients older than 18 years hospitalized with urgent indications after road traffic accident and received in-patient treatment in medical organizations of the Arkhangelsk Oblast located in area of the Federal highway M-8 “Kholmogory”. The significant decreasing of number of accidents with medical consequences recorded in the covered area as well as significant decreasing number of victims and perished with minimal rate in 2018 was established. It is revealed that the largest number of victims of road traffic accidents was recorded in summer — 300 (31.1%) and autumn — 270 (29.8%) of this year. The Saturday and Sunday occurred to be the most dangerous days of the week in this respect. In day periodicity, maximal number of victims was recorded in the evening time (18—24 PM, 35.1%) and the smallest number in the night time (1—6 AM, 14.6%). Among injured individuals, significantly dominated males ( $p < 0,001$ ) and in total sampling young people under the age of 40.

**Key words:** road traffic injuries; victims; Federal highway M-8 “Kholmogory”; Arkhangelsk Oblast; periodicity of road accidents with medical consequences.

**For citation:** Baranov A. V. The regional characteristics of road traumatism in the Arkhangelsk oblast. *Problemi socialnoi gigiyeni, zdoravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2020;28(3):368—371 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2020-28-3-368-371>

**For correspondence:** Baranov A. V., candidate of medical sciences, the leading researcher of the Chair of Theoretical Foundations of Physical Culture, Sport and Health of the Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The Cherepovets State University”. e-mail: Baranov.av1985@mail.ru

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

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

Received 18.10.2019

Accepted 23.01.2020

## Введение

Дорожно-транспортный травматизм является актуальнейшей медико-социальной проблемой современности, а дорожно-транспортные происшествия (ДТП) занимают одно из первых мест в структуре смертности населения от всех внешних причин [1—

4]. Основной транспортной автотрассой российского Севера является федеральная автодорога (ФАД) М8 «Холмогоры», которая начинается в Арктике от г. Северодвинска и проходит Архангельскую область с севера на юг. Этой автодороге присущи особенности, характерные для всех трасс Севера: значительная протяженность, большие расстояния между

Здоровье и общество

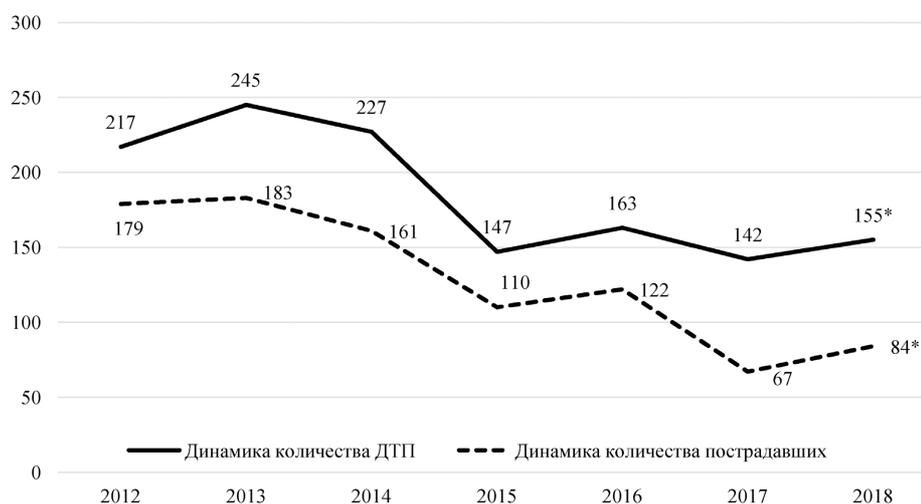


Рис. 1. Динамика ДТП с медицинскими последствиями и количества пострадавших на ФАД М8 «Холмогоры» в 2012—2018 гг. (в абс. ед.).

\* $p < 0,001$  (2012 г. по сравнению с 2018 г.).

больницами, а также нередко возникающие условия плохой видимости, наледь и сильный боковой ветер, обусловленные климатическими особенностями. Все это, с одной стороны, увеличивает вероятность возникновения большого количества ДТП с медицинскими последствиями, а с другой — снижает своевременность оказания медицинской помощи травмированным [5, 6].

Цель исследования — выявить региональные особенности дорожно-транспортного травматизма на ФАД М8 «Холмогоры» в Архангельской области.

### Материалы и методы

Отобрано 906 медицинских карт (ф. 003/у) пациентов, проходивших лечение в стационарах Архангельской области, поступивших по срочным показаниям в период с 01.01.2012 г. по 31.12.2018 г. Исследование проведено по критериям ретроспективного сплошного документального наблюдения: рассмотрены все истории болезни травмированных в ДТП, получавших госпитальное лечение за указанный период.

**Критерии включения** в исследование:

- травмированные обоих полов;
- старше 18 лет;
- травма в ДТП получена на участке ФАД М8 «Холмогоры» в Архангельской области, госпитализация произведена в медицинскую организацию, отвечающую за данный участок трассы;
- травма получена в период с 01.01.2012 г. по 31.12.2018 г.

При проведении статистического анализа использовался лицензионный пакет прикладных статистических программ SPSS 22. Распределение было принято как ненормальное, для количе-

ственных признаков были рассчитаны средние величины (медиана, первый и третий квартили). При сравнении двух независимых групп применялся критерий Манна—Уитни, нескольких групп — критерий Краскела—Уоллиса. При сравнении частот значений признаков в двух группах использовался критерий  $\chi^2$ .

В качестве критерия статистической значимости была выбрана вероятность случайной ошибки менее 5% ( $p < 0,05$ ) с применением поправки на множественные сравнения (поправка Бонферрони).

### Результаты исследования

За период исследования выявлено снижение количества ДТП с

медицинскими последствиями и числа пострадавших в них на протяжении всей ФАД М8 «Холмогоры» (рис. 1).

Отмечены снижение уровня погибших в результате ДТП на ФАД М8 «Холмогоры» от максимума в 2014 г. до минимума в 2017 г. и новый рост в 2018 г. (рис. 2).

Данные факты могут быть связаны с результатами введенных в России программ по снижению смертности на дорогах и количества ДТП, а также с ужесточением наказания за езду в нетрезвом виде, непристегнутый ремень безопасности.

Общее количество травмированных на Архангельской части ФАД М8 «Холмогоры» составило 906 человек, из них 621 мужчина, 285 женщин.

Средний возраст травмированных составил 35 лет (min — 18, max — 89). Средний возраст мужчин — 35 лет (min — 18, max — 84), женщин — 38 лет (min — 18, max — 89). Женщины оказались значимо ( $p < 0,03$ ) старше мужчин. В общей выборке травмированных преобладают лица молодого трудоспособного возраста до 40 лет (57,3% от всех пострадавших;  $p < 0,001$ ).

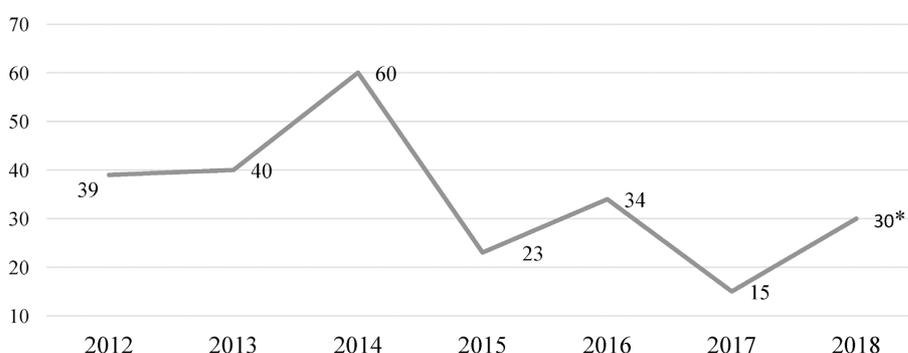
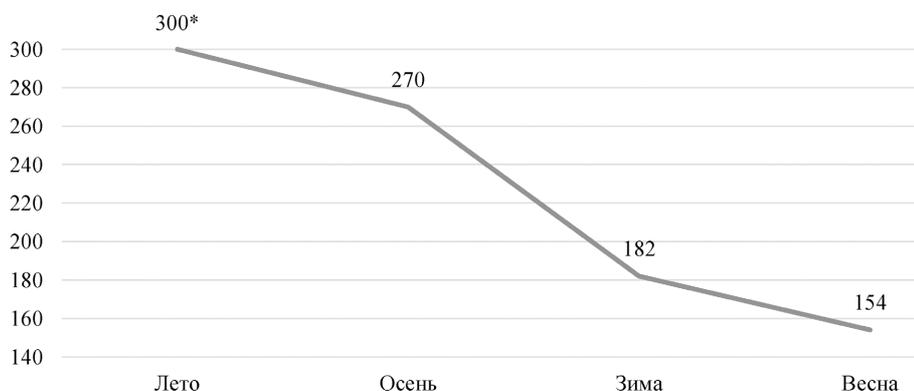


Рис. 2. Динамика количества погибших в ДТП на ФАД М8 «Холмогоры» в 2012—2018 гг. (в абс. ед.).

\* $p < 0,01$  (2014 г. по сравнению с 2018 г.).



**Рис. 3.** Динамика количества пострадавших на ФАД М8 «Холмогоры» в Архангельской области в 2012—2018 гг. в зависимости от времени года (в абс. ед.).

\* $p < 0,001$  (лето по сравнению с весной); поправка Бонферрони: значимость  $p < 0,0125$ .

Проведен анализ периодичности дорожно-транспортного травматизма в зависимости от времени года, дня недели и времени суток за 7-летний период.

Выявлено, что, наибольшее количество людей получали травмы в ДТП на ФАД М8 «Холмогоры» в летний (33,1%) и осенний (29,8%) периоды года при явной тенденции к уменьшению их числа в зимний (20,1%) и весенний (17%) периоды (рис. 3).

Преобладание количества травмированных летом и осенью может быть объяснено более интенсивным движением автотранспорта в этот период в связи с дачным сезоном, большой продолжительностью светового дня, более благоприятными условиями климата, а также свободным от наледи дорожным покрытием. Все это способствует высокоскоростному режиму движения, что ведет к серьезному возрастанию риска возникновения ДТП с медицинскими последствиями. В зимний период востребованность автомобилей в Архангельской области сильно снижается из-за наледи на дорогах и короткого светового дня, а весной — из-за некачественной дорожной сети после зимы, поскольку снег и наледь могут сохраняться до мая включительно.

Отмечено, что подавляющее большинство травм приходится на выходные дни: субботу (16,2%) и воскресенье (16,7%).

Минимальное количество пострадавших (10,9%) зафиксировано во вторник, с последующим нарастающим трендом до недельного максимума в воскресенье. Данный факт может быть объяснен тем, что личный автотранспорт более востребован у граждан именно в выходные дни и в пятницу вследствие стремления населения выехать на дачные участки.

Зафиксировано, что наибольшее (35,1%;  $p < 0,001$ ) количество травмированных приходится на вечернее время, с 18:00 до 23:59, на дневное время, с 12:00 до 17:59, — 29,7% пострадавших. Утром, с 6:00 до 11:59, количество травмированных вновь снижается до 20,6%, а минимума оно достигает в ночное время, с 00:00 до 5:59 (14,6%).

Данная динамика логично связана с востребованностью личного автомобильного транспорта в вечернее и дневное время.

## Обсуждение

Исследование по выявлению особенностей дорожно-транспортного травматизма на федеральной автодороге М8 «Холмогоры» Архангельской области обнаружилось снижение количества ДТП с медицинскими последствиями, уменьшение числа пострадавших и погибших, что сопоставимо с результатами исследования, проведенного И. В. Гречухиным, И. Ю. Болотниковым и М. К. Андреевым, которые также отмечают снижение числа погибших и пострадавших в ДТП, а также уменьшение количества ДТП с медицинскими последствиями [7]. Полученные данные о половозрастном составе травмированных в ДТП коррелируют с данными других исследований [8].

## Выводы

Отмечена динамика снижения количества ДТП с медицинскими последствиями ( $p < 0,001$ ), уменьшения числа пострадавших ( $p < 0,001$ ) и погибших в ДТП на ФАД М8 «Холмогоры» Архангельской области с минимальными значениями в 2018 г.

Среди пострадавших доля мужчин и лиц молодого трудоспособного возраста до 40 лет составляет 57,3% ( $p < 0,001$ ).

Наибольшее число пострадавших в ДТП регистрируется в летний и осенний периоды, а наиболее опасными днями недели по ДТП и появлению пострадавших являются выходные дни.

В суточной временной периодичности максимальное количество пострадавших в ДТП зарегистрировано в вечернее время (18:00—24:00;  $p < 0,001$ ).

Исследование не имело спонсорской поддержки.

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Волошина Л. В. Смертность от дорожно-транспортных происшествий и возможные направления ее снижения (обзор литературы). *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2011;(5):6—9.
2. Исаева И. В. Роль службы медицины катастроф при угрозе и возникновении чрезвычайных ситуаций. *Казанский медицинский журнал*. 2011;(3):82—5.
3. Кузьмин А. Г. Дорожно-транспортный травматизм как национальная проблема. *Экология человека*. 2011;(3):44—9.
4. Кузьмин А. Г., Носов А. В. Организационные аспекты деятельности здравоохранения Вологодской области по снижению смертности в дорожно-транспортных происшествиях. *Экология человека*. 2014;(3):28—31.
5. Баранов А. В., Матвеев Р. П., Барачевский Ю. Е., Гудков А. Б. Повреждения таза как аспект дорожно-транспортного травматизма. *Врач-аспирант*. 2012;52(3):389—92.
6. Петчин И. В., Барачевский Ю. Е., Меньшикова Л. И., Баранов А. В. Система оказания экстренной медицинской помощи пострадавшим в дорожно-транспортных происшествиях на догоспитальном этапе в Арктической зоне Российской Федерации. *Экология человека*. 2018;(12):12—9.
7. Гречухин И. В., Болотников И. Ю., Андреев М. К. Состояние проблемы дорожно-транспортного травматизма и совершен-

Здоровье и общество

ствование информационного обеспечения его мониторинга в Астраханской области. *Социальные аспекты здоровья населения*. 2017;(3):10—1.

8. Варакина Ж. Л., Санников А. Л. «Травматическая эпидемия» в современной России (на примере Архангельской области). Архангельск: Изд-во СГМУ; 2018.

Поступила 18.10.2019  
Принята в печать 23.01.2020

REFERENCES

1. Voloshina L. V. Mortality rate from road accidents and the possible directions of its decrease. *Problemy social'noj gigieny, zdravooxraneniya i istorii mediciny*. 2011;(5):6—9 (in Russian).
2. Isaeva I. V. The role of the disaster medicine service in threat and emergency situations. *Kazanskij medicinskij zhurnal*. 2011;(3):82—5 (in Russian).
3. Kuz'min A. G. Road traffic traumatism as a national problem. *Jekologija Cheloveka*. 2011;(3):44—9 (in Russian).
4. Kuz'min A. G., Nosov A. V. Organizational aspects of the health care activities of the Vologda Oblast to reduce mortality in road traffic accidents. *Jekologija Cheloveka*. 2014;(3):28—31 (in Russian).
5. Baranov A. V., Matveev R. P., Barachevskij Ju. E., Gudkov A. B. Pelvic injuries as an aspect of road traffic injuries. *Vrach-aspirant*. 2012;52(3):389—92 (in Russian).
6. Petchin I. V., Barachevskij Ju. E., Men'shikova L. I., Baranov A. V. The system of providing emergency medical care to the victims of the road traffic accidents at the prehospital phase in the Arctic zone of the Russian Federation. *Human ecology. Jekologija Cheloveka*. 2018;(12):12—9 (in Russian).
7. Grechuhin I. V., Bolotnikov I. Ju., Andreev M. K. The state of the problem of road traffic injuries and the improvement of information support for its monitoring in the Astrakhan region. *Social'nye aspekty zdorov'ja naselenija*. 2017;(3):10—1 (in Russian).
8. Varakina J. L., Sannikov A. L. “Traumatic epidemic” in modern Russian Federation (on the example of the Arkhangelsk region) [*Travmaticheskaja epidemiya v sovremennoi Rossii*]. Arkhangelsk: Publishing House of NSMU; 2018 (in Russian).

© Коллектив авторов, 2020  
УДК 614.2**Малыхина А. И.<sup>1</sup>, Гертанова Е. Ю.<sup>1</sup>, Каерова Е. В.<sup>1,3</sup>, Журавская Н. С.<sup>1,2,3</sup>, Дьяконова Т. М.<sup>3</sup>****ОСОБЕННОСТИ ОБРАЗА ЖИЗНИ НАСЕЛЕНИЯ ВЛАДИВОСТОКА**<sup>1</sup>ФГБОУ ВО «Тихоокеанский государственный медицинский университет» Минздрава России, 690002, г. Владивосток;<sup>2</sup>ФГАУ ВО «Дальневосточный федеральный университет», 690091, г. Владивосток;<sup>3</sup>ФГБОУ ВО «Владивостокский государственный университет экономики и сервиса», 690014, г. Владивосток

За последние 10 лет в Российской Федерации здоровье граждан неуклонно ухудшается: увеличивается естественная убыль населения, уменьшается продолжительность жизни. При анализе причин смертности по данным Росстата выявлено, что большинство случаев приходится на неинфекционные заболевания, их детерминантами являются состояние окружающей среды, медицинское обеспечение, условия и образ жизни людей. Целью исследования стало выявление степени приверженности населения города Владивостока здоровому образу жизни. Проведено социально-гигиеническое исследование на основе массового анкетирования жителей г. Владивостока методом случайной выборки. Изучены вопросы, касающиеся влияния условий и образа жизни на здоровье населения. Анализ полученных данных показал отсутствие интереса к жизни у 19% мужчин и 6% женщин ( $p < 0,05$ ). Установлено, что 66% опрошенных женщин и 44% мужчин употребляют табачные изделия ( $p < 0,05$ ), 53% женщин и 59% мужчин — спиртные напитки ( $p < 0,05$ ), которые являются факторами риска неинфекционных социально значимых заболеваний. Мотивацию на ведение здорового образа жизни населения возможно усилить путем систематических профилактических мероприятий по укреплению и сохранению здоровья.

**Ключевые слова:** здоровье населения; факторы риска; статистические показатели; анкетирование; физическое развитие; неинфекционные заболевания; здоровый образ жизни.

**Для цитирования:** Малыхина А. И., Гертанова Е. Ю., Каерова Е. В., Журавская Н. С., Дьяконова Т. М. Особенности образа жизни населения Владивостока. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2020;28(3):372—376. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2020-28-3-372-376>

**Для корреспонденции:** Каерова Елена Владиславовна, канд. пед. наук, зав. кафедрой физической культуры и спорта ФГБОУ ВО ТГМУ Минздрава России; доцент кафедры туризма и экологии ФГБОУ ВО ВГУЭС, e-mail: ekaerova@yandex.ru

**Malykhina A. I., Gertanova E. Yu., Kaerova E. V.<sup>1,3</sup>, Zhuravskaya N. S.<sup>1,2,3</sup>, Dyakonova T. M.<sup>3</sup>****THE CHARACTERISTICS OF LIFE-STYLE OF POPULATION OF VLADIVOSTOK**<sup>1</sup>The Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The Pacific State Medical University” of Minzdrav of Russia, 690002, Vladivostok, Russia;<sup>2</sup>The Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education “The Far-Eastern Federal University”, 690091, Vladivostok, Russia;<sup>3</sup>The Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The Vladivostok State University of Economics and Service”, 690014, Vladivostok, Russia

Over the past 10 years in the Russian Federation, the health of citizens has been steadily deteriorating: the level of natural population decline is increasing, and life expectancy is decreasing. When analyzing the causes of mortality according to the Federal State Statistics Service, it was revealed that most cases are noncommunicable diseases, their determinants are biological, the state of the environment, medical care, conditions and lifestyle of people. The aim of the study is to identify the degree of commitment of the population of the city of Vladivostok to a healthy lifestyle. A socio-hygienic study was carried out, which included a mass survey of residents of Vladivostok by random sampling. Issues related to the impact of conditions and lifestyles on public health have been studied.

Results: Analysis of the research data showed that 19% of men and 6% of women ( $p < 0.05$ ) lacked interest in life. A study of the data showed that currently 66% of women and 44% of men use tobacco products ( $p < 0.05$ ), 53% of women and 59% of men use alcohol ( $p < 0.05$ ), which are factors risk of noncommunicable socially significant diseases. The motivation for maintaining a healthy lifestyle of the population can be strengthened through systematic preventive measures to promote and maintain health.

**Keywords:** public health; risk factors; statistical indicators; questioning; physical development; noncommunicable diseases; healthy lifestyle.

**For citation:** Malykhina A. I., Gertanova E. Y., Kaerova E. V., Zhuravskaya N. S., Deaconova T. M. Lifestyle features of the population of the city of Vladivostok. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2020;28(3):372—376 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2020-28-3-372-376>

**For correspondence:** Kayerova Elena Vladislavovna, head of the department of physical culture and sports Pacific State Medical University, Russian Federation, 690002, Vladivostok, Ostryakova Avenue, Building 2; Associate professor of the department of tourism and ecology Vladivostok State University of Economics and Service. email: ekaerova@yandex.ru

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

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

Received 25.09.2019  
Accepted 23.01.2020**Введение**

В современных социально-экономических условиях сохранение и защита здоровья населения является приоритетной задачей государственного мас-

штаба, поскольку здоровье — важная потребность, влияющая на все стороны жизни людей, определяющая возможности адаптации в обществе, обеспечивающая гармоничное развитие личности и отражающая общественное развитие страны [1—3].

## Здоровье и общество

В последнее десятилетие здоровье населения Российской Федерации характеризуется негативными тенденциями: снижается средняя продолжительность жизни, растет общая заболеваемость, увеличивается смертность [4, 5]. По данным официальной государственной статистики, естественная убыль населения (превышение числа умерших над числом родившихся) в России за последние 11 лет стала рекордной: в 2019 г. она составила 260 710 человек [6].

Анализ причин смертности в Российской Федерации выявил, что 70% случаев ее приходится на неинфекционные заболевания: болезни системы кровообращения (46%), новообразования (16%) и внешние причины (8%) [7]. По данным некоторых авторов, отмечено, что с каждым годом появляется все больше неинфекционных заболеваний, которые раньше можно было встретить только у людей, среднего и пожилого возраста. В условиях современности данные болезни «молодеют» [8]. Можно предположить здесь прямую связь с тем, что лишь малое число людей уделяют достаточно внимания здоровому образу жизни (ЗОЖ) и вопросам профилактики с целью сохранения собственного здоровья. Остальная часть населения склонна к затрате денежных средств и колоссальных усилий для излечения уже приобретенных заболеваний [9—11].

Согласно многочисленным исследованиям отечественных и зарубежных ученых, существенный вклад в формирование здоровья человека на популяционном уровне вносят такие детерминанты, как биологические (возраст, пол, питание; 15—20%), состояние окружающей среды (уровень транспортного и промышленного загрязнения, наличие зеленых зон в городском пространстве; 20%), медицинское обеспечение (доступность и качество медицинской помощи; 7—8%), условия и образ жизни людей (режим работы, отдых, уровень аддукций: никотин, алкоголь; 52—53%) [12—15].

В последние годы государство уделяет большое внимание вопросам повышения и сохранения здоровья населения России, реализуются различные программы: «Развитие здравоохранения» на период с 2013 по 2020 г., федеральные целевые программы («Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями», «Социальная поддержка инвалидов», «Экономическое и социальное развитие Дальнего Востока и Забайкалья» и др.). Также четко прослеживаются попытки государства избавить население от вредных привычек с помощью создания законодательной базы в этой области: повышаются цены и акцизы на алкогольную и табачную продукцию, ограничивается территориальная и временная доступность алкоголя и табака [16, 17].

Будущее человека и историческое будущее государства всецело и полностью зависят от осознанного и ответственного отношения индивидуума к образу жизни. Однако нельзя навязать населению ведение ЗОЖ, необходимо косвенно воздействовать на людей через их психологические цели, которые формируются в общественных движениях.

Следовательно, иллюзия повсеместного формирования ЗОЖ среди населения будет существовать до тех пор, пока целью общества не станут масштабные систематические профилактические мероприятия. Оценка образа жизни и выявление факторов риска неинфекционных заболеваний являются приоритетной задачей при разработке и реализации профилактических программ по повышению и сохранению здоровья населения.

Цель исследования — выявить степень приверженности населения г. Владивостока здоровому образу жизни.

## Материалы и методы

Проведено социально-гигиеническое исследование, которое включало массовое анкетирование жителей Владивостока методом случайной выборки. Объем выборочной совокупности составил 763 человека, из них 453 женщины и 310 мужчин, средний возраст которых — 33 года. Для исследования разработана анкета, состоящая из 20 вопросов, касающихся влияния условий и образа жизни на здоровье населения. Определены факторы риска для здоровья и описаны различия в их восприятии мужчинами и женщинами. Статистическая обработка материалов производилась с помощью программного обеспечения Statistica 10.0 (StatSoft Inc., США) и Excel (Microsoft Office 2010) в среде операционной системы Windows. Исследование взаимосвязи между дискретными, качественными признаками проводилось с использованием анализа двумерных таблиц сопряженности с вычислением значения критерия Пирсона  $\chi^2$ .

## Результаты исследования

Выявлено, что респонденты знают и выделяют такие поведенческие факторы, влияющие на ЗОЖ, как эмоции (21% женщин и 15% мужчин), соблюдение режима дня (9% женщин и 5% мужчин), занятия физической культурой и спортом (22% женщин и 42% мужчин), рациональное питание (17% женщин и 13% мужчин), отказ от вредных привычек (31% женщин и 25% мужчин).

Информация о ЗОЖ и способах улучшения собственного здоровья интересует 52% женщин и 47% мужчин, не очень интересует 38 и 32% и не интересует совсем 10 и 21% женщин и мужчин соответственно. Для женщин эти сведения важнее, чем для мужчин ( $p < 0,05$ ). Также выявлена структура источников получения информации о ЗОЖ и способах улучшения здоровья: программы телевидения (22% женщин и 28% мужчин), консультации врачей (по 11% женщин и мужчин), разговоры с друзьями и знакомыми (по 10% женщин и мужчин), интернет (12% женщин и 9% мужчин), газетные публикации (8% женщин и 11% мужчин), радиопередачи (9% женщин и 7% мужчин), журнальные статьи (по 11% женщин и мужчин). Специализированные журналы стали источником информации о здоровье для 5% женщин и 6% мужчин, разговоры с родителями — для 4% женщин и 2% мужчин, рекламные сообщения —

для 3% женщин и 1% мужчин, книги и брошюры — для 3% женщин и мужчин, специализированные курсы по месту работы — для 2% женщин и 1% мужчин.

Ранжирование знаний о параметрах собственного здоровья населения установило, что многим известны их антропометрические показатели: масса и длина тела (по 84% соответственно). Данные о группе крови, резус-факторе, прививках, артериальном давлении и перенесенных в детстве заболеваниях известны лишь малому числу опрошенных (по 11% соответственно). Всего 5% участников опроса знают о предрасположенности организма к различным видам заболеваний.

Установлено, что наибольшее число участников опроса (59% женщин и 53% мужчин) считают свою жизнь интересной, посредственной — 35% женщин и 28% мужчин. Отсутствие интереса к жизни наблюдается у 19% мужчин и у 6% женщин ( $p < 0,05$ ). Большинство респондентов (77% женщин и 60% мужчин) считают положительные эмоции благоприятным фактором, влияющим на здоровье; эмоции положительного характера не являются благоприятным фактором для 9% женщин и 24% мужчин, затруднились ответить 14% женщин и 16% мужчин ( $p < 0,05$ ).

Увлечения опрошенного контингента заключаются в том, что женщины в 29% случаев предпочитают литературу, в 26% — социальные сети, 20% — просмотр телепередач, 16% — физическую культуру и спорт, 9% отметили компьютерные игры. Среди мужского населения ситуация иная: 35% занимаются физической культурой и спортом, поддерживая оптимальную физическую форму, 24% свободное время проводят в социальных сетях, 16% увлекаются компьютерными играми, 18% смотрят телевизор, и лишь 7% респондентов мужского пола интересуются литературой ( $p < 0,05$ ).

Анализ поддержания оптимальной физической активности участников опроса показал, что регулярно занимаются физической культурой и спортом 14% женщин и 32% мужчин, от случая к случаю — 47% женщин и 34% мужчин, не занимаются — 39% женщин и 34% мужчин ( $p < 0,05$ ).

Примечательно, что 32% женщин и 30% мужчин под рациональным питанием понимают энергетическое равновесие пищи (баланс калорий потребляемых продуктов и энергии, затрачиваемой на жизнедеятельность), 35% женщин и 42% мужчин убеждены, что рациональное питание заключается в оптимальном потреблении и соотношении в еде белков жиров и углеводов, а 33% женщин и 28% мужчин считают, что достаточно только соблюдения правильного режима питания ( $p < 0,05$ ). С утверждением, что рациональное питание является составной частью ЗОЖ, согласны 73% женщин и 57% мужчин, не согласны 7% женщин и 24% мужчин, не знают об этом 20% женщин и 19% мужчин. Из анкет можно узнать, что 32% женщин и 39% мужчин питаются нездоровой пищей.

Полученные данные о курении показали, что 94% женщин и 78% мужчин хорошо осведомлены о нега-

тивном влиянии табакокурения на состояние здоровья, 2% женщин и 3% мужчин считают, что табак положительно влияет на организм, не знают о вреде курения 4% женщин и 19% мужчин ( $p < 0,05$ ). Выявлено, что 66% женщин и 44% мужчин употребляют табачные изделия, 10% женщин и 19% мужчин делают это изредка в виде одной или нескольких проб либо эпизодического курения, не курят 24% женщин и 37% мужчин ( $p < 0,05$ ).

Анализ распространенности мифов об отсутствии влияния на здоровье респондентов при пассивном курении табака подтвердил наибольшую осведомленность опрошенных о негативных последствиях табакокурения (94% женщин и 71% мужчин), но 4% женщин и 18% мужчин так не считают, а 2% женщин и 11% мужчин затрудняются ответить на этот вопрос ( $p < 0,05$ ).

На вопрос об отказе от курения для сохранения здоровья 87% женщин и 64% мужчин ответили положительно, не согласились с этим 7% женщин и 22% мужчин, а затруднились ответить 6% женщин и 14% мужчин ( $p < 0,05$ ).

Установлено, что 71% женщин и 56% мужчин знают о вреде употребления спиртных напитков, 15% женщин и 31% мужчин так не считают, 14% женщин и 13% мужчин не знают об этом ( $p < 0,05$ ). Употребляя спиртные напитки 53% женщин и 59% мужчин, не употребляют — 47% женщин и 41% мужчин. При этом изменение в состоянии здоровья после принятия алкогольных напитков в худшую сторону отметили 33% женщин и 44% мужчин, об улучшении сказали 29% женщин и 35% мужчин, неизменным состояние оставалось у 38% женщин и у 21% мужчин.

Кроме распространенности табакокурения и употребления спиртных напитков, выявлено, что наркотические вещества принимают 16% женщин и 31% мужчин, не принимают 84% женщин и 69% мужчин ( $p < 0,05$ ). Об опасном влиянии наркотических веществ на здоровье знают 89% женщин и 75% мужчин, не знают 11% женщин и 25% мужчин ( $p < 0,05$ ).

### Обсуждение

Согласно полученным данным, установлена значительная распространенность факторов риска неинфекционных социально значимых заболеваний. Среди населения г. Владивостока наиболее распространен такой фактор, как отсутствие интереса к жизни, у 19% мужчин и 6% женщин ( $p < 0,05$ ), что в дальнейшем может привести к депрессии, физическим и эмоциональным нарушениям, социальной изоляции и нетрудоспособности.

Нерациональное питание безальтернативно является важнейшим фактором нездоровья. Неправильное питание приводит к серьезным негативным последствиям: избыточной массе тела, ожирению, которым страдает более 55% взрослого населения старше 30 лет, развитию эндемического зоба и других йододефицитных состояний, распространению заболеваний органов кровообращения и онкологии [18]. Вызывает тревогу то, что 32% женщин и 39% мужчин питаются нездоровой пищей. Также заслу-

## Здоровье и общество

живаает внимания высокая доля населения, не занимающегося физической культурой и спортом (39% женщин и 34% мужчин;  $p < 0,05$ ).

Исследование показало, что, несмотря на наличие у населения знаний об отрицательном влиянии курения, спиртных напитков и наркотических веществ на организм человека, отмечается их высокое распространение: среди женщин — 66; 53 и 16%, среди мужчин — 44; 59 и 31% соответственно ( $p < 0,05$ ).

Таким образом, распространенность поведенческих факторов риска среди населения Владивостока указывает на его уязвимость в отношении развития неинфекционных социально значимых заболеваний и является основанием для создания мероприятий лечебно-профилактического профиля по формированию приверженности ЗОЖ.

### Заключение

На основании проведенного исследования можно утверждать, что население настроено на ведение ЗОЖ, о чем говорит желание получать информацию о здоровой жизни не только из таких общераспространенных источников, как интернет и специализированная литература, но и от специалистов в области спорта, правильного питания, профилактики и ЗОЖ. Однако величина информированности по вопросам ведения правильной жизни и определяющих ее факторов остается недостаточной. Значимо понизить, а привычки и культура жизни могут существенно помочь в сохранении и укреплении физического, репродуктивного и психического здоровья, а могут нанести и непоправимый вред.

В послании Президента Российской Федерации В. В. Путина Федеральному собранию Российской Федерации отмечается: «Существующие сейчас негативные прогнозы не могут нас не настораживать. Наша историческая обязанность — ответить на этот вызов. Не только выбраться из демографической ловушки, но и к середине наступающего десятилетия обеспечить устойчивый естественный рост численности населения страны».

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

### ЛИТЕРАТУРА

1. Шестёра А. А., Хмельницкая Е. А., Кики П. Ф., Переломова О. В., Каерова Е. В., Сабирова К. М. Физическое развитие и функциональные возможности молодежи города Владивостока. *Здоровье населения и среда обитания*. 2019;320(11):61—5. Режим доступа: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=42389828> (дата обращения 27.02.2020).
2. Малышева Т. В. Тенденции формирования человеческого капитала в современной социально-экономической среде. *Управление устойчивым развитием*. 2016;3(4):25—32. Режим доступа: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=26465398/> (дата обращения 27.02.2020).
3. Черепов В. М., Ефремов Д. В., Калинина М. Ю. Производительность труда и состояния здоровья работника. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2017;25(6):324-7. Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/proizvoditelnost-truda-i-sostoyanie-zdorovya-rabotnika/> (дата обращения 27.02.2020).
4. Демидова С. Е. Демографическая безопасность современной России. *Россия: тенденции и перспективы развития*. 2017;(2):655-7. Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/demograficheskaya-bezopasnost-sovremennoy-rossii/> (дата обращения 27.02.2020).

5. Каерова Е. В., Журавская Н. С., Матвеева Л. В., Шестёра А. А. Анализ основных факторов развития инсульта. *Современные проблемы науки и образования*. 2017;(6):133. Режим доступа: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=32390424> (дата обращения 27.02.2020).
6. Щербакова Е. Предварительные демографические итоги 2019 года в России (часть I). *Демоскоп Weekly*. 2019;5(9):847—8. Режим доступа: <http://www.demoscope.ru/weekly/2020/0847/barom02.php/> (дата обращения 27.02.2020).
7. Шулаев А. В., Улумбекова Г. Э., Китаев Э. А., Китаев М. Р. Оценка приверженности населения Приморского края питанию и физической культуре (по результатам анкетирования). *Вопросы питания*. 2019;88(6):45—51.
8. Кики П. Ф., Ярыгина М. В., Юдин С. С. Образ жизни, среда обитания и здоровье населения Приморского края. *Научное обозрение. Реферативный журнал*. 2015;(1):29. Режим доступа: <http://abstract.science-review.ru/ru/article/view?id=159> (дата обращения 27.02.2020).
9. Доржу У. В., Сарыг С. К., Красильникова В. А. Анализ образа жизни и состояния здоровья студентов. *Вестник Тувинского государственного университета. Естественные и сельскохозяйственные науки*. 2019;49(3):19-26.
10. Синютин М. В. Спорт и здоровье в образе жизни петербуржцев. *Социальные исследования*. 2016;(4):1—16.
11. Масленникова Г. Я., Оганов Р. Г., Аксельрод С. В., Бойцов С. А. Снижение смертности от сердечно-сосудистых и других неинфекционных заболеваний в экономиках с высоким уровнем доходов населения: участие негосударственных структур. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2015;14(6):5—9.
12. Lugo A., Gallus S., Edefonti V. Smoking prevalence and illicit cigarettes trade in 18 European countries. *Eur. J. Cancer. Prev.* 2014;23(3):177—85. Режим доступа: [https://air.unimi.it/retrieve/handle/2434/222364/281554/Lugo\\_Abstract\\_SIB2013.pdf](https://air.unimi.it/retrieve/handle/2434/222364/281554/Lugo_Abstract_SIB2013.pdf) (дата обращения 27.02.2020).
13. Московченко О. Н., Катцин О. А. Модель ориентирования студента ВУЗА на формирование здорового образа жизни. *Вестник КемГУ*. 2019;(3):90—4.
14. Косолапов В. П., Сыч Г. В., Манакин И. И., Львович Я. Е., Чопоров О. Н. Совершенствование профилактики алкогольной зависимости на основе анализа медико-социальных факторов риска и прогностического моделирования. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2016;24(5):266—72. Доступно по ссылке: <https://cyberleninka.ru/article/n/sovershenstvovanie-profilaktiki-alkogolnoy-zavisimosti-na-osnove-analiza-mediko-sotsialnyh-faktorov-riska-i-prognosticheskogo> (дата обращения 27.02.2020).
15. Казакова Е. В. Управление факторами риска, формирующими основу качества медицинской помощи и качества жизни в Дальневосточном федеральном округе. *Тихоокеанский медицинский журнал*. 2017;(3):66—9. doi: 10.17238/PmJ1609-1175.2017.3.66-70
16. Инглик Т. Н., Чернявская Н. М., Айбазова Л. Б. Эпидемиологические аспекты табакокурения как фактора риска среди работников торговой сферы. *Анализ риска здоровью*. 2019;(1):109—15. Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/epidemiologicheskie-aspekty-tabakokureniya-kak-faktora-riska-sredi-rabotnikov-torgovoy-sfery/> (дата обращения 27.02.2020).
17. Журавская Н. С., Шакирова О. В., Шестёра А. А., Каерова Е. В. Комплексная методика физической подготовки будущих врачей. *Ученые записки университета им. П. Ф. Лесгафта*. 2016;134 (4):74—9.
18. Петров В. А., Макаров О. А. Методология изучения питания различных групп населения. Учебное пособие. Владивосток: Медицина ДВ; 2015.

Поступила 25.09.2019  
Принята в печать 23.01.2020

### REFERENCES

1. Shestera A. A., Khmel'nitskaya E. A., Kiki P. F., Perelomova O. V., Kayarova E. V., Sabirova K. M. Physical development and functional capabilities of the youth of the city of Vladivostok. *Zdorov'e naseleniya i sreda obitaniya*. 2019;320(11):61—5. Available at: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=42389828> (accessed 02.27.2020) (in Russian).

2. Malysheva T. V. Trends in the formation of human capital in the modern socio-economic environment. *Upravlenie ustoychivym razvitiem*. 2016;3(4):25—32. Available at: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=26465398/> (accessed 02.27.2020) (in Russian).
3. Cherepov V. M., Efremov D. V., Kalinina M. Yu. Productivity and employee health. *Problemy sotsialnoi gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2017;25(6):324—7. Available at: <https://cyberleninka.ru/article/n/proizvoditelnost-truda-i-sostoyanie-zdorovya-rabotnika/> (accessed 02.27.2020) (in Russian).
4. Demidova S. E. Demographic security of modern Russia. *Rossiya: tendentsii i perspektivy razvitiya*. 2017;(2):655—7. Available at: <https://cyberleninka.ru/article/n/demograficheskaya-bezopasnost-sovremennoy-rossii/> (accessed 02.27.2020) (in Russian).
5. Kayerova E. V., Zhuravskaya N. S., Matveeva L. V., Shester A. A. Analysis of the main factors for the development of stroke. *Modern problems of science and education*. 2017;(6):133. Available at: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=32390424> (accessed 02.27.2020) (in Russian).
6. Scherbakova E. Preliminary demographic results of 2019 in Russia (Part I). *Demoscope Weekly*. 2019;5(9):847—8. Available at: <http://www.demoscope.ru/weekly/2020/0847/barom02.php/> (accessed 02.27.2020) (in Russian).
7. Shulaev A. V., Ulumbekova G. E., Kitaeva E. A., Kitaev M. R. Assessment of the population's commitment to healthy nutrition and physical education (based on survey results). *Voprosy pitaniya*. 2019;88(6):45—51 (in Russian).
8. Kiku P. F., Yarygina M. V., Yudin S. S. Lifestyle, environment and health of the population of Primorsky Krai. *Nauchnoe obozrenie*. 2015;(1):29—9. Available at: <http://abstract.science-review.ru/article/view?id=159> (accessed 27.02.2020) (in Russian).
9. Dorzhu U. V., Saryg S. K., Krasilnikova V. A. Analysis of the lifestyle and health status of students. *Vestnik Tuvinskogo gosudarstvennogo universiteta. Natural and agricultural sciences*. 2019;49(3):19—26 (in Russian).
10. Sinyutin M. V. Sport and health in the lifestyle of Petersburgers. *Sotsialnye issledovaniya*. 2016;(4):1—16 (in Russian).
11. Maslennikova G. Ya., Oganov R. G., Axelrod S. V., Boytsov S. A. Decrease in mortality from cardiovascular and other noncommunicable diseases in high-income economies: participation of non-state actors. *Cardiovascularnaya terapiya i profilaktika*. 2015;14(6):5—9 (in Russian).
12. Lugo A., Gallus S., Edefonti V. Smoking prevalence and illicit cigarettes trade in 18 European countries. *Eur. J. Cancer Prev.* 2014;23(3):177—85. Available at: [https://air.unimi.it/retrieve/handle/2434/222364/281554/Lugo\\_Abstract\\_SIB2013.pdf](https://air.unimi.it/retrieve/handle/2434/222364/281554/Lugo_Abstract_SIB2013.pdf) (accessed 27.02.2020).
13. Moskovchenko O. N., Kattsin O. A. Model of orientation of a university student on the formation of a healthy lifestyle. *Vestnik KemGU*. 2019;(3):90—4 (in Russian).
14. Kosolapov V. P., Sych G. V., Manakin I. I., Lvovich Ya. E., Choporov O. N. Improving the prevention of alcohol dependence based on the analysis of medical and social risk factors and prognostic modeling. *Problemy sotsialnoi gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2016;24(5):266—72. Available at: <https://cyberleninka.ru/article/n/sovershenstvovanie-profilaktiki-alkogolnoy-zavisimosti-na-osnove-analiza-mediko-sotsialnyh-faktorov-riska-i-prognosticheskogo> (accessed 02.27.2020) (in Russian).
15. Kazakova E. V. Management of risk factors that form the basis of quality of care and quality of life in the Far Eastern Federal District. *Tihookeanskij meditsinskij zhurnal*. 2017;(3):66—9. Available at: doi: 10.17238/PmJ1609-1175.2017.3.66-70 (in Russian).
16. Inglik T. N., Chernyavskaya N. M., Aybazova L. B. Epidemiological aspects of tobacco smoking as a risk factor among female employees. *Analiz riska zdorov'yu*. 2019;(1):109—15. Available at: <https://cyberleninka.ru/article/n/epidemiologicheskie-aspekty-tabakokurennyak-faktora-riska-sredi-rabotnits-torgovoy-sfery> (accessed 02.27.2020) (in Russian).
17. Zhuravskaya N. S., Shakirova O. V., Shester A. A., Kayerova E. V. A comprehensive methodology for the physical training of future doctors. *Uchenye zapiski universiteta im. P. F. Lesgafta*. 2016;134(4):74—9.
18. Petrov V. A., Makarov O. A. Methodology for the study of nutrition of various population groups. Textbook [*Metodologiya izucheniya pitaniya razlichnykh grupp naseleniya*]. Vladivostok: Medicina DV; 2015.

Пузин С. Н.<sup>1</sup>, Коврижных Ю. А.<sup>2</sup>, Запарий С. Н.<sup>3</sup>, Филиппов В. В.<sup>4</sup>, Коврижных М. В.<sup>5</sup>

## ПОКАЗАТЕЛИ ТЯЖЕСТИ ИНВАЛИДНОСТИ ВСЛЕДСТВИЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА В МОСКВЕ ЗА 2016—2018 ГГ.

<sup>1</sup>Федеральный научно-клинический центр реаниматологии и реабилитологии, 107031, г. Москва;

<sup>2</sup>ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по г. Москве» Минтруда России, 125040, г. Москва;

<sup>3</sup>ФГБУ «Федеральное бюро медико-социальной экспертизы» Минтруда России, 127486, г. Москва;

<sup>4</sup>ГБУЗ МО «Красногорская городская больница № 1», 143403, Московская область, г. Красногорск;

<sup>5</sup>ГБУЗ «Городская поликлиника № 68 ДЗМ», 119180, г. Москва

*Представлены результаты анализа первичной и повторной инвалидности вследствие злокачественных новообразований среди лиц молодого возраста в г. Москве за 2016—2018 гг. Выявлено, что в структуре впервые признанных инвалидами лица молодого возраста составляют наименьшую долю с тенденцией к росту уровня первичной инвалидности. Преобладают инвалиды II группы с высоким уровнем первичной инвалидности, второе место занимают инвалиды III группы с тенденцией к увеличению их удельного веса. Число повторно признанных инвалидами значительно больше, чем впервые признанных инвалидами, в структуре преобладают инвалиды III группы с тенденцией к увеличению уровня повторной инвалидности.*

*Ключевые слова:* инвалидность; группа инвалидности; злокачественные новообразования; молодой возраст.

**Для цитирования:** Пузин С. Н., Коврижных Ю. А., Запарий С. Н., Филиппов В. В., Коврижных М. В. Показатели тяжести инвалидности вследствие злокачественных новообразований у лиц молодого возраста в Москве за 2016—2018 гг. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2020;28(3):377—379. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2020-28-3-377-379>

**Для корреспонденции:** Коврижных Юлия Александровна, руководитель бюро № 44 — филиала ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по г. Москве» Минтруда России, e-mail: [yuliakovr@gmail.com](mailto:yuliakovr@gmail.com)

Puzin S. N.<sup>1</sup>, Kovrizhnykh Yu. A.<sup>2</sup>, Zapariy S. N.<sup>3</sup>, Filippov V. V.<sup>4</sup>, Kovrizhnykh M. V.<sup>5</sup>

## THE INDICES OF SEVERITY OF DISABILITY BECAUSE OF MALIGNANT NEOPLASMS IN INDIVIDUALS OF YOUNG AGE IN MOSCOW IN 2016—2018

<sup>1</sup>The Federal State Budget Scientific Institution “The Federal Scientific Clinical Center of Reanimatology and Rheabilitation, 107031, Moscow, Russia;

<sup>2</sup>The Federal State Official Institution “The Head Bureau of Medical Social Expertise” of the Mintrud of Russia, 125040, Moscow, Russia;

<sup>3</sup>The Federal State Budget Institution “The Federal Bureau of Medical Social Expertise” of the Mintrud of Russia, 125040, Moscow, Russia;

<sup>4</sup>The State Budget Institution of Health Care of the Moscow Oblast “The Krasnogorsk Municipal Hospital № 1, 143403, Krasnogorsk, Russia;

<sup>5</sup>The State Budget Institution of Health Care “The Municipal Polyclinic № 68” of the Moscow Health Care Department, 119180, Moscow, Russia

*The article presents the results of analysis of primary and secondary disability due to malignant neoplasms among young people in Moscow in 2016–2018. The study established that in the structure of young patients recognized as disabled for the first time made up the smallest percentage with tendency of increasing the level of primary disability. The study established the predominance of people with disabilities of group II with high level of primary disability. The second position is taken by patients with disabilities of group III with tendency of increasing their specific severity. The number of patients repeatedly recognized as disabled is much higher than patients recognized as disabled for with the first time. The study established prevalence of disabled patients of group III with tendency of increasing level of repeated disability.*

*Keywords:* disability; disability group; malignant neoplasm; young age.

**For citation:** Puzin S. N., Kovrizhnykh Yu. A., Zapariy S. N., Filippov V. V., Kovrizhnykh M. V. The indices of severity of disability because of malignant neoplasms in individuals of young age in Moscow in 2016—2018. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2020;28(3):377—379 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2020-28-3-377-379>

**For correspondence:** Kovrizhnykh Yu. A., the Head of the Bureau No. 44 of the Federal State Budget Institution “The Federal Bureau of Medical Social Expertise”. e-mail: [yuliakovr@gmail.com](mailto:yuliakovr@gmail.com)

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

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

Received 28.11.2019  
Accepted 23.01.2020

### Введение

Инвалидность является одним из важнейших показателей здоровья населения, его социально-экономического благополучия [1—3].

Современные этапы охраны здоровья и социальной защиты населения ставят перед службой медико-социальной экспертизы новые задачи по решению вопросов профилактики инвалидности и реабили-

литации инвалидов. В их реализации важное место занимает статистический анализ материалов об инвалидности.

Цель исследования — изучить состояние и динамику показателей тяжести первичной и повторной инвалидности вследствие злокачественных новообразований среди лиц молодого возраста (от 18 до 44 лет) в г. Москве за 2016—2018 гг.

### Материалы и методы

Проведено сплошное исследование показателей тяжести первичной и повторной инвалидности вследствие злокачественных новообразований среди лиц молодого возраста. Проведен расчет структуры и уровня инвалидности по группам инвалидности впервые признанных инвалидами (ВПИ) и повторно признанных инвалидами (ППИ) за 2016—2018 гг. Источник информации — учетно-статистическая форма № 7-Собес за 2016—2018 гг. Методы исследования — выкопировка данных, статистический (экстенсивные, интенсивные показатели, средняя ошибка), аналитический.

### Результаты исследования

Комплексное исследование показателей первичной инвалидности вследствие злокачественных новообразований в г. Москве среди лиц молодого возраста за период 2016—2018 гг. показало, что абсолютное число лиц ВПИ составляло в 2016 г. 2138 человек, оно уменьшилось до 2007 человек в 2017 г. и до 1987 человек в 2018 г. Всего за 3 года впервые признаны инвалидами 6132 человека, что составляет в среднем в год 2044 инвалида. Их доля в структуре ВПИ всех возрастных групп в динамике уменьшилась с 12,8 до 12,6%, что в среднем составило 12,7%. Уровень первичной инвалидности среди лиц молодого возраста снизился от 4,3±0,1 в 2016 г. до 4,1±0,1 в 2018 г. и в среднем за исследуемый период составил 4,2±0,1 на 10 тыс. населения соответствующего возраста.

Анализ структуры первичной инвалидности вследствие злокачественных новообразований среди лиц молодого возраста (табл. 1) показал, что удель-

ный вес инвалидов I группы в динамике уменьшился с 23,7% в 2016 г. до 16,2% в 2018 г., в среднем за период он составил 19,3%. Абсолютное их число составило 1188 человек (в среднем за год — 396 инвалидов). Наибольший удельный вес в структуре ВПИ молодого возраста составляли инвалиды II группы. Их доля увеличилась с 55,6 до 57,5% (в среднем 56,9%). Абсолютное число инвалидов II группы в структуре ВПИ составляло 3486 человек (в среднем 1162 инвалида в год). Второе ранговое место занимали инвалиды III группы. Их удельный вес в динамике увеличивался с 20,7 до 26,3% и в среднем составил 23,9%. Абсолютное число инвалидов III группы увеличивалось от 442 до 522 человек, что в среднем составило 486 инвалидов в год.

Рассчитан уровень первичной инвалидности данного контингента по группам инвалидности. Уровень первичной инвалидности I группы имел колебания от 1,0±0,13 в 2016 г. до 0,9±0,13 в 2018 г., в среднем составлял 0,9±0,13 на 10 тыс. населения соответствующего возраста. Уровень инвалидности II группы колебался от 2,4±0,12 до 2,5±0,12, в среднем составлял 2,4±0,12. Уровень инвалидности III группы имел тенденцию к росту с 0,9±0,14 до 1,1±0,13 за 2016—2018 гг. и в среднем составлял 1,0±0,14 на 10 тыс. населения соответствующего возраста.

Наряду с показателями первичной инвалидности проведено изучение показателей и структуры повторной инвалидности вследствие злокачественных новообразований среди лиц молодого возраста в г. Москве. Общее число таких лиц составляло 2646 в 2016 г., затем в 2017 г. увеличилось до 2736, а в 2018 г. — до 2906. Абсолютное их число составляло 8288 человек (в среднем 2763 человека в год). Их доля в структуре ППИ всех возрастных групп увеличи-

Таблица 1

Структура первичной инвалидности вследствие злокачественных новообразований среди лиц молодого возраста в г. Москве по тяжести инвалидности за 2016—2018 гг.

| Год              | Всего ВПИ  |         |             | Группа инвалидности |         |             |            |         |             |            |         |             |
|------------------|------------|---------|-------------|---------------------|---------|-------------|------------|---------|-------------|------------|---------|-------------|
|                  |            |         |             | I                   |         |             | II         |         |             | III        |         |             |
|                  | абс. число | доля, % | $M \pm m^*$ | абс. число          | доля, % | $M \pm m^*$ | абс. число | доля, % | $M \pm m^*$ | абс. число | доля, % | $M \pm m^*$ |
| 2016             | 2138       | 12,8    | 4,3±0,10    | 507                 | 23,7    | 1,0±0,13    | 1189       | 55,6    | 2,4±0,12    | 442        | 20,7    | 0,9±0,14    |
| 2017             | 2007       | 12,7    | 4,1±0,10    | 359                 | 17,9    | 0,7±0,14    | 1154       | 57,5    | 2,3±0,12    | 494        | 24,6    | 1,0±0,14    |
| 2018             | 1987       | 12,6    | 4,1±0,10    | 322                 | 16,2    | 0,9±0,13    | 1143       | 57,5    | 2,5±0,12    | 522        | 26,3    | 1,1±0,13    |
| Среднее значение | 2044       | 12,7    | 4,2±0,10    | 396                 | 19,3    | 0,9±0,13    | 1162       | 56,9    | 2,4±0,12    | 486        | 23,9    | 1,0±0,14    |

Примечание. Здесь и в табл. 2: \* — на 10 тыс. населения соответствующего возраста.

Таблица 2

Динамика показателей повторной инвалидности вследствие злокачественных новообразований среди лиц молодого возраста в г. Москве с учетом группы инвалидности за 2016—2018 гг.

| Год              | Всего ППИ  |         |             | Группа инвалидности |         |             |            |         |             |            |         |             |
|------------------|------------|---------|-------------|---------------------|---------|-------------|------------|---------|-------------|------------|---------|-------------|
|                  |            |         |             | I                   |         |             | II         |         |             | III        |         |             |
|                  | абс. число | доля, % | $M \pm m^*$ | абс. число          | доля, % | $M \pm m^*$ | абс. число | доля, % | $M \pm m^*$ | абс. число | доля, % | $M \pm m^*$ |
| 2016             | 2646       | 12,3    | 5,3±0,10    | 246                 | 9,3     | 0,5±0,14    | 1178       | 44,5    | 2,4±0,12    | 1222       | 46,2    | 2,5±0,13    |
| 2017             | 2736       | 12,2    | 5,6±0,09    | 211                 | 7,7     | 0,4±0,13    | 1255       | 45,9    | 2,5±0,12    | 1270       | 46,4    | 2,6±0,13    |
| 2018             | 2906       | 12,9    | 6,0±0,09    | 223                 | 7,7     | 0,5±0,14    | 1290       | 44,4    | 2,7±0,12    | 1393       | 47,9    | 2,9±0,12    |
| Среднее значение | 2763       | 12,5    | 5,6±0,09    | 227                 | 8,2     | 0,5±0,14    | 1241       | 44,9    | 2,5±0,12    | 1295       | 46,8    | 2,7±0,13    |

## Здоровье и общество

лась с 12,3 до 12,9% (в среднем — 12,5%). Уровень повторной инвалидности вследствие злокачественных новообразований среди лиц молодого возраста за 2016—2018 гг. увеличился с  $5,3 \pm 0,10$  до  $6,0 \pm 0,09$  (в среднем  $5,6 \pm 0,09$ ) на 10 тыс. населения соответствующего возраста.

Анализ повторной инвалидности данного контингента инвалидов по группам инвалидности выявил, что наибольший удельный вес составляли инвалиды III группы (диапазоном колебаний — 46,2—47,9%, в среднем за период — 46,8%). Абсолютное число инвалидов III группы увеличилось с 1222 до 1393, что в целом составило 3885, а в среднем — 1295 человек в год. Уровень повторной инвалидности III группы увеличился с  $2,5 \pm 0,13$  до  $2,9 \pm 0,12$ , в среднем составив  $2,7 \pm 0,13$ . Второе ранговое место в структуре ППИ занимали инвалиды II группы. Абсолютное число инвалидов II группы увеличилось с 1178 в 2016 г. до 1290 человек в 2018 г. (в общем — 3723 человека, в среднем — 1241 человек в год). Их доля в структуре ППИ в колебалась в пределах 44,4—45,9%, а в среднем составляла 44,9%. Уровень повторной инвалидности II группы имел тенденцию к росту от  $2,4 \pm 0,12$  до  $2,7 \pm 0,12$ , в среднем составляя  $2,5 \pm 0,12$  на 10 тыс. населения соответствующего возраста.

Наименьшая доля в структуре ППИ данной возрастной группы приходится на инвалидов I группы (диапазон колебаний 9,3—7,7%, в среднем — 8,2%). Число инвалидов I группы составило 680 (в среднем 227 инвалидов в год). Уровень повторной инвалидности I группы варьировал от  $0,4 \pm 0,13$  до  $0,5 \pm 0,14$  (в среднем —  $0,5 \pm 0,14$ ) на 10 тыс. населения соответствующего возраста.

### Выводы

1. В структуре ВПИ вследствие злокачественных новообразований инвалиды молодого возраста составляют наименьший удельный вес с тенденцией к увеличению уровня первичной инвалидности.
2. Преобладают инвалиды II группы с более высоким уровнем инвалидности, инвалиды III груп-

пы занимают второе ранговое место с тенденцией к увеличению их удельного веса.

3. Число ППИ значительно больше, чем число ВПИ, с тенденцией к росту уровня повторной инвалидности.
4. Преобладают инвалиды III группы с увеличением уровня повторной инвалидности, происходит увеличение уровня повторной инвалидности инвалидов II группы.
5. Выявленные тенденции первичной и повторной инвалидности вследствие злокачественных новообразований среди лиц молодого возраста необходимо использовать для разработки целевых программ по профилактике заболеваемости и инвалидности вследствие злокачественных новообразований, совершенствования медико-социальной реабилитации данного контингента инвалидов.

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

### ЛИТЕРАТУРА

1. Дымочка М. А., Гришина Л. П., Волкова З. М. Особенности динамики показателей инвалидности среди взрослого и детского населения Российской Федерации. *Медико-социальные проблемы инвалидности*. 2017;(3):8—16.
2. Пузин С. Н., Шургая М. А. Инвалидность в XXI веке. Состояние проблемы медико-социальной реабилитации и абилитация инвалидов в современной России. *Медико-социальная экспертиза и реабилитация*. 2018;21(1—2):10—7.
3. WHO, «Non-communicable diseases», fact sheet, June 2017. Доступно по ссылке: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/en/>

Поступила 28.11.2019  
Принята в печать 23.01.2020

### REFERENCES

1. Dymochka M. A., Grishina L. P., Volkova Z. M. Features of the dynamics of disability indicators among the adult and children's population of the Russian Federation. *Medico-sotsialnye problemy invalidnosti*. 2017;(3):8—16 (in Russian).
2. Puzin S. N., Shurgaya M. A. Disability in the 21st Century. The state of the problem of medical and social rehabilitation and habilitation of people with disabilities in modern Russia. *Medico-sotsialnaya ekspertiza i reabilitaciya*. 2018;21(1—2):10—7 (in Russian).
3. WHO «Non-communicable diseases», fact sheet, June 2017. Available at: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/en/>

© Гринин В. М., Шестемирова Э. И., 2020  
УДК 614.2

**Гринин В. М., Шестемирова Э. И.**

## О КАЧЕСТВЕ ЖИЗНИ ИНВАЛИДОВ-АМПУТАНТОВ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), 119992, г. Москва

*Изложены характеристики факторов, влияющих на качество жизни инвалидов с ампутациями верхних и нижних конечностей. Материалом для изучения характеристики факторов качества жизни инвалидов-ампутантов послужили данные Росстата, труды российских и зарубежных авторов, Федеральный закон «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации», Конвенция ООН о правах инвалидов и Государственная программа РФ «Доступная среда». На основании изученных источников литературы представлена характеристика факторов качества жизни инвалидов-ампутантов в Российской Федерации на современном этапе.*

*Ключевые слова:* инвалиды-ампутанты; качество жизни; характеристика факторов; ампутации верхних и нижних конечностей.

**Для цитирования:** Гринин В. М., Шестемирова Э. И. О качестве жизни инвалидов-ампутантов в Российской Федерации. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2020;28(3):380—384. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2020-28-3-380-384>

**Для корреспонденции:** Гринин Василий Михайлович, д-р мед. наук, профессор кафедры общественного здоровья и здравоохранения им. Н. А. Семашко медико-профилактического факультета ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И. М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), e-mail: [grynin@mail.ru](mailto:grynin@mail.ru)

**Grinin V. M., Shestemirova E. I.**

## ABOUT QUALITY OF LIFE OF INDIVIDUALS DISABLED BECAUSE OF AMPUTATION IN THE RUSSIAN FEDERATION

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 article presents characteristics of the factors affecting the quality of life of individuals with amputations of upper and lower limbs. The sources of the study were data of Rosstat, publications of Russian and foreign authors, the Federal Law “On social protection of disabled people in the Russian Federation”, the UN Convention on the rights of disabled people and the State program of the Russian Federation “Accessible environment”. On the basis of study results the actual characteristic of factors of quality of life of disabled amputees in the Russian Federation was presented.*

*Keywords:* individuals with amputations; quality of life; characteristics of the factors; amputations of upper and lower limbs.

**For citation:** Grinin V. M., Shestemirova E. I. About quality of life of individuals disabled because of amputation in the Russian Federation. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2020;28(3):380—384 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2020-28-3-380-384>

**For correspondence:** Grinin V. M., doctor of medical sciences, professor of the N. A. Semashko Chair of Public Health and Health Care of The Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education “The I. M. Sechenov First Moscow State Medical University”, e-mail: [grynin@mail.ru](mailto:grynin@mail.ru)

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

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

Received 06.05.2019  
Accepted 23.01.2020

Основным документом, определяющим государственную политику России в отношении инвалидов, является Федеральный закон «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации». Данный документ закрепляет систему гарантированных государственных мер, которые направлены на «обеспечение инвалидам равных с другими гражданами возможностей в реализации гражданских, экономических, политических и других прав и свобод, предусмотренных Конституцией РФ, а также в соответствии с принципами и нормами международного права и международными договорами РФ» в 2000—2005 и 2006—2010 гг.<sup>1</sup>

С 2011 г. в Российской Федерации реализуется государственная программа «Доступная среда» на 2011—2020 гг.<sup>2</sup>

Россия, подписав в 2006 г. Конвенцию ООН о правах инвалидов и ратифицировав ее в 2012 г., обязалась следовать основным принципам международной политики относительно качества жизни инвалидов, которое напрямую зависит от социально-экономического положения в стране. Мониторинг выполнения положений Конвенции (ст. 31) обеспечивает информационную поддержку программы действий по реализации прав инвалидов (достижения равенства их возможностей), улучшение их положения и предусматривает сбор статистических и исследовательских данных для разработки и осуществления политических стратегий, выявления и устранения барьеров, с которыми

<sup>1</sup> Федеральный Закон от 24.11.1995 №181ФЗ (ред. от 01.06.2017) «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации».

<sup>2</sup> Государственная программа РФ «Доступная среда» на 2011—2020 гг. (принята Распоряжением Правительства РФ от 01.12.2015 г. № 1297 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации “Доступная среда” на 2011—2020 гг. в новой редакции».

## Здоровье и общество

сталкиваются инвалиды при осуществлении своих прав<sup>3</sup>.

Показатель качества жизни пациента и ее продолжительность после ампутации могут зависеть от различных факторов.

Одним из ключевых факторов, касающихся приоритетной характеристики качества жизни инвалидов-ампутантов, является рынок труда и доходная обеспеченность семей, так как именно от них будет зависеть успешная интеграция данной категории граждан в социально-экономическую составляющую России. Не менее актуальное значение будет иметь положение домохозяйств, поскольку в большинстве своем именно там инвалиды должны получать соответствующий уход от своих близких родственников. Примечательно, что в силу сложившихся обстоятельств многие домохозяйства пренебрегают прямыми обязанностями по отношению к своим родственникам-инвалидам, и основной причиной этого является долговременное пребывание членов семьи на рабочих местах [1].

По данным Росстата, общая численность инвалидов в начале 2017 г. составляла 12 314 тыс. (8,4% всего населения страны), в том числе 628 тыс. детей-инвалидов. Благодаря Государственной программе РФ «Доступная среда», основным предназначением которой являются создание безбарьерной окружающей среды, обеспечение доступности физического, социального, культурного окружения, информации и связи, развитие сети реабилитационных организаций для данного контингента лиц, в период 2012—2017 гг. общая численность инвалидов по основным возрастным группам уменьшилась на 875 тыс. [2].

Согласно статистическим данным за 2015 г., доля инвалидов (численность инвалидов в процентном эквиваленте от общего числа населения) в некоторых развитых зарубежных странах, таких как Финляндия (32,2%), Великобритания (27,2%), Нидерланды (25,4%), Франция (24,6%), Эстония (23,7%), Чехия (20,2%), Португалия (20,1%), Дания и Швеция (19,9%), значительно выше, чем в Российской Федерации (9,3%).

Представляет интерес сравнительная характеристика по критерию гендерной диспропорции среди инвалидов в отдельно взятых странах Европейского союза (ЕС) в возрастной категории от 15 до 64 лет за 2015 г.

Так, в 27 странах ЕС гендерная диспропорция распространенности инвалидности в среднем равна 1,21 в пользу женщин, а именно: при общей численности инвалидов 42 228,4 тыс. число мужчин составляет 19 089,60 тыс. против 23 138,80 тыс. женщин. Данный показатель варьирует в Германии (1,07), Франции (1,25), Финляндии (1,02), Швеции (1,59), Великобритании (1,20) и Норвегии (1,61), тогда как в России в целом данная гендерная диспропорция была выше среднего показателя стран ЕС на 0,15 (1,36

против 1,21), но уступала при этом Норвегии и Швеции на 0,25 и 0,23 соответственно [3].

Ежегодно в Российской Федерации, несмотря на мирное время, тысячи людей подвержены ампутации. Медицинская ампутация представляет собой отсечение больной конечности или ее части с целью спасения жизни пациента, при этом уровень, на котором она производится, называется уровнем ампутации. Наиболее часто встречающимися причинами ампутации являются травматизм (автодорожные, производственные или бытовые травмы) и последствия того или иного заболевания (сахарный диабет, заболевания сердечно-сосудистой системы, злокачественные новообразования).

Изучая данную проблему, некоторые отечественные авторы пришли к выводу, что первое место среди причин ампутаций нижних конечностей у мужчин занимают сосудистые заболевания, тогда как у женщин — сахарный диабет [4]. Среди гендерных групп ампутации голени проводились чаще, чем ампутации на уровне бедра, при этом у женщин ампутации голени проводились значительно чаще, чем у мужчин. У мужчин чаще выполнялись ампутации бедра [5].

Одну из лидирующих позиций занимают осложнения при сахарном диабете, поскольку его хроническое течение способствует развитию полиорганной недостаточности с последующей гангреной нижних конечностей. Так называемый синдром диабетической стопы представляет собой тяжелое осложнение, которое встречается в различной форме у 30—85% больных, страдающих диабетом, при этом ампутации у них проводят в 15—40 раз чаще, чем у остального населения. Ампутации, проводимые на уровне голени, не являются панацеей от дальнейшего развития трофических расстройств в расположенных выше участках конечности, поскольку есть риск возникновения осложнений в формировании культы голени. Решение этой проблемы заключается в протезировании [6].

Данное осложнение сахарного диабета ежегодно во всем мире становится причиной до 1 млн ампутаций, что составляет от 50 до 70% всех выполненных ампутаций нижних конечностей. В некоторых развитых зарубежных странах после ампутации конечностей возникает около 8% осложнений, тогда как в России в целом этот показатель на несколько порядков выше. Причиной является более позднее обращение за медицинской помощью, когда консервативное лечение не приносит желаемых результатов [7].

В основном у инвалидов с ампутационными дефектами нижних конечностей, страдающих хронической ишемией атеросклеротического генеза, показатель качества жизни имеет не равнозначный уровень, поскольку зависит от уровня усечения конечности. Например, ампутация бедра снижает качество жизни на 60%, голени — на 40%, стопы — на 15%, ампутация пальцев практически не влияет на качество жизни. Таким образом, чем ниже уровень усечения конечности, тем лучше показатели каче-

<sup>3</sup> Конвенция принята 13 декабря 2006 г., ратифицирована Российской Федерацией Федеральным законом от 03.05.2012 № 46-ФЗ «О ратификации Конвенции о правах инвалидов».

ства жизни пациента, которые выражаются в небольшой операционной травме, коротком периоде постампуточной реабилитации, а также в физиологической и психологической адаптации [8].

Показатель медико-социальной составляющей качества жизни у инвалидов и продолжительность жизни после ампутации могут зависеть от различных факторов.

Представляет интерес исследование, посвященное постампуточной реабилитации, первым шагом которой является первичное протезирование; его средний срок составляет 5 мес с момента проведения ампутации нижней конечности, поскольку использование опорных устройств (патент № 124562 «Устройство для самостоятельного подъема больного в кровати», зарегистрировано в Государственном реестре полезных моделей Российской Федерации 10.02.2013 г.) позволяет увеличить адаптацию вестибулярного аппарата во время освоивания (примерки) протезов нижних конечностей и улучшить как статические, так и динамические показатели равновесия. Уровень развития двигательных навыков у пациентов с ампутацией голени был намного ниже, чем у сравнительно здоровых людей в этой же возрастной категории (от 51—56 лет). Критериями этого были показатели скорости передвижения, скорости бега, длины шага, величины разгибания в коленном суставе и темпа ходьбы. Было установлено, что до начала исследования данные показатели были ниже нормы на 41; 65,2; 28,2; 1,3 и 6,5% соответственно. После применения у основной группы пациентов (10 из 19) развивающей программы (криомассаж и некоторые навыки футбола) перечисленные данные стали выше на 7,68; 5,09; 8,37; 1,01 и 5,51% соответственно. В итоге авторами исследования было доказано, что внедренная ими развивающая программа для инвалидов с ампутациями голени в период первичного протезирования оказалась действенной и эффективной и что впоследствии ее применение значительно улучшит качество жизни инвалидов-ампутантов [9].

В настоящее время в России в целом число инвалидов с ампутационными дефектами нижних и верхних конечностей составляет около 200 тыс., а инвалидов с ампутациями верхних конечностей (плечо, предплечье и кисть) — 20 тыс., из которых 10 тыс. — это контингент с ампутациями на уровне предплечья. При этом ампутации плеча, кисти и сочетанные культы верхних конечностей составляют 25; 18 и 7% соответственно. Примечательно, что среди трудоспособного населения контингент с ампутациями пальцев составляет 60% всех травм верхних конечностей [10].

Так, в конце XX в. в Испании из общего числа лиц с травмами доля пациентов с ампутациями верхних конечностей (кисти рук) составляла 61,8%, а доля травматических ампутаций пальцев и частей кисти — 2,6—5,4%, что привело к обширной инвалидизации данного контингента (52,8%) [11].

Данной тематике посвящены многочисленные исследования как зарубежных, так и отечественных

авторов, которые подтверждают несомненную эффективность реплантации (реконструкция кисти и пальцев после травматического отчленения), поскольку данная хирургическая операция позволяет добиться успешного восстановления функционирования сегментов верхних конечностей (кисти и пальцев рук). Положительный исход реплантации будет зависеть от правильной и своевременной транспортировки пациента, наличия увеличительной техники, микрохирургического инструментария и квалификации хирургической бригады. Подтверждением данной концепции является научно-исследовательская работа, в которой отображены основные показания к назначению реплантации конечностей, когда главной целью является более полное восстановление функциональной способности конечности. В первую очередь это касается верхних конечностей, поскольку на сегодняшний день альтернативы реплантации нет. Нижнюю конечность можно заменить протезом, но собственную верхнюю конечность, особенно кисть руки, частично сохраненную, можно считать лучшей альтернативой самому усовершенствованному протезу, ибо есть возможность восстановления чувствительности. Авторы считают, что в будущем реплантация будет широко использоваться не только на верхних, но и на нижних конечностях (на крупных сегментах), восстанавливая полное ее функционирование, тогда как формирование культы (с последующим протезированием) будет способствовать инвалидизации пациентов [12].

Известно много конструктивных вариантов механических протезов, охватывающих практически весь диапазон уровней ампутации верхних конечностей, которые могут быть применены даже при некоторых видах врожденных дефектов верхних конечностей. В частности, в некоторых исследованиях говорится о том, что пациенты с различными вариационными ампутациями верхних конечностей нуждаются в сложном и атипичном протезировании, которое, в дополнение к уже существующим моделям, будет способно повысить качество жизни пациента. Это система функциональных модулей, специально разработанная для протезов рук при коротких культях предплечья и плеча. В процессе функционирования данной модели будет применено непрерывное и реверсивное управление с обратной связью по положению и усилию. Данная модель в перспективе может быть использована и внедрена механиками-протезистами при сложном и атипичном протезировании [13].

Особое внимание среди составляющих показателей качества жизни инвалидов-ампутантов привлекает фантомно-болевым синдром (ФБС), который на протяжении многих лет изучается ведущими отечественными и зарубежными специалистами, на сегодняшний день так и не пришедшими к однозначному мнению, поскольку ФБС является многоплановой проблемой в медицинском, социальном и гуманитарном аспектах.

Данный феномен, как правило, сопровождается существенными расстройствами разных видов чув-

Здоровье и общество

ствительности в ампутированной (несуществующей) конечности, предшественником которого в основном является подвижный эмоциональный фон (стресс, страх, тревога и депрессия). Согласно статистическим данным, в мире вследствие различных причин (травмы, ранения, хронические сосудистые заболевания тяжелого генеза и онкологические заболевания) постампутационный ФБС выявляется в 50—80% случаев. В большинстве своем развившийся ФБС относится к пациентам, страдающим онкологическими заболеваниями с сочетанной психосоматической патологией, для которой характерны фантомные боли (47,7%), фантомные сенсорные расстройства (90,7%) и боль в культе (32%) [14].

В одном из исследований рассматривалось влияние психопатологических нарушений на наличие ФБС. При этом ослабление и полное устранение ФБС в постампутационном периоде происходило на фоне медицинских комплексных реабилитационных мероприятий (медикаментозное, хирургическое и психотерапевтическое лечение). В итоге было установлено, что проведение комплексной медицинской реабилитации пациентам в постампутационном периоде способствовало стабилизации эмоционального состояния, повышению заинтересованности в результатах первичного протезирования и качества жизни [15].

### Заключение

Анализ данных литературы, посвященной качеству жизни инвалидов-ампутантов, показал, что к 2017 г. в Российской Федерации наметилась тенденция к снижению числа инвалидов и их гендерной диспропорции. Ампутации проводились чаще на уровне голени у женщин, страдающих сахарным диабетом, тогда как у мужчин лидирующую позицию среди причин ампутаций нижних конечностей занимают сосудистые заболевания.

У пациентов с критической ишемией нижних конечностей проведение повторной ампутации и внедрение развивающих программ (в период первичного протезирования) значительно повышают продолжительность жизни.

Доля инвалидов с ампутациями верхних конечностей в России в целом составляет 10%, при этом половина из них — с ампутациями на уровне предплечья. Проведенная вовремя реплантация в недалеком будущем значительно сократит инвалидизацию пациентов. Созданные для инвалидов со сложным и атипичным протезированием (для протезов рук при коротких культях предплечья и плеча) системы функциональных модулей с обратной связью со способностью к непрерывному и реверсивному управлению по положению и усилию и созданная для инвалидов (с вычленением верхней конечности на уровне кисти и первой и второй трети предплечья) адекватная модель для использования двух степеней подвижности посредством биоэлектрических потенциалов мышц предплечья позволят в скором времени улучшить качество жизни пациентов.

В настоящее время в России и за рубежом не утратил своей актуальности феномен как ФБС. Поскольку его невозможно до конца устранить, пока существует протезирование, в перспективе альтернативой последнему может стать полный переход на реплантацию.

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

### ЛИТЕРАТУРА

1. Бурдяк А. Я., Васин С. А., Макаренцева А. О., Хасанов Р. Р., Цацура Е. А. Инвалидность и социальное положение инвалидов в России. М.: Издательский дом «Дело» РАНХиГС; 2017.
2. Российский статистический ежегодник 2016. Статистический сборник. М.: Федеральная служба государственной статистики (Росстат); 2016. Режим доступа: <http://kmr.omega.su/files/ejegod-17.pdf> (дата обращения 11—12.10.2017).
3. Breivik Y., Cohen R. Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life and treatment. *Euras. J. Pub. Health.* 2015;4(2):287—27.
4. Пузин С. Н., Рытова О. П. Медико-социальные аспекты инвалидности и реабилитация больных с культями нижних конечностей. *Медико-социальная экспертиза и реабилитация.* 2002;(2):33—4.
5. Батискин С. А., Золоев Д. Г. Значение различных факторов в выборе уровня ампутации конечности при заболеваниях артерий и синдроме диабетической стопы. *Медицина в Кузбассе.* 2012;9(2):11—4.
6. Суслев В. Г., Рожков А. В., Курдыбайло С. Ф., Щербина К. К., Лопатков Г. Д., Вишнякова И. А., Звонарёва Е. В. Методика определения индивидуальных потребностей инвалидов с нарушением опорно-двигательных функций в технических средствах реабилитации для восстановления способности к передвижению: Методическое пособие. СПб.: ЦБНТИ Министерства труда РФ; 2003.
7. Иванов А. М., Иванов С. В., Кудрявцев Н. Г. Особенности больных сахарным диабетом в аспекте протезирования нижних конечностей. В сб.: Протезирование и протезостроение. М.; 1997. С. 26—9.
8. Непомнящая О. В., Перминов В. А. Показатель качества жизни у инвалидов с ампутационными дефектами нижних конечностей вследствие хронической ишемии атеросклеротического генеза. *Медико-социальная экспертиза и реабилитация.* 2013;(1):51—3.
9. Попова Г. В. Коррекция состояния нервно-мышечного аппарата лиц, перенесших ампутацию нижних конечностей на этапе протезирования. *Электронный научный журнал «Apriori. Серия: естественные и технические науки».* 2013;(1):1—10.
10. Тимербулатов М. В., Ибрагимов Р. К., Казбулатов С. С., Кутуев З. 3. Реплантация пальца кисти после механизма отчленения «отрыв». *Медицинский вестник Башкортостана.* 2014;9(1):29—30.
11. Beaton D. E., Bombardier C., Guillemin F., Ferras M. B. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine.* 2000;25(24):3186—91.
12. Петросян К. А., Антонян П. А., Григорян Ч. А. К вопросу о некоторых аспектах восстановления нервов при реплантациях пальцев и сегментов кисти. *Анналы пластической реконструктивной и эстетической хирургии.* 2016;(1):100—1.
13. Сидоренков Д. Ф., Сухинин Т. Ю., Чичкин В. Г. Реплантационная хирургия верхней конечности — современное представление о показаниях и противопоказаниях к реплантации. *Анналы пластической реконструктивной и эстетической хирургии.* 2015;(1):82—3.
14. Осипова Н. А., Собченко Л. А. Постампутационный фантомный болевой синдром: медицинские и социальные проблемы. *Анестезиология и реаниматология.* 2011;(6):41—3.
15. Ишинова В. А., Горчанинов О. Н., Сухоруков С. П. Роль фантомных болей в формировании психопатологической симптоматики у больных после ампутации нижних конечностей. *Медико-социальная экспертиза и реабилитация.* 2013;(1):48—50.

## REFERENCES

1. Burdyak A. Ya., Vasin S. A., Makarenceva A. O., Hasanov R. R., Cacara E. A., Maleva T. M. The disability and social status of the disabled in Russia [*Invalidnost' i social'noe polozhenie invalidov v Rossii*]. Moscow: Publishing House "Delo" RANHIGS; 2017 (in Russian).
2. Russian Statistical Yearbook 2016, statistical compilation Federal State Statistics Service (Rosstat) [Federal'naya sluzhba gosudarstvennoy statistiki (Rosstat)]. Moscow: 2016. Available at: <http://kmr.omega.su/files/ejegod-17.pdf> (accessed 11—12.10.2017) (in Russian).
3. Breivik Y., Cohen R. Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life and treatment. *Euras. J. Pub. Health.* 2015;4(2):287—27.
4. Puzin S. N., Rytova O. P. The medical social aspects of disability and rehabilitation of patients with stumps of lower extremities. *Mediko-sotsial'naya ekspertiza i reabilitatsiya.* 2002;(2):33—4 (in Russian).
5. Batiskin S. A., Zoloev D. G. The value of various factors in selecting level of amputation of extremity in case of diseases of arteries and diabetic foot syndrome. *Meditsina v Kuzbasse.* 2012;9(2):11—4 (in Russian).
6. Susliaev V. G., Rozhkov A. V., Kurdy'bai'lo S. F., Shcherbina K. K., Lopatkov G. D., Vishniakova I. A., Zvonaryova E. V. The methodology of detection of individual needs of the disabled with disorders of locomotive functions in technical means of rehabilitation for restoration of movement ability [*Metodika opredeleniya individual'nykh potrebnostey invalidov s narusheniem oporno-dvigatel'nykh funktsiy v tekhnicheskikh sredstvakh reabilitatsii dlya vosstanovleniya sposobnosti k peredvizheniyu: Metodicheskoe posobie*]. St. Petersburg; 2003 (in Russian).
7. Ivanov A. M., Ivanov S. V., Kudriavtcev N. G. Features of patients with diabetes mellitus in the aspect of lower limb prosthetics. In: Prosthetics and prosthetics [*Protezirovaniye i protezostroeniye*]. 1997;(94):26-9 (in Russian).
8. Nepomniashchaia O. V., Perminov V. A. The indicator of quality of life of the disabled with amputation defects of lower extremities as a result of chronic ischemia of atherosclerosis genesis. *Mediko-sotsial'naya ekspertiza i reabilitatsiya.* 2013;(1):51—3 (in Russian).
9. Popova G. V. The correction of state of neuromuscular apparatus in individuals having amputation of lower extremities at the stage of prosthetics. *E'lektronny'iy nauchny'iy zhurnal. Apriori. seriya: estestvenny'e i tekhnicheskije nauki.* 2013;(1):1—10. Available at: <http://www.AprioriJournal.ru> (accessed 10.10.2017) (in Russian).
10. Timerbulatov M. V., Ibragimov R. K., Kazbulatov S. S., Kutuev Z. Z. The replantation of finger of wrist after such mechanism of abjunction as "tearing". *Meditsinskiy vestnik Bashkortostana.* 2014;9(1):29—30 (in Russian).
11. Beaton D. E., Bombardier C., Guillemin F., Ferras M. B. Guidelines for the Process of Cross-Cultural Adaptation of Self-Report Measures. *Spine.* 2000;25(24):3186—91.
12. Petrosian K. A., Antonian P. A., Grigorian Ch. A. On the issue of certain aspects of restoration of nerves in case of replantation of fingers and segments of wrist. *Annaly plasticheskoy rekonstruktivnoy i estetikeskoy hirurgii.* 2016;(1):100—1 (in Russian).
13. Sidorenkov D. F., Suhinin T. Yu., Chichkin V. G. The replantation surgery of upper extremity: a modern conception of indications and contra-indications of replantation. *Annaly plasticheskoy rekonstruktivnoy i estetikeskoy hirurgii.* 2015;(1):82—3 (in Russian).
14. Osipova N. A., Sobchenko L. A. The post-amputation phantom pain syndrome: medical and social problems. *Anesteziologiya i reanimatologiya.* 2013;(1):41—3 (in Russian).
15. Ishinova V. A., Gorchaninov O. N., Suhorukov S. P. The role of phantom pains in development of psychopathologic symptomatic in patients after amputation of lower extremities. *Mediko-sotsialnaya ekspertiza i reabilitatsiya.* 2013;(1):48—50 (in Russian).

Тихонова Н. В.<sup>1</sup>, Шульмин А. В.<sup>1</sup>, Анафьянова Т. В.<sup>2</sup>, Волкова О. А.<sup>3</sup>

## ЭТНИЧЕСКИЕ И СЕМЕЙНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ВЫБОРА МЕЖДУ ОФИЦИАЛЬНОЙ, НАРОДНОЙ ИЛИ ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ (АЛЬТЕРНАТИВНОЙ) МЕДИЦИНОЙ

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

<sup>2</sup>Центр альтернативной медицины Valeo-DSM технологии, 655011, г. Абакан;

<sup>3</sup>ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н. А. Семашко» Минобрнауки России, 105064, г. Москва

*Исследованы этнические особенности первичного выбора жителями Республики Хакасия субъектов сохранения здоровья. Установлено, что, при равном потреблении медицинской помощи в амбулаторно-поликлинических организациях, среди этнического населения Республики Хакасия существует более высокий спрос на услуги народных целителей, особенно представителей шаманских практик. Первичное влияние на принятие решения о выборе здравоохранительного поведения оказывают народные обычаи и семейные традиции, полученные от старших родственников, что особенно выражено среди хакасского этноса.*

**Ключевые слова:** выбор здравоохранительного поведения; пациент; этнос; медицина; шаманизм; народная медицина.

**Для цитирования:** Тихонова Н. В., Шульмин А. В., Анафьянова Т. В., Волкова О. А. Этнические и семейные особенности выбора между официальной, народной и дополнительной (альтернативной) медициной. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2020;28(3):385—389. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2020-28-3-385-389>

**Для корреспонденции:** Волкова Ольга Александровна, д-р социол. наук, профессор, гл. научный сотрудник ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н. А. Семашко» Минобрнауки России, e-mail: [volkovaoa@rambler.ru](mailto:volkovaoa@rambler.ru)

Tikhonova N. V.<sup>1</sup>, Shulmin A. V.<sup>1</sup>, Anafyanova T. V.<sup>2</sup>, Volkova O. A.<sup>3</sup>

## THE ETHNIC AND FAMILY CHARACTERISTICS OF CHOICE BETWEEN OFFICIAL, FOLK AND ADDITIONAL (ALTERNATIVE) MEDICINE

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

<sup>2</sup>The Center of Alternative Medicine Valeo-DSM Technologies, 655011, Abakan, Russia;

<sup>3</sup>N. A. Semashko National Research Institute of Public Health, 105064, Moscow, Russia

*The article devoted to consideration of ethnic feature of primary choice of subjects of health preservation by residents of the Republic of Khakassia. It is established that at equal consumption of medical care in out-patient and polyclinic organizations, among the ethnic population of there is higher demand of services of traditional healers, especially representatives of shaman practices. The primary effecting on decision making in choosing health care institutions is provided by folk customs and family traditions received from senior relatives that is especially expressed among the Khakass ethnos.*

**Keywords:** choice of health care institution; patient; ethnos; medicine; shaman; traditional medicine.

**For citation:** Tikhonova N. V., Shulmin A. V., Anafyanova T. V., Volkova O. A. The ethnic and family characteristics of choice between official, folk and additional (alternative) medicine. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2020;28(3):385—389 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2020-28-3-385-389>

**For correspondence:** Volkova O. A., doctor of sociological sciences, professor, the chief researcher of N. A. Semashko National Research Institute of Public Health. e-mail: [volkovaoa@rambler.ru](mailto:volkovaoa@rambler.ru)

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

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

Received 17.10.2019

Accepted 23.01.2020

## Введение

В настоящее время многие аспекты сохранения здоровья людей непосредственно связаны с современными представлениями о медицинской грамотности населения и целесообразности выбора между официальной, народной или дополнительной (альтернативной) медициной (далее — субъекты сохранения здоровья). При этом понятие медицинской грамотности населения как широкого диапазона навыков и компетенций варьирует по определенной формулировке [1, 2] и находится в пределах концептуальной основы принятия решения о выборе субъекта сохранения здоровья [3].

Среди представителей рынка услуг, осуществляемых с участием официальной и альтернативной ме-

дицины, нами выделены для анализа народная медицина, оккультно-магические практики и здравоохранение.

Термин «народная медицина» появился в трудах ученых в первой половине XIX в. и описывал тогда весь образ действий населения по отношению к своему здоровью [4]. Основатели российской клинической медицины применяли в своей практике отдельные приемы и натуральные лекарства, используемые народной медициной. В этот период народная медицина не отделялась от общепринятой и базировалась в основном на постулатах Гиппократов и других врачей Древнего мира. В конце XIX в. в странах с научным, доказательным подходом к медицинским методам возобладало понимание другого термина в про-

тивовес классической врачебной медицине. Под «народной медициной» стали понимать знахарство, утвердившееся в народном опыте целительства [5].

На современном этапе народная медицина объединяет огромное количество рецептов, методик древних и современных оздоровительных систем, а также национальных медицинских школ. Это предполагает способы лечения, основанные на опыте знахарей и народных целителей, а также на использовании скрытых и незадействованных ресурсов человека [6]. Термин «знахарь» изначально обозначал человека, знающего свое дело, и связывался с врачеванием. Знахарство возникало у всех народов, первоначально оно не отделялось исследователями от народной медицины [6, 7]. В разные исторические периоды знахари использовали знания о целебных свойствах растений, продуктов животного происхождения, минералов, применяли данные средства для помощи и ухода за больными [8]. Многие из широко применявшихся знахарем средств и методов оказались рациональными и впоследствии вошли в научную медицину. В конце XIX в. возникла земская медицина [9], а до этого знахарь был единственным источником медицинской помощи для многих людей, особенно для русских крестьян. «Целителем» же считался человек, который обладал сверхъестественным, магическим знанием и использовал его для лечения людей и домашних животных посредством ритуальных действий и текстов заклинаний [10, 11]. Юридически не прописано, как разграничивать народную медицину и услуги оккультно-магического характера.

В основе оказания услуг оккультно-магического характера лежит исторически сложившийся среди многих народов опыт лечения у шаманов, в основу которого положены древние обряды поклонения предкам и духам природы [12, 13]. Излечение людей происходило через обрядовое обращение к духам предков, очищение тела огнем, окуриванием, камчеванием, паломничеством к местам силы. Примером могут служить территории Сибирского региона (Республика Хакасия, Республика Тыва, Республика Бурятия, Алтайский край, Красноярский край), где помимо русскоязычного населения отмечается компактное проживание коренных этнических популяций хакасов, тувинцев, бурят, шорцев, сохранивших в своей культуре практики оккультно-магического характера (шаманизма) и народного целительства.

В соответствии со «Стратегией Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) в области народной медицины 2014—2023», народная медицина «представляет собой общий итог накопленных знаний, навыков и практик, которые основаны на теориях, верованиях и опыте коренных народов и представителей различных культур, независимо от того, можем мы их объяснить или нет, и используются для поддержания здоровья, а также для профилактики, диагностики, улучшения состояния или лечения при физических и психических расстройствах» [14, с. 15].

В результате в большинстве государств — членов ВОЗ проделана огромная работа по развитию народ-

ной медицины. При этом некоторые виды подобной медицинской практики оцениваются по-разному, например в зависимости от национальной культуры и доступности народной медицины. Как работники здравоохранения, так и пациенты хотели бы, чтобы услуги по оказанию современной медико-санитарной помощи были в большей степени ориентированы на индивидуализированную, персонализированную помощь [15]. Имеется в виду в том числе расширение доступа к практике народной медицины, а также к народным целителям [14, с. 21].

В целом ряде стран (Китай, Сингапур, Республика Корея, ряд африканских государств, Австралия) некоторые типы народной и дополнительной (альтернативной) медицины (НиДМ) полностью интегрированы в систему здравоохранения. В Китае, например, НиДМ существуют на всех уровнях оказания медико-санитарных услуг, а системы государственного и частного страхования в этой стране покрывают расходы на лечение на основе ортодоксальной и народной медицины [14, с. 37]. Первой европейской страной, интегрировавшей народную медицину в систему здравоохранения, стала Швейцария [14, с. 38]. Опыт интеграции НиДМ и первичной медико-санитарной помощи национальных систем здравоохранения, включая преимущества и риски, в контексте местной истории и культуры способствовал формированию ряда выводов и рекомендаций по обеспечению потребителя НиДМ возможностью сделать осознанный выбор в области оказания медицинской помощи.

В настоящее время термины «дополнительная медицина» или «альтернативная медицина» используются учеными и практиками для обозначения широкого набора видов практик в сфере современного здравоохранения. Они не являются неотъемлемой частью собственных традиций конкретной страны и практически не включены в основную систему медико-санитарной помощи населению. В ряде стран наряду с терминами «народная медицина» и «нетрадиционная медицина» используется словосочетание «дополнительная медицина». Такой подход охватывает продукцию и практику народных целителей. Сейчас народная медицина во многих странах является основой для оказания медико-санитарной помощи, а также может быть дополнением к ней [16, с. 7]. Все большее число стран постепенно приходят к пониманию того вклада, который НиДМ вносят в повышение благополучия людей и укрепление их здоровья. Это придает системам здравоохранения более комплексный характер [14, с. 7].

Согласно Федеральному закону от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [17, с. 7], термин «официальная медицина» применяется в стране повсеместно. Он используется для обозначения здравоохранения следующим образом. Это научно обоснованная практическая медицина, в рамках которой используется стандартная формализованная практика, подразумевающая совокупность методов диагностики и лечения, применяемую врачами. Это реализуется в

## Здоровье и общество

рамках должностных инструкций и рассматривается в некоторой степени как противопоставление другим видам медицины [18]. Формирование медицинской грамотности населения осуществляется посредством внедрения в практику здравоохранения новых подходов к организации и осуществлению медико-санитарной помощи [19, 20]. При этом врач, управляя действиями пациента, формирует у него индивидуальные детерминанты, которые в последующем закрепляет как своеобразный эталон поведения самоохранительной деятельности [21]. В дальнейшем самостоятельный выбор пациентом средств лечения и целесообразность выбора субъекта сохранения здоровья характеризует уровень его медицинской грамотности и меру ответственности за свое здоровье.

Однако первичный выбор субъектов сохранения здоровья (официальная, альтернативная или народная медицина) изначально находится под влиянием традиций в параметрах этнической группы, что влияет на специфику принятия решения о первичном выборе субъекта сохранения здоровья, следствием чего становится упущение сроков своевременного оказания квалифицированной медицинской помощи пациентам. В дальнейшем имели место и судебные прецеденты, связанные с действиями шаманов и народных целителей, сопряженные с понуждением граждан к отказу от профессиональной медицинской помощи или явным причинением вреда здоровью. Недостаточная информированность о рациональности и качестве предоставляемых услуг в официальной и альтернативной медицине, несомненно, увеличивает риски ущерба здоровью населения. Но осуществление контроля напрямую не входит в обязанности первичного звена здравоохранения, хотя это обеспечивает потребителям возможность осознанного выбора в сфере медицинских услуг.

Принимая во внимание традиции и обычаи народов, важную роль в обеспечении осознанного выбора субъекта сохранения здоровья должна играть медицинская грамотность населения. Приоритет в принятии такого решения должен формироваться и укрепляться на основе этических и образовательных аспектов, с учетом предпочтений и ожиданий пациентов. Исследования такого выбора в различных этнических группах населения представляют интерес для изучения.

### Материалы и методы

В качестве инструмента исследования была разработана поисковая авторская «Анкета изучения медицинской грамотности и потребности в дополнительной медицинской информации среди взрослого населения».

Малое количество лиц группы «другие национальности» не позволило получить значимые отличия по изучаемым факторам, в связи с чем анализ осуществлялся только по группам «русские» и «хакасы».

Собранные данные были сформированы в единую базу и затем обработаны при помощи програм-

мы IBM SPSS Statistics 22.0. При этом описательные статистики представлены абсолютными значениями и показателями доли в процентах, а также медианой и перцентилями.

Для поиска связей учетных признаков использовался метод Data Mining, т. е. применялся углубленный анализ полученных нами данных для обозначения всей совокупности методов обнаружения ранее неизвестных, но практически полезных и доступных для научной интерпретации знаний, которые необходимы для принятия решений в разных сферах деятельности.

Классификация признаков, выбранных для анализа, осуществлялась с помощью деревьев классификации на основе метода автоматического выявления прямой или обратной зависимости на основе критерия  $\chi^2$  (CHAID).

### Результаты исследования

Опрошено 427 респондентов в возрасте от 18 до 70 лет из числа представителей различных этнических групп, проживающих в Республике Хакасия (2016). По национальному признаку группа «русские» составила 69,7%, «хакасы» — 21,8%, «тувинцы» — 2,1%, «другие национальности» — в совокупности 6,4%.

Гендерные различия в доминирующих этнических группах представлены следующим образом: «русские» — 43% мужчин и 57% женщин, «хакасы» — 47,4% мужчин и 52,6% женщин.

Важным параметром оценки социального статуса респондентов в доминирующих группах является оценка уровня дохода. Средний (по медиане) доход группы «русские» составил 12 [10;18] тыс. руб. на одного члена семьи, что статистически значимо не отличается от доходов группы «хакасы» — 11 [8,4; 15] тыс. руб. ( $p=0,099$ ). Также нет различий при сравнении доходов в зависимости от пола.

На вопрос «Приходилось ли Вам или членам Вашей семьи обращаться к знахарям, экстрасенсам, колдунам, шаманам, представителям народной медицины?» были получены следующие ответы: к знахарям обращались 7,5% опрошенных (русские — 4,5%, хакасы — 16,5%), к экстрасенсам — 2,1% (русские — 1,7%, хакасы — 2,1%), к шаманам — 10% (русские — 1,7%, хакасы — 38,1%), к представителям народной медицины — 26,9% (русские — 23,8 %, хакасы — 40,2%).

По распространенности обращения к представителям народной медицины для «хакасов» различий обращений по возрасту не выявлено. В группе «русские» выявлено преобладание обращения в 2,3 раза для возраста старше 45 лет (31,4% против 13,9%;  $p=0,001$ ).

По частоте обращения к представителям народной медицины отмечается тенденция роста обращений в зависимости от возраста: до 30 лет — 14,1%, 30—61 год — 26% и старше 61 года — 47,4%. Статистически значимые различия по национальному признаку получены в возрастной группе 30—61 года, в которой обращений группы «хакасы» было в 2 раза

больше, чем в группе «русские» (41,4% против 20,7%;  $p=0,001$ ).

Распространенность обращений к представителям народной медицины в зависимости от национальности и дохода на одного члена семьи указывает, что статистически значимые различия по национальному признаку получены в группе «русские», в которой обращения с низким доходом на одного члена семьи (до 10 тыс. руб.) составили 34,5%, а с более высоким — 19,1%.

Значимой для изучаемого региона является распространенность обращений к шаманам: ее доля ниже, чем у представителей народной медицины, в 2,7 раза, но по национальному признаку в 22,4 раза преобладали обращения группы «хакасы» против группы «русские» (38,1% против 1,7%;  $p<0,01$ ). Половозрастных различий не выявлено.

За помощью к шаманам обращались в основном «хакасы» с низким (до 10 тыс. руб.) доходом на одного члена семьи и «русские» со средними доходами (от 11 тыс. до 20 тыс. руб.).

При изучении распространенности обращения к шаманам для лечения в зависимости от возраста и национальности выявлено, что медиана возраста обращения к шаманам хакасов ниже, чем у русских респондентов, но в значительно более широком центильном диапазоне.

Статистически значимые различия по частоте обращения к шаманам среди жителей города и села отмечались только у группы «хакасы»: 26,2 и 58,3% соответственно ( $p=0,002$ ).

Отмечено также значимое различие числа обращений к шаманам у респондентов групп «русские» с доходами менее 9,6 тыс. руб. на одного члена семьи.

Одним из значимых факторов влияния на выбор обращения к шаманам являлась национальность родителей. Так, у респондентов, указавших национальность отца «хакас», обращаемость к шаманам составила 38,5%, «русский» — 1,8%; аналогичная ситуация отмечается и с национальностью матери, бабушки и дедушки ( $p<0,05$ ).

Вышеуказанное мнение нашло отражение при анализе методом древа решений, где в качестве корневого узла по признаку частоты обращения к шаманам был определен пункт анкеты «Национальность родителей». По ветви, где родители представлены национальностью «хакас», статистически значимые различия по выбору обращения к шаману отмечались по полу с преобладанием мужчин (60,6%).

Статистически значимых различий по числу обращений за амбулаторно-поликлинической помощью у русских и хакасов не выявлено, как и в зависимости от возраста.

### Заключение

Проведенное исследование выявило, что при равном потреблении медицинской помощи в амбулаторно-поликлинических организациях среди этнического населения Республики Хакасия существует существенно более высокий спрос на услуги народных целителей («русские» — 23,8%, «хакасы» —

40,2%), особенно представителей шаманских практик («русские» — 1,7%, «хакасы» — 38,1%).

Установлено, что спрос на услуги представителей оккультных услуг (конкретно — шаманов) преобладает среди представителей хакасского этноса, в основном проживающих в сельской местности, с низкими доходами на одного члена семьи, где решение о выборе принимают старшие — главы семей.

Учитывая значение каждого вида субъекта сохранения здоровья, необходимо не только совершенствование нормативно-правовой базы рынка оздоровительных услуг, но и принятие решений, которые способствуют более широкому пониманию проблем укрепления здоровья населения. Следует учитывать результаты прикладных научных исследований при разработке интеграционной политики, направленной на реализацию стратегии ВОЗ в области народной медицины, но с учетом национальных условий.

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

### ЛИТЕРАТУРА

- Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promot. Intern.* 2000;15(3):259—67.
- Койчуева С. М., Койчув А. А., Репухова А. А., Доценко А. Н. Изучение медицинской грамотности пациентов в вопросах здоровья населения. Проблемы современной медицины: актуальные вопросы. В кн.: Сборник научных трудов по итогам международной научно-практической конференции. Красноярск; 2016. Т. 3. С. 171—5.
- Бендина О. А. Социокультурные факторы трансляции знаний о сохранении здоровья: на примере потребления медицинских услуг в Саратове. *Вестник Саратовского государственного технического университета.* 2008;3(35):244—8.
- Цвингер Т. В кн.: Энциклопедический словарь Брокгауза и Ефрона. СПб.; 1890—1907. Т. 86.
- Дёмич Ф. И. Народная медицина. В кн.: Энциклопедический словарь Брокгауза и Ефрона. СПб.; 1890—1907. Т. 86.
- Непокойчицкий Г. А., Губанов И. А., Балакирев Г. В., Самохина Е. Б., Чумакова А. В., Чумакова Р. В. Большая энциклопедия народной медицины. М.: АНС; 2007.
- Молчанов Б. А., Мамедов С. Н., Задорин М. Ю. Об отдельных вопросах охраны «этнических» и «культурных» прав коренных малочисленных народов Российской Федерации. *Вестник Пермского университета. Юридические науки.* 2015;4(30):19—27.
- Поповкина Г. С. Знахари и знахарство у восточных славян юга Дальнего Востока России. Владивосток: Дальнаука; 2008.
- Низамов И. Г., Зыятдинов К. Ш., Садыкова Т. И., Прокопьев В. П. К истории земского здравоохранения в Казанской губернии (к 150-летию земской медицины в России, 1864—2014 гг.). *Общественное здоровье и здравоохранение.* 2014;(4):5—10.
- Левкиевская Е. Е. Знахарство. В кн.: Большая российская энциклопедия. М.; 2004—2017. Т. 35.
- Смилянская Е. Б. Волшебники. Богохульники. Еретики. Народная религиозность и «духовные преступления» в России XVIII в. М.: Индрик; 2003. С. 52—3.
- Петров Б. Д. Знахарство. В кн.: Советская энциклопедия. М.; 1969—1978. Т. 9.
- Лойко В. Н. Шаманизм. Минск: Плопресс; 2003.
- Стратегия ВОЗ в области народной медицины 2014—2023. Женева; 2013.
- Di Sarsina P. R., Alivia M., Guadagni P. (2012) Widening the Paradigm in Medicine and Health: Person-Centred Medicine as the Common Ground of Traditional, Complementary, Alternative and Non-Conventional Medicine. In: Costigliola V. (ed.). *Healthcare Overview. Advances in Predictive, Preventive and Personalised Medicine.* Springer, Dordrecht; 2012. Vol. 1. P. 335—53.
- Резолюция Всемирной ассамблеи здравоохранения «Народная медицина» (WHA62.13, 2009). Режим доступа: <https://www.who.int/ru>

Здоровье и общество

17. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ; ред. от 29.05.2019 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Режим доступа: <http://www.consultant.ru>.
18. Макарова О. С. Официальная медицина: анализ понятия. *Вестник Новосибирского государственного университета имени Ярослава Мудрого*. 2014;83(1):95—8.
19. Койчуева С. М., Амлаев К. Р., Муравьева В. Н., Койчужев А. А., Уткина Г. Ю. Медицинская грамотность (комплаентность): стоящие проблемы, способы оценки, методики повышения грамотности пациентов в вопросах здоровья. *Медицинский вестник Северного Кавказа*. 2012;(4):75—9.
20. Сафиуллина Г. И., Ширяева Е. Е., Сафиуллина А. А. Роль методов комплементарной медицины в оптимизации лечебно-профилактической помощи детям с заиканием. *Общественное здоровье и здравоохранение*. 2014;(2):43—53.
21. Анафьянова Т. В., Сабанова А. О. Образование пациента и его семьи как основа ответственного самолечения. В кн.: Сборник статей Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, посвященной 75-летию Красноярского государственного медицинского университета им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого «Современные тенденции развития педагогических технологий в медицинском образовании». Серия «Вузовская педагогика». Красноярск; 2017. С. 589—92.
9. Nizamov I. G., Ziyatdinov K. Sh, Sadyikova T. I., Prokopen V. P. To history of territorial health care in the Kazan province (to the 150 anniversary of territorial medicine in Russia, 1864—2014). *Obschestvennoe zdorove i zdravooхранenie*. 2014;(2):5—10 (in Russian).
10. Levkivskaya E. E. Sorcery. In: Great Russian Encyclopedia [Bol'shaya Rossijskaya Ehnciklopediya]. Osipov Yu. S. (ed.). Moscow; 2004—2017. Vol. 35 (in Russian).
11. Smilyanskaya E. B. Wizards. Blasphemers. Heretics. National religiousness and «spiritual crimes» in Russia the XVIII century [Volshebnyki. Bogokhul'niki. Eretiki. Narodnaya religioznost' i "dukhovnyye prestupleniya" v Rossii XVIII v.]. Moscow: Indrik; 2003. P. 52—3 (in Russian).
12. Petrov B. D. Sorcery. In: Soviet Encyclopedia [Sovetskaya Ehnciklopediya]. Prohorov A. M. (ed.). Moscow; 1969—1978. Vol. 9 (in Russian).
13. Lojko V. N. Shamanism [Shamanizm]. Minsk: Plopress; 2003 (in Russian).
14. Strategy of WHO in the field of traditional medicine 2014—2023. Geneva; 2013.
15. Di Sarsina P. R., Alivia M., Guadagni P. (2012) Widening the Paradigm in Medicine and Health: Person-Centred Medicine as the Common Ground of Traditional, Complementary, Alternative and Non-Conventional Medicine. In: Costigliola V. (ed.). Healthcare Overview. Advances in Predictive, Preventive and Personalised Medicine. Springer, Dordrecht; 2012. Vol. 1. P. 335—53.
16. World health Assembly resolution “traditional medicine” (WHA62.13, 2009). Available at: <https://www.who.int/ru> (accessed 05.09.2019).

Поступила 17.10.2019  
Принята в печать 23.01.2020

REFERENCES

1. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promot. Intern*. 2000;15(3):259—67.
2. Kojchueva S. M., Kojchuev A. A., Repuhova A. A., Docenko A. N. Studying of medical literacy of patients in health issues of the population. Problems of modern medicine: topical issues. In: Collection of scientific papers following the results of the international scientific-practical conference [Sbornik nauchnyh trudov po itogam mezhdunarodnoj nauchno-prakticheskoy konferencii]. Krasnoyarsk; 2016. Vol. 3. P. 171—5 (in Russian).
3. Bendina O. A. Sociocultural factors of broadcast of knowledge of preservation of health: on the example of consumption of medical services in Saratov. *Vestnik Saratovskogo Tekhnicheskogo Universiteta*. 2008;3(35):244—8 (in Russian).
4. Cvinger T. In: *Enciklopedicheskij Slovar' Brokgauza I Efrona*. St. Petersburg; 1890—1907. Vol. 86 (in Russian).
5. Dyomich F. I. Traditional medicine. In: *Enciklopedicheskij Slovar' Brokgauza I Efrona*. St. Petersburg; 1890—1907. Vol. 86 (in Russian).
6. Nepokojchickij G. A., Gubanov I. A., Balakirev G. V., Samohina E. B., Chumakova A. V., Chumakova R. V. Big Encyclopedia of Traditional Medicine [Bol'shaya ehnciklopediya narodnoy mediciny]. Moscow: ANS; 2007 (in Russian).
7. Molchanov B. A., Mamedov S. N., Zadorin M. Yu. About single questions of protection of the «ethnic» and «cultural» rights of indigenous ethnic groups of the Russian Federation. *Vestnik Permskogo Universiteta. Yuridicheskie Nauki*. 2015;4(30):19—27 (in Russian).
8. Popovkina G. S. Sorcerers and sorcery at east Slavs of the South Far East of Russia [Znakhari i znakharstvo u vostochnykh slavyan yuga Dal'nego Vostoka Rossii]. Vladivostok: Dal'nauka; 2008 (in Russian).
9. Nizamov I. G., Ziyatdinov K. Sh, Sadyikova T. I., Prokopen V. P. To history of territorial health care in the Kazan province (to the 150 anniversary of territorial medicine in Russia, 1864—2014). *Obschestvennoe zdorove i zdravooхранenie*. 2014;(2):5—10 (in Russian).
10. Levkivskaya E. E. Sorcery. In: Great Russian Encyclopedia [Bol'shaya Rossijskaya Ehnciklopediya]. Osipov Yu. S. (ed.). Moscow; 2004—2017. Vol. 35 (in Russian).
11. Smilyanskaya E. B. Wizards. Blasphemers. Heretics. National religiousness and «spiritual crimes» in Russia the XVIII century [Volshebnyki. Bogokhul'niki. Eretiki. Narodnaya religioznost' i "dukhovnyye prestupleniya" v Rossii XVIII v.]. Moscow: Indrik; 2003. P. 52—3 (in Russian).
12. Petrov B. D. Sorcery. In: Soviet Encyclopedia [Sovetskaya Ehnciklopediya]. Prohorov A. M. (ed.). Moscow; 1969—1978. Vol. 9 (in Russian).
13. Lojko V. N. Shamanism [Shamanizm]. Minsk: Plopress; 2003 (in Russian).
14. Strategy of WHO in the field of traditional medicine 2014—2023. Geneva; 2013.
15. Di Sarsina P. R., Alivia M., Guadagni P. (2012) Widening the Paradigm in Medicine and Health: Person-Centred Medicine as the Common Ground of Traditional, Complementary, Alternative and Non-Conventional Medicine. In: Costigliola V. (ed.). Healthcare Overview. Advances in Predictive, Preventive and Personalised Medicine. Springer, Dordrecht; 2012. Vol. 1. P. 335—53.
16. World health Assembly resolution “traditional medicine” (WHA62.13, 2009). Available at: <https://www.who.int/ru> (accessed 05.09.2019).
17. About bases of protection of health of citizens in the Russian Federation: the Federal law. 21.11.2011. № 323: edition 29.05.2019. Available at: <http://www.consultant.ru> (accessed 10.09.2019).
18. Makarova O. S. Official medicine: analysis of concept. *Vestnik Novosibirskogo Gosudarstvennogo Universiteta Imeni Yaroslava Mudrogo*. 2014;83(1):95—8 (in Russian).
19. Kojchueva S. M., Amlaev K. R., Murav'eva V. N., Kojchuev A. A. Medical literacy (komplayentnost): a condition of a problem, ways of an assessment, a technique of increase of literacy of patients in health issues. *Medicinskij Vestnik Severnogo Kavkaza*. 2012;(4):75—9 (in Russian).
20. Safiullina G. I., Shiryayeva E. E., Safiullina A. A. Role of methods of complementary medicine in optimization of the treatment-and-prophylactic help to children with stutter. *Obschestvennoe zdorove i zdravooхранenie*. 2014;(2):43—53 (in Russian).
21. Anaf'yanova T. V., Sabanova A. O. Education of the patient and his family as basis of responsible self-treatment. In: Collection of articles of the All-Russian Scientific and Practical Conference with international participation dedicated to the 75<sup>th</sup> anniversary of the V. F. Voyno-Yasensky Krasnoyarsk State Medical University “Modern trends in the development of pedagogical technologies in medical education”. Series “University Pedagogy” [Sbornik statej Vserossijskoj nauchno-prakticheskoy konferencii s mezhdunarodnym uchastiem, posvyashchennoj 75-letiyu Krasnoyarskogo gosudarstvennogo medicinskogo universiteta im. prof. V. F. Vojno-Yaseneckogo “Sovremennye tendencii razvitiya pedagogicheskikh tekhnologij v medicinskom obrazovanii”. Ser. “Vuzovskaya Pedagogika”]. Krasnoyarsk; 2017. P. 589—92 (in Russian).

© Коллектив авторов, 2020  
УДК 614.2

Дорошилова А. В.<sup>1,2</sup>, Лузина Ф. А.<sup>1</sup>, Палевская С. А.<sup>2</sup>, Смбастьян С. М.<sup>2</sup>

## ДИНАМИКА ПАРАМЕТРОВ РЕПРОДУКЦИИ И ВОСПРОИЗВОДСТВА ШОРЦЕВ — КОРЕННОГО МАЛОЧИСЛЕННОГО НАРОДА КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ

<sup>1</sup>ФГБНУ «Научно-исследовательский институт комплексных проблем гигиены и профессиональных заболеваний», 654041, г. Новокузнецк;

<sup>2</sup>ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н. А. Семашко» Минобрнауки России, 105064, г. Москва

*В условиях продолжающегося демографического кризиса и социально-экономических преобразований в России воспроизводство народонаселения, в том числе коренных малочисленных народов, является актуальной проблемой. Проведен анализ динамики возрастной структуры и репродуктивных параметров женщин трех поколений с целью определения особенностей воспроизводства шорцев — коренного малочисленного народа Кемеровской области.*

*Использованы статистические данные переписей населения (1970—2015), материалы анкетирования, записи похозяйственных книг. Рассчитаны средние показатели и проведен сравнительный анализ основных параметров репродукции у женщин разных возрастных групп коренной национальности.*

*Средний возраст начала менопаузы составил от 46,9±1,95 до 46,5±0,70 года, менархе — от 14,5±0,65 до 13,9±0,21 года (p>0,05). Продолжительность физиологического репродуктивного периода и возраст женщины при рождении первого ребенка (22,5±0,42 и 21,0±0,41 года соответственно; p>0,05) в ряду поколений варьируют статистически не значимо. Отмечена тенденция к ускорению темпов полового созревания у представительниц «молодого» поколения. Репродуктивно активный период уменьшился за три поколения в 2 раза (с 14,0 до 6,7 года). Возраст женщины при рождении последнего ребенка сократился с 36,5±0,65 до 27,7±1,09 года. Число детей, рожденных одной женщиной, уменьшилось с 5,8±0,33 до 2,4±0,16 ребенка. У женщин всех поколений зарегистрирована высокая частота искусственных прерываний беременности (3,4±0,35 абортa).*

*Выявлена негативная динамика воспроизводства коренного шорского населения: сократилась численность, увеличилась диспропорция в соотношении полов, уменьшились абсолютный и относительный объемы дорепродуктивного и репродуктивного контингентов. Для шорцев характерны регрессивный тип возрастной структуры и суженный режим воспроизводства населения.*

**К л ю ч е в ы е с л о в а :** коренное население; шорцы; Кемеровская область; репродуктивные параметры; воспроизводство населения.

**Для цитирования:** Дорошилова А. В., Лузина Ф. А., Палевская С. А., Смбастьян С. М. Динамика параметров репродукции и воспроизводства шорцев — коренного малочисленного народа Кемеровской области. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2020;28(3):390—395. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2020-28-3-390-395>

**Для корреспонденции:** Лузина Фаина Анисимовна, канд. биол. наук, ведущий научный сотрудник НИИ комплексных проблем гигиены и профессиональных заболеваний, e-mail: [luzina45@mail.ru](mailto:luzina45@mail.ru)

Doroshilova A. V.<sup>1</sup>, Luzina F. A.<sup>1</sup>, Palevskaya S. A.<sup>2</sup>, Smbatyan S. M.<sup>2</sup>

## THE DYNAMICS OF PARAMETERS OF REPRODUCTION OF SHOR PEOPLE — NATIVE SMALL NATION OF THE KEMEROVO OBLAST

<sup>1</sup>The Federal State Budget Scientific Institution “The Research Institute of Complex Problems of Hygiene and Occupational Diseases”, 654041, Novokuznetsk, Russia;

<sup>2</sup>N. A. Semashko National Research Institute of Public Health, 105064, Moscow, Russia

*In Russia, in the conditions of ongoing demographic crisis and socioeconomic transformations, the reproduction of population, including indigenous minorities, is the urgent problem. The analysis of dynamics of the age structure and reproductive parameters of women of three generations was carried out in order to determine the characteristics of reproduction of the Shors, the indigenous minority of the Kemerovo Region. The statistical data of population censuses (1970—2015), questionnaire materials, records of household books were used as sources of information. The average indices of the main parameters of reproduction of the Shors were calculated and their comparative analysis was carried out. The analysis of the reproductive characteristics of Shor women: the average age of the onset of menopause and menarche (climacterium) is from 46.9±1.95 to 46.5±0.70 years, menarche from 14.5±0.65 to 13.9±0, 21 years old, p>0,05), the duration of the physiological reproductive period and the age of the woman at birth of the first child (22.5±0.42 years, 21.02±0.41 years, p>0,05) in a number of generations varied not statistically significant. There had been tendency of acceleration of rate of process of puberty in female representatives of the “young” generation. The reproductive-active period reduced in 3 generations by 2 times (from 14.0 to 6.7 years). The age of woman at birth of the last child decreased from 36.5±0.65 to 27.7±1.09 years. The number of live-born infants decreased from 5.8±0.33 to 2.4±0.16 children. In women of all generations, there was high frequency of induced abortions (3.4±0.35 abortions).*

*The negative dynamics of reproduction of the indigenous Shor population was established. The number of the Shors decreased from 14,059 people in 1970 to 10,672 people in 2010. The disproportion in gender ratio increased and absolute and relative volumes of pre-reproductive and reproductive contingents decreased. The Shors are characterized by narrowed mode of reproduction and regressive type of population age structure.*

**К e y w o r d s :** indigenous population; the Shors; the Kemerovo Region; reproductive parameters; population reproduction.

**For citation:** Doroshilova A. V., Luzina F. A., Palevskaya S. A., Smbatyan S. M. The dynamics of parameters of reproduction of Shor people — native small nation of the Kemerovo oblast. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2020;28(3):390—395 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2020-28-3-390-395>

**For correspondence:** Luzina F. A., candidate of biological sciences, the leading researcher of the Federal State Budget Scientific Institution “The Research Institute of Complex Problems of Hygiene and Occupational Diseases. e-mail: [luzina45@mail.ru](mailto:luzina45@mail.ru)

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

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

## Введение

В условиях продолжающегося демографического кризиса и социально-экономических преобразований, происходящих в Российской Федерации (РФ), воспроизводство народонаселения, в том числе коренных малочисленных народов, является одной из ведущих проблем [1].

Изучение отдельных составляющих процесса воспроизводства и их интегрированных показателей позволяет оценить вектор этих изменений и наметить пути устойчивого демографического и социально-экономического развития [2].

С начала 1980-х годов в РФ не обеспечивается простое замещение поколений (суммарный коэффициент рождаемости: 1980 г. — 1,895, 2000 г. — 1,195, 2002 г. — 1,286, 2016 г. — 1,762, 2017 г. — 1,621) [3]. В связи с вступлением в репродукцию малочисленного поколения 1990-х годов рождения проблема повышения рождаемости и воспроизводства населения в целом в стране и в Кемеровской области чрезвычайно актуальна.

Кемеровская область характеризуется отрицательным естественным приростом населения начиная с 1992 г. (–2,8‰ в 1992 г., –8,0‰ в 2005 г., –4,5‰ в 2018 г.) и в Сибирском федеральном округе (СФО) занимает 1-е место по естественной убыли населения (СФО: 1,6‰ в 2018 г.) [4].

Отмечено сокращение численности коренного малочисленного народа РФ — шорцев, компактно проживающих в Горной Шории Кемеровской области и составляющих 82,8% общей численности шорцев в РФ.

Между Всероссийскими переписями населения (ВПН) 2002 и 2010 гг. в РФ количество лиц шорской национальности уменьшилось на 1087 человек, из них на 882 человека — в Кемеровской области. На момент ВПН 2010 г. общая численность шорцев в РФ составила 12 888 человек, в Кемеровской области — 10 672 человека [5, 6].

Цель исследования — изучить временную динамику возрастной структуры и репродуктивных параметров для оценки характера современного воспроизводства шорцев.

Воспроизводство народонаселения — это многокомпонентный, изменяющийся во времени процесс, обусловленный факторами биологической и социальной природы, влияющий практически на все сферы жизнедеятельности человека. «Именно репродуктивный процесс и его эффективность как в количественном отношении (число рождений), так и в качественном (здоровье родившегося потомства) определяет жизнеспособность нации и демографическую безопасность страны» [7].

## Материалы и методы

Материал собран в экспедиционных условиях в местах компактного проживания шорцев в Ташта-

гольском, Междуреченском и Мысковском районах Кемеровской области в 2010—2016 гг.

Проведен опрос коренного населения с использованием анкеты-родословной, включающей паспортную часть и репродуктивные характеристики женщин: количество беременностей и их исходы, число рожденных детей, возраст женщины при рождении первого и последнего ребенка, становление менархе и возраст наступления климакса, границы физиологического и репродуктивно активного периода.

Для выяснения временных изменений параметров репродукции женщины в зависимости от года рождения были распределены на три группы: родившиеся в 1920—1944 гг. ( $n=79$ ), в 1945—1969 гг. ( $n=149$ ) и в 1970—1984 гг. ( $n=46$ ). По материалам анкетирования рассчитаны средние показатели репродуктивных параметров и проведен их сравнительный анализ у женщин разных поколений.

В работе также использованы данные учета населения из записей похозяйственных книг сельских администраций и материалы Всесоюзных и Всероссийских переписей населения 1970, 2002, 2010 гг.

Типы возрастной структуры населения (прогрессивный, стационарный и регрессивный) выделены согласно А. Г. Зундбергу. Оценка демографического старения дана по шкале Ж. Боже-Гарнье — Э. Росsetта [8]. Соотношение полов рассчитано в целом для популяции шорцев и в репродуктивной ее части. В статистической обработке материалов использован стандартный пакет программ SPSS 11.0.

## Результаты исследования

В СССР с конца 1950-х до 1970-х годов XX в. отмечен рост численности шорцев, он был связан с относительно высокой рождаемостью и снижением смертности в стране.

С начала 1970-х годов численность шорцев в Кемеровской области стабильно снижалась: 1970 г. — 14 059; 1989 г. — 12 585; 2002 г. — 11 554; 2010 г. — 10 672 человека. За анализируемый период коренное население области уменьшилось на 24,1% (3387 человек).

Процесс воспроизводства народонаселения в значительной степени зависит от тенденций в изменении возрастной структуры населения, особенно лиц фертильного возраста.

Согласно полученным данным, более половины шорских женщин находятся в детородном возрасте — 57,5% в 2002 г. и 54,7% в 2010 г. За анализируемый период произошло сокращение доли лиц дорепродуктивного (на 1,87%) и репродуктивного (на 2,77%) возраста и увеличение на 4,63% контингента женщин пострепродуктивного периода. В то же время положительным моментом трансформации возрастного состава женщин является увеличение абсолютной (на 107 человек) и относительной (на 2,98%)

Параметры репродукции шорских женщин разных поколений

| Годы рождения женщин | Статистический показатель | Возраст менархе, годы | Возраст наступления климакса, годы | Всего рожденных детей, абс. число | Возраст женщины при рождении первого ребенка | Возраст женщины при рождении последнего ребенка | Медицинский аборт, абс. число |
|----------------------|---------------------------|-----------------------|------------------------------------|-----------------------------------|--|---|-------------------------------|
| 1920—1944            | Среднее значение          | 14,5±0,65             | 46,9±1,95                          | 5,81±0,35                         | 22,5±0,42                                    | 36,52±0,65                                      | 2,5±1,5                       |
|                      | Дисперсия                 | 1,67                  | 19,00                              | 9,46                              | 14,39  | 32,33   | 11,30                         |
|                      | Min—max                   | 12—15                 | 40—52                              | 0—14                              | 15—34  | 23—50   | 0—9                           |
| 1945—1969            | Среднее значение          | 14,2±0,21             | 46,5±0,71                          | 3,23±0,15                         | 22,09±0,39                                   | 31,02±0,63                                      | 3,97±0,47                     |
|                      | Дисперсия                 | 2,31                  | 20,45                              | 3,26                              | 17,99  | 39,69   | 16,36                         |
|                      | Min—max                   | 11—18                 | 37—56                              | 0—11                              | 15—37  | 20—45   | 0—20                          |
| 1970—1984            | Среднее                   | 13,7±0,25             |                                    | 2,37±0,16                         | 21,02±0,41                                   | 27,7±1,09                                       | 2,41±0,43                     |
|                      | Дисперсия                 | 2,23                  |                                    | 1,59                              | 7,62   | 13,02   | 7,01                          |
|                      | Min—max                   | 11—17                 |                                    | 0—6                               | 17—31  | 23—36   | 0—11                          |

численности женщин наиболее активного репродуктивного возраста — 20—24 и 25—29 лет.

В период между ВПН 2002 и 2010 гг. в шорском этносе увеличилась диспропорция в соотношении полов (с 114,0 до 115,7 женщин на 100 мужчин), обусловленная дифференциальной смертностью мужчин и женщин пожилого возраста.

В репродуктивной возрастной группе (15—49 лет) нарушение в соотношении полов уменьшилось (2002 г. — 110,3, 2010 г. — 108,1 женщины на 100 мужчин), а в группе оптимального детородного возраста (20—29 лет) соотношение мужчин и женщин выравнено, что является положительным моментом брачного партнерства молодых людей.

Параметры репродукции шорских женщин, представленные в таблице, являются важной составляющей репродуктивного здоровья и процесса воспроизводства коренного населения.

Средний возраст менархе для женщин всех возрастных групп составил 14,1±0,34 года. Возраст наступления климакса в поколении женщин 1945—1969 годов рождения — 46,5±0,71 года, и он имеет тенденцию к снижению по сравнению с предшествующим поколением (46,9±1,95 года). У представительниц «современного» поколения становление менструальной функции начинается несколько раньше (13,7±0,25 года), чем у женщин «старшего» поколения (14,5±0,65 года).

Физиологические границы репродуктивного периода в сравниваемых когортах женщин статистически значимых различий не обнаруживают и составляют 32,4—32,3 года ( $p > 0,05$ ). Продолжительность реализованного репродуктивно активного периода (разница между средним возрастом матери при рождении последнего и первого ребенка) за три поколения уменьшилась более чем в 2 раза (см. таблицу), что может быть связано с переходом к планированию размера семьи и контролю рождаемости.

Возраст начала репродукции у шорских женщин изменяется незначительно и составляет 22,5±0,42 и 21,02±0,41 года. Средний возраст женщины при рождении последнего ребенка в ряду поколений снижается с 36,52±0,6 до 27,7±0,65 года ( $p > 0,05$ ), параллельно сокращается и реальный репродуктивно активный период: с 14,02 года у женщин 1920—1944 годов рождения до 6,68 года у женщин 1970—1984 годов рождения.

Большинство женщин коренной национальности завершают свою репродуктивную программу к 31—32 годам. Среднее количество рожденных детей в старшем поколении шорок составляло 5,81±0,35, при этом некоторые женщины имели десять и более детей. В поколении женщин 1945—1969 годов рождения среднее количество детей уменьшилось в 1,8 раза (3,23±0,15 ребенка;  $p \leq 0,05$ ). У женщин, рожденных после 1970 г., этот показатель составил 2,37±0,16 ребенка, что указывает на регулируемый характер воспроизводства населения.

Проблема воспроизводства населения в современной России заключается не только в низкой рождаемости, но и в высоком уровне репродуктивных потерь [9], среди которых одной из актуальных медико-социальных проблем является искусственное прерывание беременности [7].

Медицинские аборт широко используются во всех возрастных когортах шорских женщин и являются одним из распространенных средств регуляции рождаемости. Более  $\frac{2}{3}$  женщин прибегают к применению искусственного прерывания беременности.

### Обсуждение

Сокращение численности шорцев началось с 1970-х годов прошлого столетия, с 2000-х годов темпы его ускорились (в среднем 110 человек в год). За период с 1970 по 2010 г. численность коренного населения области уменьшилась на 24,1% и на момент ВПН 2010 г. составила 10 672 человека [10].

Ускорение сокращения численности населения было характерно в целом для России: в 1989—2002 гг. все население РФ ежегодно сокращалось на 0,1%, в 2002—2010 гг. — на 0,2% [11].

Уменьшение численности шорцев происходит в русле общероссийских демографических процессов и связано с естественной убылью населения страны.

Следует отметить, что шорцы — один из самых урбанизированных коренных малочисленных народов Российской Федерации. По данным ВПН 2010 г., удельный вес городского шорского населения составляет 72,1% и соответствует очень высокому уровню урбанизации. Известно, что урбанизация оказывает большое влияние на условия и образ жизни населения и ведет к снижению рождаемости [12, 13].

## Здоровье и общество

В возрастной структуре женщин коренной национальности 54,7% составляют лица детородного возраста (15—49 лет), что создает более благоприятные возможности для реализации их репродуктивной функции по сравнению с женщинами Кемеровской области и других регионов: Кемеровская область — 47,9%, СФО — 49,2%, РФ — 48,5% (данные на 2010 г.) [14].

За межпереписной период (2002—2010) в общей численности шорок фертильного возраста увеличилась доля женщин основных детородных возрастов (20—29 лет) с 25,5 до 32,2% за счет вступления в репродукцию многочисленной когорты женщин 1980-х годов рождения.

В нашей стране в наступившем тысячелетии именно структурный фактор явился главной предпосылкой роста рождаемости. В 2013 г. Россия достигла положительного естественного прироста, однако он был непродолжительным и в 2016 г. вновь сменился на отрицательный [3, 4].

В настоящее время возрастной состав населения становится неблагоприятным, фертильная группа популяции за счет немногочисленного контингента 1990-х годов рождения. В Кемеровской области «эхо» 1990-х годов начинает проявляться снижением рождаемости с 2013 г. (2012 г. — 13,8‰, 2013 г. — 13,6‰, 2014 г. — 13,2‰, 2017 г. — 10,5‰). Демографический прогноз в отношении шорцев неоптимистичный.

На момент переписи 2010 г. абсолютная и относительная численность девочек 0—14 лет, которые в ближайшей перспективе начнут вступать в активный период репродукции, была меньше возрастной группы женщин наиболее продуктивного детородного возраста (20—29 лет) (см. таблицу). Следует заметить, что на 2010 г. коэффициент суммарной рождаемости, равный 1,74, уже не соответствовал пороговому значению, обеспечивающему простое замещение поколений, и шорский этнос характеризовался суженным режимом воспроизводства. Суженное воспроизводство со временем приводит к старению возрастной структуры населения и порождает целый ряд проблем в здравоохранении, образовании, сфере обслуживания, обороны страны [8].

Сравнительный анализ репродуктивных характеристик шорок разных возрастных групп показал, что наметилась тенденция к снижению возраста начала менархе и менаузы по сравнению с предшествующими поколениями (см. таблицу). Это свидетельствует об ускорении темпов полового созревания. Динамика в становлении менструальной функции у женщин Горной Шории была отмечена в работах ряда авторов [15, 16].

Различия в границах физиологического репродуктивного периода у женщин сравниваемых поколений статистически не значимы ( $p > 0,05$ ). В то же время за счет сокращения среднего возраста матери при рождении последнего ребенка границы реализованного репродуктивного периода за три поколения уменьшились в 2 раза и составили у женщин 1945—1969 годов рождения менее 30% физиологического

периода. Известно, что уменьшение 15-летнего диапазона репродуктивно активного периода связано с переходом к планированию размера семьи и контролю рождаемости [17]. Вместе с тем у женщин, родившихся до 1920 г., среднее количество живорожденных детей составляло  $6,85 \pm 0,47$ , при этом около 15% женщин имели десять и более детей. Превышение дисперсии среднего числа рожденных детей свидетельствует о нерегулируемой в то время рождаемости.

Среднее число живорожденных детей у шорских женщин за исследуемый период уменьшилось с  $5,81 \pm 0,33$  до  $2,37 \pm 0,16$  ребенка. Когорты женщин «старшего поколения» обеспечивали прогрессивный тип возрастного состава населения, а женщины 1945—1969 годов рождения смогли численно воспроизвести лишь свое поколение, соответствующее стационарному типу возрастной структуры в состоянии перехода к регрессивному.

Снижение рождаемости происходит и за счет распространения практики ее регулирования, в том числе искусственного прерывания беременности [18]. Среднее количество абортосопоставимо с аналогичными показателями у хакасов и выше, чем у алтаев и сибирских татарок [19]. У некоторых шорских женщин отмечено более 20 искусственных прерываний беременности, что влечет за собой серьезные последствия для женского организма [20].

Серьезным нарушением детородной функции у женщин считаются спонтанные аборты. Согласно данным литературы, в Горной Шории у каждой 8-й женщины (12,8%) независимо от ее этнической принадлежности беременность осложнялась самопроизвольным выкидышем [15, 16].

Анализ воспроизводства коренного шорского населения Кемеровской области, проведенный нами на основе материалов ВПН 2002 и 2010 гг., показал выраженное уменьшение среднего числа рожденных детей во всех возрастных группах шорок. В целом среднее число рожденных детей (в расчете на 1 тыс. женщин в возрасте 15 лет и старше) сократилось (2002 г. — 2590, 2010 г. — 1740, 2015 г. — 1456) [16].

## Заключение

Шорцы — высокоурбанизированный, быстрыми темпами уменьшающийся в численности коренной малочисленный народ РФ. Возрастная структура шорок Кемеровской области на 1979 г. в целом еще соответствовала стационарному типу, в 2002 г. она приблизилась к регрессивному типу (доля лиц 0—14 лет — 20,87%, 50 лет и старше — 20,79%), а к 2010 г. трансформировалась в регрессивный тип (доля детей составила 19,15%, лиц пожилого возраста — 24,39%).

В ряду поколений у шорских женщин выявлено снижение общей плодовитости и среднего числа живорожденных детей, что отражает тенденцию перехода коренного шорского населения к малодетной семье.

Снижение рождаемости происходит и за счет искусственного прерывания беременности. Среднее

количество аборт остается высоким, что влечет за собой серьезные последствия для здоровья женщины.

У шорцев произошла смена режима воспроизводства населения с расширенного у поколения 1920-х годов рождения к суженному у современного поколения (1740 детей на 1 тыс. женщин).

Анализ параметров воспроизводства коренного населения позволяет высказать предположение о снижении рождаемости в ближайшей перспективе ввиду вступления в репродукцию малочисленной когорты женщин 1990-х годов рождения.

Демографические процессы у коренного шорского населения протекают в рамках общероссийских и общемировых тенденций и связаны с демографическим переходом от традиционного к современному типу воспроизводства населения.

Учет этнической специфики региона необходим для научного обоснования системы мероприятий по профилактике нарушений репродуктивного здоровья женщин, разработки региональных программ и управленческих решений, направленных на создание условий для устойчивого демографического развития и воспроизводства населения коренных малочисленных народов региона.

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

#### ЛИТЕРАТУРА

- Надточий Л. А., Смирнова С. В., Бронникова Е. П. Депопуляция коренных и малочисленных народов и проблема сохранения этносов Северо-Востока России. *Экология человека*. 2015;(3):3—11.
- Спицына Н. Х. Демографический переход в России: антропогенетический анализ. М.: Наука; 2006.
- Российский статистический ежегодник 2018: Статистический сборник. М.: Росстат; 2018.
- Общие коэффициенты рождаемости, смертности, естественного прироста населения по субъектам Российской Федерации. Естественное движение населения Российской Федерации — 2018 г.: Федеральная служба государственной статистики. Режим доступа: [https://gks.ru/bgd/regl/b18\\_106/Main.htm](https://gks.ru/bgd/regl/b18_106/Main.htm) (дата обращения 16.12.2019).
- Размещение населения коренных малочисленных народов по территориям преимущественного проживания КМН. Всероссийская перепись населения 2002 года. Режим доступа: [http://www.perepis2002.ru/ct/html/TOM\\_13\\_01.htm](http://www.perepis2002.ru/ct/html/TOM_13_01.htm) (дата обращения 01.12.2019).
- Размещение населения коренных малочисленных народов Российской Федерации. Итоги Всероссийской переписи населения 2010 года. Режим доступа: [http://www.gks.ru/free\\_doc/new\\_site/perepis2010/croc/Documents/Vol4/pub-04-19.pdf](http://www.gks.ru/free_doc/new_site/perepis2010/croc/Documents/Vol4/pub-04-19.pdf) (дата обращения 01.12.2019).
- Суханова Л. П., Глушенкова В. А. Эволюция репродуктивного процесса в России в переходный период (с позиций службы охраны материнства и детства). *Социальные аспекты здоровья населения*. 2007;3(3). Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/38/27/> (дата обращения 01.12.2019).
- Rosset E. Aging process of population. Oxford — London — Edinburgh — New York — Paris — Frankfurt: Pergamon Press; 1964.
- Население России 2008: Шестнадцатый ежегодный демографический доклад. Вишневецкий А. Г. (ред.). М.: Издательский дом ГУ ВШЭ; 2010.
- Лузина Ф. А., Дорошилова А. В., Гуляева О. Н. Исследование воспроизводства коренного шорского населения Кемеровской области. *Медицина в Кузбассе*. 2018;17(2):28—34.
- Богоявленский Д. Д. Перепись 2010: этнический срез. *Демоскоп Weekly*. 2012;(3):531—2. Режим доступа: <http://www.demoscope.ru/weekly/2012/0531/demoscope531.pdf>
- Gries T., Grundmann R. Fertility and Modernization: The Role of Urbanization in Developing Countries. *J. Intern. Developm.* 2018;30(3):493—506. doi: 10.1002/jid.3104
- Davis K. The Urbanization of the Human Population. In: Le-Gates R. T., Stout F. The City Reader. London — New York: Routledge; 2015.
- Возрастно-половой состав и состояние в браке. Всероссийская перепись населения 2010. Т. 2. Режим доступа: [http://www.gks.ru/free\\_doc/new\\_site/perepis2010/croc/perepis\\_itogi1612.htm](http://www.gks.ru/free_doc/new_site/perepis2010/croc/perepis_itogi1612.htm) (дата обращения 01.12.2019).
- Квиткова Л. В., Барбараш О. Л., Ушакова Г. А. Здоровье женского населения йододефицитного региона Горная Шория. Кемерово; 2005.
- Ушакова Г. А., Елгина С. И., Сурков Н. И. Демография и репродуктивное здоровье женского населения Кузбасса. Кемерово; 1997.
- Гольцова Т. В., Осипова Л. П. Генетико-демографическая структура популяций коренных народов Сибири в связи с проблемами микроэволюции. *Информационный вестник ВОГиС*. 2006;10(1):126—54.
- Щербакова Е. М. Россия: демографические итоги 2013 года (часть I). *Демоскоп Weekly*. 2014;(6):587-88. Режим доступа: <http://www.demoscope.ru/weekly/2014/0587/barometer587.pdf> (дата обращения 21.11.2019).
- Ульянова М. В., Лавряшина М. Б., Дружинин В. Г., Тычинских З. А., Долинина Д. О. Особенности репродукции коренных этносов Сибири в сравнительном освещении. *Вестник Кемеровского государственного университета*. 2014;3(59):30—3.
- Землянова Е. В. Потери потенциальных рождений в России из-за проблем, связанных со здоровьем. *Социальные аспекты здоровья населения*. 2016;48(2):1—15. doi: 10.21045/2071-5021-2016-48-2-4

Поступила 08.11.2019  
Принята в печать 23.01.2020

#### REFERENCES

- Nadtochiy L. A., Smirnova S. V., Bronnikova E. P. The depopulation of indigenous and small-numbered peoples and problem of preserving of ethnic groups of the North-East of Russia. *Ekologiya cheloveka*. 2015;(3):3-11 (in Russian).
- Spitsyna NKH. Demographic transition in Russia: anthropogenetic analysis. [Demograficheskiy perekhod v Rossii: antropogeneticheskiy analiz]. Moscow: Nauka; 2006 (in Russian).
- Russian Statistical Yearbook. 2018: Statistical handbook [Rossijskiy statisticheskiy ezhegodnik]. Moscow: Rosstat; 2018 (in Russian).
- General birth rates, death rates, natural population growth in the regions of the Russian Federation. The natural movement of the population of the Russian Federation — 2018: the Federal State Statistics Service [Obshchie koeffitsienty rozhdaemosti, smertnosti, estestvennogo prirosta naseleniya po sub'ektam Rossiyskoy Federatsii. Estestvennoe dvizhenie naseleniya Rossiyskoy Federatsii — 2018 g.: Federal'naya sluzhba gosudarstvennoy statistiki]. Available at: [https://gks.ru/bgd/regl/b18\\_106/Main.htm](https://gks.ru/bgd/regl/b18_106/Main.htm) (accessed 16.12.2019) (in Russian).
- Placement of the population of indigenous minorities in the territories of prevailing residence of indigenous minorities. National censuses in Russian Federation 2002 [Razmeshenie naseleniya korennykh malochislennykh narodov po territoriyam preimushchestvennogo prozhivaniya KMN]. [http://www.perepis2002.ru/ct/html/TOM\\_13\\_01.htm](http://www.perepis2002.ru/ct/html/TOM_13_01.htm) (accessed 01.12.2019) (in Russian).
- Placement of the population of indigenous minorities of the Russian Federation. Results of the National censuses in Russian Federation 2010 [Razmeshenie naseleniya korennykh malochislennykh narodov Rossiyskoy federatsii. Itogi Vserossiyskoy perepisi naseleniya 2010 goda]. Available at: [http://www.gks.ru/free\\_doc/new\\_site/perepis2010/croc/Documents/Vol4/pub-04-19.pdf](http://www.gks.ru/free_doc/new_site/perepis2010/croc/Documents/Vol4/pub-04-19.pdf) (accessed 01.12.2019) (in Russian).
- Sukhanova L. P., Glushenkova V. A. Evolution of reproductive process in Russia during the transition period (from the point of view of maternity and child health). *Sotsialnye aspekty zdorov'ya naseleniya*. 2007;3(3). Available at: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/38/27/> (accessed 01.12.2019) (in Russian).
- Rosset E. Aging process of population. Oxford — London — Edinburgh — New York — Paris — Frankfurt: Pergamon Press; 1964.
- The population of Russia 2008: Sixteenth annual demographic report [Naselenie Rossii 2008: Shestnadtsatyy ezhegodnyy demograficheskiy doklad]. Vishnevskiy A. G. (ed.) Moscow: Izdatel'stvo Dom GUVSHEH; 2010 (in Russian).

Здоровье и общество

10. Luzina F. A., Doroshilova A. V., Gulyaeva O. N. Study of the reproduction of the indigenous Shor population of the Kemerovo region. *Meditsina v Kuzbasse*. 2018;17(2):28—34 (in Russian).
11. Bogoyavlensky D. D. Census 2010: ethnic slice. *Demoskop Weekly*. 2012;(3):531—2. Available at: <http://www.demoscope.ru/weekly/2012/0531/demoscope531.pdf> (accessed 03.12.2019) (in Russian).
12. Gries T., Grundmann R. Fertility and Modernization: The Role of Urbanization in Developing Countries. *J. Intern. Developm.* 2018;30(3):493—506. doi: 10.1002/jid.3104
13. Davis K. The Urbanization of the Human Population. In: LeGates R. T., Stout F. The City Reader. London — New York: Routledge; 2015.
14. The age and sex structure and marital status. National Population Census 2010 [*Vozrastno-polovoy sostav i sostoyanie v brake. Vserossiyskaya perepis' naseleniya 2010*]. Vol. 2. Available at: [http://www.gks.ru/free\\_doc/new\\_site/perepis2010/croc/perepis\\_ito-gi1612.htm](http://www.gks.ru/free_doc/new_site/perepis2010/croc/perepis_ito-gi1612.htm) (accessed 01.12.2019) (in Russian).
15. Kvitkova L. V., Barbarash O. L., Ushakova G. A. The health of the female population of the iodine deficiency region Mountain Shoria [*Zdorov'e zhenskogo naseleniya yododefitsitnogo regiona Gornaya Shoriya*]. Kemerovo; 2005 (in Russian).
16. Ushakova G. A., Elgina S. I., Surkov N. I. Demography and reproductive health of the female population of Kuzbass [*Demografiya i reproduktivnoe zdorov'e zhenskogo naseleniya Kuzbassa*]. Kemerovo; 1997 (in Russian).
17. Goltsova T. V., Osipova L. P. Genetic demography structure of aborigine Siberian populations in connection with problems of microevolution. *Informatsionnyy vestnik VOGiS*. 2006;10(1):126—54. (in Russian).
18. Shcherbakova E. M. Russia: the demographic results of 2013 (Part I). *Demoscope Weekly*. 2014;(6):587—88. Available at: <http://www.demoscope.ru/weekly/2014/0587/barometer587.pdf> (accessed 21.11.2019) (in Russian).
19. Ulyanova M. V., Lavryashina M. B., Druzhinin V. G., Tychinskih Z. A., Dolinina D. O. Features of reproduction in indigenous ethnic groups of Siberia in comparative coverage. *Vestnik Kemerovskogo gosudarstvennogo universiteta*. 2014;3(59):30—3 (in Russian).
20. Zemlyanova E. V. Potential birth loss due to health-related problems in Russia. *Social'nye aspekty zdorov'ya naseleniya*. 2016;48(2):1—15. doi: 10.21045/2071-5021-2016-48-2-4 (in Russian).

© Коллектив авторов, 2020  
УДК 614.2**Мотина А. Н., Астащенко Я. А., Масалева И. О., Третьякова Е. Е.****СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ С ОСТЕОХОНДРОЗОМ ПОЗВОНОЧНИКА**

ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» Минздрава России, 305041, г. Курск

*Среди заболеваний периферической нервной системы остеохондроз позвоночника занимает ведущее место и является серьезной социальной проблемой во многих странах мира. Значительная распространенность заболевания у лиц трудоспособного возраста, высокие показатели инвалидности, большие экономические потери обуславливают актуальность данной проблемы, ее эпидемиологическую и социально-экономическую значимость. Изучались социально-гигиенические и клинические особенности больных остеохондрозом в условиях Курской областной клинической больницы. Произведен статистический анализ 250 историй болезни пациентов неврологического отделения с диагнозом остеохондроз позвоночника. Учитывались гендерные и возрастные особенности заболевания, частота его проявления в разных отделах позвоночника, ведущие синдромы и характер трудовой деятельности пациентов. Наиболее часто неврологические проявления остеохондроза встречались у пациентов среднего возраста. Преобладали пациенты с проявлениями остеохондроза в поясничном (65,2%) и шейном (50,8%) отделах позвоночника. Болевой синдром был выявлен у 96,4% пациентов. Частота поражения различных отделов зависела от условий труда. Так, работники интеллектуального труда чаще страдали остеохондрозом шейного отдела, а работники физического труда — остеохондрозом поясничного отдела позвоночника.*

*Необходимы оптимизация первичной и вторичной профилактики остеохондроза, учитывающая возраст и характер трудовой деятельности пациентов, а также совершенствование медицинской помощи и рациональное трудоустройство лиц, страдающих данным заболеванием.*

**Ключевые слова:** остеохондроз позвоночника; социально-гигиеническая характеристика; профилактика; режим труда и отдыха; болевой синдром; здоровье и здравоохранение.

**Для цитирования:** Мотина А. Н., Астащенко Я. А., Масалева И. О., Третьякова Е. Е. Социально-гигиеническая характеристика пациентов с остеохондрозом позвоночника. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2020;28(3):396—399. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2020-28-3-396-399>

**Для корреспонденции:** Масалева Ирина Олеговна, канд. мед. наук, ассистент кафедры неврологии и нейрохирургии Курского государственного медицинского университета, e-mail: [masalevs@mail.ru](mailto:masalevs@mail.ru)

**Motina A. N., Astaschenko Ya. A., Masaleva O. I., Tretyakova E. E.****THE SOCIAL HYGIENIC CHARACTERISTIC OF PATIENTS WITH OSTEOCHONDROSIS OF SPINE**

The Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The Kursk State Medical University” of Minzdrav of Russia, 305041, Kursk, Russia

*The spinal osteochondrosis takes leading role among diseases of the peripheral nervous system, being a serious social problem in many countries. The significant prevalence of this disease among individuals of able-bodied age, high disability rates, large economic losses condition the urgency of this problem, its epidemiological and socio-economic significance. The purpose of study is to analyze the socio-hygienic and clinical features of patients with osteochondrosis in the Kursk Regional Clinical Hospital. The statistical analysis of 250 medical records with diagnosis of osteochondrosis was carried out in the neurological department. The gender and age-specific features of the disease, the frequency of manifestation of osteochondrosis in various parts of the spine, leading syndromes and the nature of patients' labor activity were considered. There are gender differences in patients of the Kursk Regional Hospital with diagnosis of spinal osteochondrosis: females 62.0% and males 38.0%. The most common neurological manifestations of osteochondrosis were found among middle-aged patients (45—54 years). The patients with manifestations of osteochondrosis in the lumbar (65.2%) and cervical (50.8%) parts of the spine are predominated. Among all the syndromes, the pain syndrome was the leading one and was detected in 96.4% of patients. The frequency of disorders of various parts of the spinal column depended on working conditions. Thus, intellectual workers suffered more often from osteochondrosis of the cervical spine, and manual workers — from the lumbar spine. It is necessary to optimize primary and secondary prevention of osteochondrosis, taking into account the age and nature of the patients' labor activity as well as to improve medical care and the rational employment of people suffering from this disease.*

**Keywords:** spinal osteochondrosis; social and hygienic characteristics; prevention; work and rest conditions; pain syndrome; health and health care.

**For citation:** Motina A. N., Astaschenko Ya. A., Masaleva O. I., Tretyakova E. E. The social hygienic characteristic of patients with osteochondrosis of spine. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2020;28(3):396—399 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2020-28-3-396-399>

**For correspondence:** Masaleva O. I., candidate of medical sciences, the assistant of the Chair of Neurology and Neurosurgery of the Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The Kursk State Medical University”. e-mail: [masalevs@mail.ru](mailto:masalevs@mail.ru)

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

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

Received  
Accepted**Введение**

Боль в спине — наиболее часто встречающаяся жалоба пациентов на приеме у невролога. По дан-

ном европейского эпидемиологического исследования, проведенного Н. Breivik и соавт. [1], среди хронических болевых синдромов боль в спине (без уточнения локализации) составляет 24%, боль в нижней

## Здоровье и общество

части спины — 18%. В России 24,9% активных обращений лиц трудоспособного возраста за амбулаторной помощью связано с болями в спине [2]. Болевой синдром в большинстве случаев обусловлен вертеброгенной патологией, основу которой составляет остеохондроз (77—81%). Остеохондроз является ведущей причиной (41,1%) первичной инвалидности в структуре заболеваний костно-суставной системы [3].

Наиболее частой причиной болевого синдрома являются дорсопатии, среди которых на первом месте — остеохондроз позвоночника [4]. В основе патогенеза остеохондроза лежат дегенеративно-дистрофические изменения в межпозвоночном диске. При потере пульпозным ядром воды, мукополисахаридов происходит его высыхание. Ядро становится плотным, фрагментируется на части, высота межпозвоночного диска уменьшается, межпозвоночная щель сужается. Возникают протрузии дисков, в них разрастается фиброзная ткань, может наблюдаться кальцинация. Диск может сдавливать прилежащие сосудисто-нервные образования, в том числе корешок спинномозгового нерва. В зависимости от направления пролапсов или протрузии различают передние, боковые, задние, заднебоковые [5]. В процессе развития остеохондроза выделяют ряд последовательных стадий. В первой стадии происходит снижение гидрофильности пульпозного ядра и его проникновение между трещинами фиброзного кольца. Во второй стадии возникает нестабильность пораженного позвоночного сегмента, сопровождающаяся динамическим смещением вышележащего и нижележащего позвонков относительно друг друга. В третьей стадии возникает протрузия либо пролапс диска с возможным сдавлением нервов и сосудов. Четвертая стадия характеризуется компенсаторными изменениями с формированием краевых разрастаний тел позвонков, компрессией нервных структур, миелопатией [6]. При этом появляются компрессионные либо рефлекторные синдромы. Компрессионные синдромы характеризуются сдавлением и натяжением нервных корешков с возникновением корешкового синдрома, а рефлекторные обусловлены раздражением возвратных спинальных нервов, в результате чего в иннервируемых мышцах возникают мышечно-тонические нарушения, а также присоединяются сосудистые и вегетативные нарушения. Кроме механического сдавления корешка межпозвоночным диском, боль обуславливают отек, аутоиммунное воспаление, развивающееся в ответ на попадание вещества межпозвоночного диска в эпидуральное пространство. Кроме того, на корешок могут воздействовать сужение и деформация межпозвоночных отверстий в результате спондилоартрита. Также корешковый синдром сопровождается парестезиями, нарушением чувствительности, выпадением рефлексов [5].

К предрасполагающим факторам развития остеохондроза относят наследственную предрасположенность, патологический двигательный стереотип, связанный с избыточной статодинамической нагруз-

кой, гиподинамию, травмы, аутоиммунные, эндокринные, дисметаболические причины [7]. Избыточная статодинамическая нагрузка характерна для профессий, связанных с переноской, перемещением тяжестей, необходимостью поддержания длительного вынужденного положения головы и туловища, амплитудными и резкими движениями. Также факторами риска являются работа в условиях вибрации, в неблагоприятных метеорологических условиях (охлаждение, перепады температур) [7].

Одним из ведущих факторов развития остеохондроза является гиподинамия, при которой нарушается кровоснабжение глубоких мышц. Поскольку межпозвоночный диск является аваскулярной структурой и транспорт питательных веществ к нему осуществляется при участии глубоких мышц, нарушение их функции ведет к дегенеративно-дистрофическим изменениям в межпозвоночных дисках [8]. Низкая двигательная активность и постоянная вынужденная поза в течение рабочего дня приводят к нарушению процессов сокращения и расслабления мышц шеи и туловища, обеспечивающих определенные позы тела. Таким образом, длительное напряжение мышц шеи, избыточная статодинамическая нагрузка на поясничный отдел предрасполагают к развитию дегенеративных процессов в межпозвоночном диске, возникновению радикулопатии. Наиболее часто поражается корешок, располагающийся на один уровень ниже соответствующего диска. При цервикальной радикулопатии возникает боль в шее, иррадиирующая в руку [5]. Боль сопровождается парестезиями, нарушением чувствительности, снижением мышечной силы и рефлексов в зоне соответствующего корешка. При развитии радикулопатии в поясничном отделе возникают стреляющие боли, иррадиирующие в ногу, парез, ослабление и выпадение рефлексов. Часто болевой синдром, парестезии, мышечная слабость длительно беспокоят больных, что ведет к невротизации пациентов. В связи с этим важно обеспечить гигиену труда, правильный режим работы и отдыха, вводить производственную гимнастику, которая задействует мышечные группы, не участвующие в поддержании основной рабочей позы [7]. Профилактика возникновения и рецидивов заболевания должна быть направлена на разгрузку пораженных либо подвергающихся избыточной нагрузке сегментов [9], на укрепление мышечно-связочного аппарата и одновременно расслабление напряженных мышц.

Цель исследования — выявить группы населения, наиболее подверженные поражению нервной системы при остеохондрозе, учитывая возрастную-половые особенности, проанализировать частоту возникновения остеохондроза в разных отделах позвоночника, выделить ведущие синдромы, а также определить характер труда пациентов с наиболее часто встречающейся локализацией остеохондроза.

## Материалы и методы

На базе кафедры неврологии и нейрохирургии Курского государственного медицинского универси-

тета произведен статистический анализ 250 историй болезни пациентов неврологического отделения Курской областной клинической больницы с диагнозом остеохондроз позвоночника за 2012—2016 гг.

### Результаты исследования

Было выявлено соотношение мужчин и женщин, страдающих остеохондрозом: 96 (38%) и 154 (62%) соответственно. Учитывалась встречаемость этого заболевания в различных возрастных группах: в группе 15—34 лет — 17 (6,8%) пациентов, из них 10 мужчин и 7 женщин, 35—44 лет — 46 (18,4%; 17 мужчин и 29 женщин), 45—54 лет — 54 (41,6%; 22 мужчины и 32 женщины), 55—64 лет — 54 (21,6%; 22 мужчины и 32 женщины), 65—74 лет — 19 (7,6%; 7 мужчин и 12 женщин), 75 лет и старше — 10 (4%; 4 мужчины и 6 женщин). Наиболее часто встречается значение (мода) 50 лет, совпадающее с медианой, выборочная средняя — 51 год ( $p=0,954$ ). Распределение является симметричным (средняя квадратическая ошибка коэффициента асимметрии  $<3$ ). Можно предположить близость данной выборки к нормальному распределению (значения  $A_s$  и  $E_x$  мало отличаются от нуля).

Остеохондроз поясничного отдела выявлен у 163 (65,2%) пациентов (57 мужчин и 106 женщин), шейного отдела — у 127 (50,8%; 38 мужчин и 89 женщин), грудного отдела — у 22 (8,8%; 7 мужчин и 15 женщин), пояснично-крестцовый остеохондроз — у 14 (5,6%; 4 мужчины и 10 женщин), грудопоясничной остеохондроз — у 6 (2,4%; 2 мужчины и 4 женщины).

Ведущими синдромами были болевой, корешковый и мышечно-тонический. Болевой синдром выявлен у 241 пациента (96,4%), мышечно-тонический — у 234 (93,6%), корешковый — у 212 (84,8%).

Далее нами проанализированы ведущие синдромы и характер труда пациентов из двух самых многочисленных групп — с остеохондрозом поясничного и шейного отделов.

Среди пациентов с остеохондрозом шейного отдела болевой синдром выявлен у 110 (86,4%; 40 мужчин и 70 женщин), мышечно-тонический — у 121 (95,5%; 39 мужчин и 82 женщины), корешковый синдром — у 92 (72,7%; 27 мужчин и 65 женщин). При остеохондрозе поясничного отдела болевой синдром выявлен у 159 (97,6%; 62 мужчины и 97 женщин), мышечно-тонический — у 144 (88,1%; 57 мужчин и 87 женщин), корешковый — у 155 (95,2%; 54 мужчины и 101 женщина).

Среди пациентов с остеохондрозом шейного отдела позвоночника преобладали работники интеллектуального труда — 64 (50%; 25 мужчин и 39 женщин), число пенсионеров и лиц с инвалидностью составило 29 (23%; 8 мужчин и 21 женщина), работников среднетяжелого физического труда — 17 (14%; 8 мужчин и 9 женщин), легкого физического труда — 17 (14%; 6 мужчин и 11 женщин). Среди пациентов с остеохондрозом поясничного отдела позвоночника преобладали пенсионеры и лица с инвалидностью — 88 (54%; 26 мужчин и 62 женщины), работники интеллектуального труда — 26 (16%; 8 мужчин

и 18 женщин), легкого физического труда — 26 (16%; 10 мужчин и 16 женщин), работники среднетяжелого физического труда — 13 (8%; 5 мужчин и 8 женщин), работники тяжелого физического труда — 9 (5%; 8 мужчин и 1 женщина).

### Обсуждение

Значимость заболевания обусловлена его распространенностью среди пациентов трудоспособного возраста (45—64 лет), вследствие чего возникают значительные экономические потери (страховые выплаты и снижение эффективности труда в период ремиссии) [9]. Учитывая часто встречающуюся генетическую предрасположенность к остеохондрозу, крайне важны профилактические мероприятия. В детском и пубертатном возрасте необходимо обращать внимание на деформации, нестабильность позвоночника, особенно при семейном анамнезе заболевания [10]. Во всех группах противопоказано продолжительное пребывание в нефизиологичных позах, необходимы систематические занятия лечебной гимнастикой. Необходимо санитарно-гигиеническое просвещение населения в вопросах профилактики остеохондроза.

Людам, чья работа связана с длительными статическими нагрузками, работой за монитором, следует проводить массаж и самомассаж шейно-воротниковой зоны, выполнять комплекс упражнений, направленных на укрепление мышечного корсета, в частности коротких глубоких паравертебральных мышц и связок, которые принимают участие в питании межпозвоночного диска [11, 12]. Лицам, перенесшим приступ заболевания, чей труд связан со средней и тяжелой физической нагрузкой, требуется рациональное трудоустройство.

Несмотря на то что корешковый синдром встречается реже других, его клинические проявления отличаются значительной выраженностью, а сроки временной нетрудоспособности достигают 22—30 дней [6], что превышает сроки нетрудоспособности при других синдромах. Кроме того, корешковый синдром (радикулопатия) является основной причиной стойкой утраты трудоспособности.

### Выводы

Исследование позволяет сделать ряд выводов.

1. Неврологические проявления остеохондроза позвоночника наиболее часто встречаются у пациентов среднего возраста (45—54 лет), проходивших лечение в неврологическом отделении Курской областной больницы.

2. Среди пациентов с диагнозом остеохондроз позвоночника преобладают женщины.

3. В поясничном и шейном отделах позвоночника остеохондроз был выявлен значительно чаще, чем в других его отделах.

4. Особенности поражения различных отделов позвоночника зависят от условий труда: работники интеллектуального труда чаще страдают остеохондрозом шейного отдела, а работники физического труда — остеохондрозом поясничного отдела.

Здоровье и общество

5. Среди ведущих синдромов преобладает болевой, реже других встречается корешковый.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Breivik H., Collett B., Ventafridda V., Cohen R., Gallacher D. Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment. *Eur. J. Pain.* 2006;10(4):287–7.
2. Эрдес Ш. Ф. Боль в нижней части спины в поликлинической практике. *Практическая медицина.* 2008;1(25):7–10.
3. Гайдар Б. В. Практическая нейрохирургия: руководство для врачей. СПб.: Гиппократ; 2002.
4. Попелянский Я. Ю. Неврозы и остеохондрозы — самые распространенные мультифакториальные болезни человека. *Вертеброневрология.* 1992;(2):22–6.
5. Ласков В. Б., Третьякова Е. Е., Масалева И. О. Особенности терапии цервикальной радикулопатии у больных с гастроэнтерологической патологией. *Врач.* 2013;(5):79–83.
6. Гуца А. О., Герасимова Е. В., Полторако Е. Н. Болевой синдром при дегенеративно-дистрофических изменениях позвоночника. *Анналы клинической и экспериментальной неврологии.* 2018;12(4):67–75.
7. Епифанов В. А., Епифанов А. В. Остеохондроз позвоночника: диагностика, лечение, профилактика. М.: МЕДпресс-информ; 2004.
8. Солодкова С. Ю., Куташов В. А., Трапезникова С. И., Башлакова Т. Ю. Остеохондроз шейного отдела позвоночного столба. *Реабилитация. Молодой ученый.* 2016;(1):94–6.
9. Juniper M., Le T. K., Mladi D. The epidemiology, economic burden, and pharmacological treatment of chronic low back pain in France, Germany, Italy, Spain and the UK: a literature-based review. *Expert Opin. Pharmacother.* 2009;10(16):2581–92.
10. Hartvigsen J., Hancock M. J., Kongsted A., Louw Q., Ferreira M. L., Genevay S. What low back pain is and why we need to pay attention. *Lancet.* 2018;391(10137):2356–67.
11. Foster N. E., Anema J. R., Cherkin D., Chou R., Cohen S. P., Gross D. P. Prevention and treatment of low back pain: evidence, challenges, and promising directions. *Lancet.* 2018;391(10137):2368–83.
12. Stochkendahl M. J., Kjaer P., Hartvigsen J., Kongsted A., Aaboe G., Andersen M. National Clinical Guidelines for non-surgical

treatment of patients with recent onset low back pain or lumbar radiculopathy. *Eur. Spine J.* 2018;1(27):60–5.

Поступила 10.11.2019  
Принята в печать 23.01.2020

REFERENCES

1. Breivik H., Collett B., Ventafridda V., Cohen R., Gallacher D. Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment. *Eur. J. Pain.* 2006;10(4):287–7.
2. Erdes Sh. F. Low back pain in polyclinic practice. *Prakticheskaja medicina.* 2008;1(25):7–10 (in Russian).
3. Gajdar B. V. Practical Neurosurgery: guidance for physicians [*Prakticheskaja neyrokhirurgiya: rukovodstvo dlya vrachej*]. St. Petersburg: Gippokrat; 2002 (in Russian).
4. Popelyanskij Ya. Yu. Neuroses and osteochondrosis are the most common multifactorial human diseases. *Vertebronevrologiya.* 1992;(2):22–6 (in Russian).
5. Laskov V. B., Tretyakova E. E., Masaleva I. O. Features of the treatment of cervical radiculopathy in patients with gastroenterological pathology. *Vrach.* 2013;(5):79–83 (in Russian).
6. Gushcha A. O., Gerasimova E. V., Poltorako E. N. Pain syndrome in degenerative spine conditions. *Annaly klinicheskoy i jeksperimental'noj nevrologii.* 2018;12(4):67–75 (in Russian).
7. Epifanov V. A., Epifanov A. V. Spinal osteochondrosis (diagnosis, treatment, prevention) [*Osteokhondroz pozvonochnika: diagnostika, lechenie, profilaktika*]. Moscow: MEDpress-inform; 2004 (in Russian).
8. Solodkova S. Yu., Kutasov V. A., Trapeznikov S. I., Bashlakova T. Yu. Osteochondrosis of the cervical spine. *Features of rehabilitation. Young scientist.* 2016;(1):94–6 (in Russian).
9. Juniper M., Le T. K., Mladi D. The epidemiology, economic burden, and pharmacological treatment of chronic low back pain in France, Germany, Italy, Spain and the UK: a literature-based review. *Expert Opin. Pharmacother.* 2009;10(16):2581–92.
10. Hartvigsen J., Hancock M. J., Kongsted A., Louw Q., Ferreira M. L., Genevay S. What low back pain is and why we need to pay attention. *Lancet.* 2018;391(10137):2356–67.
11. Foster N. E., Anema J. R., Cherkin D., Chou R., Cohen S. P., Gross D. P. Prevention and treatment of low back pain: evidence, challenges, and promising directions. *Lancet.* 2018;391(10137):2368–83.
12. Stochkendahl M. J., Kjaer P., Hartvigsen J., Kongsted A., Aaboe G., Andersen M. National Clinical Guidelines for non-surgical treatment of patients with recent onset low back pain or lumbar radiculopathy. *Eur. Spine J.* 2018;1(27):60–5.

© Коллектив авторов, 2020  
УДК 614.2

Шестера А. А.<sup>1,2</sup>, Кижунова В. Ю.<sup>1</sup>, Кику П. Ф.<sup>2</sup>, Кузьмина Т. Н.<sup>1</sup>, Стурова Е. В.<sup>1</sup>

## ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНТОВ ВЫСШЕГО МЕДИЦИНСКОГО УЧЕБНОГО ЗАВЕДЕНИЯ

<sup>1</sup>ФГБОУ ВО «Тихоокеанский государственный медицинский университет», 690002, г. Владивосток;  
<sup>2</sup>ФГАУ ВО «Дальневосточный федеральный университет», 690091, г. Владивосток

Одним из приоритетных направлений социально-экономического развития России является забота о состоянии здоровья молодого поколения, которое определяет демографический, экономический и социальный потенциал общества. Цель исследования — сравнительная оценка состояния здоровья студентов медицинского университета и выявление факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний. В статье использованы данные социологического опроса и медицинского обследования (показатели систолического артериального давления, диастолического артериального давления, частоты сердечных сокращений, анализа капиллярной крови на глюкозу и холестерин). Факторы риска определялись по 7 параметрам: повышенное артериальное давление (систолическое и диастолическое), тахикардия, гипергликемия, гиперхолестеринемия, курение, гиподинамия.

Сравнительная оценка среднестатистических функциональных и биохимических показателей студентов медицинских вузов позволила выявить статистически значимое повышение систолического артериального давления ( $p=0,04$ ) и общего холестерина ( $p=0,007$ ) у студенток в 2018 г. Оценка структуры факторов риска показала, что наиболее часто выявляемое функциональное отклонение — тахикардия — в 2015 г. отмечена у 61% юношей и 27% девушек, в 2018 г. — у 67% юношей и 33% девушек. Оценка состояния здоровья и выявление факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний студенческой молодежи в процессе обучения предполагает дифференцированную направленность на разработку профилактических мероприятий по укреплению и сохранению здоровья с формированием здорового образа жизни. Успешное решение этой задачи возможно при взаимодействии здравоохранения, системы высшего профессионального образования и других заинтересованных структур.

**К л ю ч е в ы е с л о в а :** здоровье; студенты; факторы риска; артериальное давление; тахикардия; гиперхолестеринемия.

**Для цитирования:** Шестера А. А., Кижунова В. Ю., Кику П. Ф., Кузьмина Т. Н., Стурова Е. В. Особенности состояния здоровья студентов высшего медицинского учебного заведения. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2020;28(3):400—404. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2020-28-3-400-404>

**Для корреспонденции:** Шестера Альбина Александровна, доцент кафедры физической культуры и спорта Тихоокеанского государственного медицинского университета, аспирант школы биомедицины Дальневосточного федерального университета, e-mail: [shestera81@mail.ru](mailto:shestera81@mail.ru)

Shestera A. A.<sup>1,2</sup>, Kijunova V. Yu.<sup>1</sup>, Kiku P. F.<sup>2</sup>, Kuzmina T. N.<sup>1</sup>, Sturova E. V.<sup>1</sup>

## THE CHARACTERISTICS OF HEALTH CONDITION OF STUDENTS OF MEDICAL UNIVERSITY

<sup>1</sup>The Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The Pacific State Medical University”, 690002, Vladivostok, Russia;

<sup>2</sup>The Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education “The Far Eastern Federal University”, 690002, Vladivostok, Russia

One of the priority areas of socio-economic development of Russia is concern about health status of young generation, as young people provide the near future and determine demographic economic and social potential of society. The purpose of the study is to implement comparative assessment of health status of students of Medical University and to identify risk factors of development of chronic non-communicable diseases. The article presents data of sociological survey and medical examination (indicators of systolic blood pressure, diastolic blood pressure, heart rate, capillary blood for glucose and cholesterol). The risk factors were determined by 7 parameters: high blood pressure (systolic and diastolic), tachycardia, hyperglycemia, hypercholesterolemia, smoking, lack of exercise.

The comparative evaluation of the average functional and biochemical parameters of medical students made it possible to identify statistically significant increasing of systolic blood pressure and total cholesterol in female students in 2018. The evaluation of the structure of risk factors demonstrated that tachycardia is the most frequently detected functional deviation. It was observed in 61% of boys and 27% of girls in 2015 and of boys and 33% of girls in 2018. The evaluation of state of health and identification of risk factors of development of chronic non-infectious diseases of student youth in the learning process involves differentiated focus on the development of preventive measures to strengthen and maintain health with the formation of healthy lifestyle. The effective solution of this problem is possible with the interaction of health care, system of higher professional education and other interested structures.

**Key words:** health; students; risk factors; blood pressure; tachycardia; physical inactivity; hypercholesterolemia.

**For citation:** Shestera A. A., Kijunova V. Yu., Kiku P. F., Kuzmina T. N., Sturova E. V. The characteristics of health condition of students of medical university. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2020;28(3):400—404 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2020-28-3-400-404>

**For correspondence:** Shestera A. A., associate professor of the Department of Physical Culture and Sport of the Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The Pacific State Medical University”. e-mail: [shestera81@mail.ru](mailto:shestera81@mail.ru)

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

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

Received 06.11.2019  
Accepted 23.01.2020

## Введение

Одним из приоритетных направлений социально-экономического развития России является забота о состоянии здоровья молодого поколения, так как молодежь обеспечивает ближайшее будущее, определяя демографический, экономический и социальный потенциал общества [1—3]. Особенно остро стоит проблема здоровья студенческой молодежи, которая является частью трудоспособного населения страны. Состояние здоровья молодежи сегодня волнует не только отечественных, но и зарубежных ученых.

В России среди молодого поколения ежегодно регистрируется свыше 5 млн острых и хронических заболеваний, из которых более 1 млн — инфекционные, остальные — хронические неинфекционные. В Приморском крае, как и в других регионах России, прослеживается тенденция к ухудшению некоторых критериев здоровья молодежи [4, 5]. По данным Государственного доклада за 2018 г. на территории Приморского края отмечается негативная прогрессия уровня заболеваемости по всем нозологическим группам у трудоспособного населения (18 лет и старше): с 123 897,1 в 2017 г. до 134 828,5 в 2019 г. Значительный рост регистрируется в следующих классах: болезни системы кровообращения (+18,1%), эндокринной системы (+24,5%), органов пищеварения (+17,8%), костно-мышечной системы и соединительной ткани (+14,7%). Также необходимо отметить, что, по данным медицинских обследований, в Приморском крае почти у 80% учащихся 9—11-х классов регистрируются нарушения в состоянии здоровья, которые в 65% случаев выражены хроническими заболеваниями, а в 35% — функциональными нарушениями [6].

По мнению большинства исследователей, около половины абитуриентов к моменту поступления в вузы страны уже имеют отклонения в состоянии здоровья, а за период обучения в вузе уровень здоровья снижается в 3—4 раза [7].

Следует отметить, что в процессе обучения в вузе студенты подвергаются воздействию негативно влияющих на здоровье социальных факторов (смена места жительства, питания, циркадных ритмов, плохое материальное положение). Все это сочетается с чрезмерно высокими учебными нагрузками, требующими тяжелых умственных затрат и ответственности. Большинство студентов дополнительно реализуют себя в других социальных сферах, таких как спорт, творчество, общественная деятельность и работа, пренебрегая собственным здоровьем [1, 8]. Студенты медицинских вузов, помимо влияния всех вышеперечисленных факторов, дополнительно подвергаются воздействию инфекционной нагрузки во время практических занятий и прохождения практик в лечебных учреждениях. Это связано со спецификой медицинского образования. Также в студенческой среде в 85% случаев из факторов риска (ФР) имеют место курение, низкая двигательная активность, употребление алкоголя и др. При высокой распро-

странности неблагоприятных факторов в образовательной среде на первый план выходит необходимость в проведении систематического мониторинга состояния здоровья и ФР студенческой молодежи, а также выявления ФР для их здоровья.

Цель работы — сравнительная оценка состояния здоровья студентов высшего медицинского учреждения и определение ФР для их здоровья.

## Материалы и методы

По медицинским картам Владивостокского клинико-диагностического центра (Центра здоровья) проведен сравнительный анализ состояния здоровья 776 студентов (545 девушек и 231 юноша), обучающихся в Тихоокеанском государственном медицинском университете (ТГМУ) в 2015 и 2018 гг. В исследовании оценивались данные: анкетирования (изучение отношения к собственному здоровью), показатели систолического артериального давления (САД), диастолического артериального давления (ДАД), частоты сердечных сокращений (ЧСС), анализа капиллярной крови на глюкозу и общий холестерин. Также были выявлены ФР, приводящие к развитию неинфекционных заболеваний. Они определялись по 7 параметрам: повышенное АД (систолическое и диастолическое), тахикардия, гипергликемия, гиперхолестеринемия, курение и гиподинамия.

Статистическая обработка результатов проведена с использованием программного обеспечения Statistika 13.0 (StatSoft Inc., США) и Excel (Microsoft Office 2010). Все полученные массивы данных подчинялись нормальному закону распределения. Статистически значимое различие оценивали с помощью t-критерия Стьюдента. Дескриптивные статистики в тексте представлены как  $M \pm \sigma$ , где  $M$  — среднее арифметическое, а  $\sigma$  — стандартное отклонение [9, 10].

## Результаты исследования

По результатам анкетирования установлено, что 13% учащихся считают свое здоровье отличным, 46% студентов оценили его как хорошее, но с незначительными отклонениями, удовлетворительным назвали свое здоровье 26% респондентов, 7% указали, что имеются существенные проблемы со здоровьем, и 8% считают свое здоровье плохим. Следует отметить, что, хотя почти половина опрошенных за два изучаемых года субъективно назвали свое здоровье хорошим, вредные привычки в виде курения были выявлены у 20% респондентов (в 2015 г. у 6% юношей и 4% девушек, в 2018 г. — у 2% юношей и 8% девушек). Употребляют алкоголь раз в неделю и чаще 9% студентов, 11% принимают спиртные напитки раз в месяц, остальные участники опроса алкоголь не употребляют. Было отмечено, что систематически занимаются физической культурой и спортом только 28% студентов, от случая к случаю — 40%, остальные 32% (в 2015 г. 7% юношей и 8% девушек, в 2018 г. — 6% юношей и 11% девушек) совсем пренебрегают спортом.

Сравнительный анализ среднестатистических функциональных и биохимических показателей сту-

Таблица 1

## Результаты среднестатистических показателей АД, ЧСС, анализа капиллярной крови на сахар и общий холестерин у студентов ТГМУ

| Показатель       | Девушки         |                 | P      | Юноши           |                 | P   |
|------------------|-----------------|-----------------|--------|-----------------|-----------------|-----|
|                  | 2015 г. (n=251) | 2018 г. (n=294) |        | 2015 г. (n=119) | 2018 г. (n=112) |     |
| САД, мм рт. ст.  | 112,25±10,3     | 116,14±10,94    | 0,04*  | 121,58±12,59    | 122,25±10,99    | 0,2 |
| ДАД, мм рт. ст.  | 75,04±8,88      | 74,37±8,12      | 0,6    | 75,79±8,86      | 75,33±5,77      | 0,9 |
| ЧСС              | 76,73±11,21     | 75,38±12,54     | 0,5    | 96,47±1,84      | 95,5±18,9       | 0,7 |
| Глюкоза крови    | 4,65±0,59       | 4,84±0,67       | 0,09   | 4,85±0,9        | 4,85±0,59       | 0,9 |
| Общий холестерин | 4,16±0,98       | 4,56±0,5        | 0,007* | 3,81±1,12       | 4,24±0,56       | 0,2 |

Примечание. Ожидаемый уровень показателя рассчитан по *t*-критерию Стьюдента. \* — различия между показателями в 2015 и 2018 гг., статистически значимы при  $p < 0,05$ ,  $p < 0,01$ ,  $p < 0,001$ .

Таблица 2

## Результаты изучения показателей АД у девушек, обучающихся в ТГМУ

| Показатель                  | САД, мм рт. ст. | 2015 г. (n=251), % | 2018 г. (n=294), % | ДАД, мм рт. ст. | 2015 г. (n=251), % | 2018 г. (n=294), % |
|-----------------------------|-----------------|--------------------|--------------------|-----------------|--------------------|--------------------|
| Гипотензия                  | <100            | 8                  | 2                  | <60             | 0                  | 0                  |
| Оптимальное АД              | 100—119         | 55                 | 48                 | 60—79           | 61                 | 60                 |
| Нормальное АД               | 120—129         | 27                 | 35                 | 80—84           | 22                 | 28                 |
| Высокое нормальное АД       | 130—139         | 10                 | 11                 | 85—89           | 0                  | 5                  |
| Умеренная гипертензия       | 140—159         | 0                  | 4                  | 90—99           | 16                 | 7                  |
| Гипертензия средней тяжести | 160—179         | 0                  | 0                  | 100—109         | 2                  | 0                  |

Таблица 3

## Результаты изучения показателей АД у юношей, обучающихся в ТГМУ

| Показатель                  | САД, мм рт. ст. | 2015 г. (n=119), % | 2018 г. (n=112), % | ДАД, мм рт. ст. | 2015 г. (n=119), % | 2018 г. (n=112), % |
|-----------------------------|-----------------|--------------------|--------------------|-----------------|--------------------|--------------------|
| Гипотензия                  | <100            | 11                 | 0                  | <60             | 0                  | 0                  |
| Оптимальное АД              | 100—119         | 32                 | 33                 | 60—79           | 63                 | 67                 |
| Нормальное АД               | 120—129         | 32                 | 42                 | 80—84           | 21                 | 17                 |
| Высокое нормальное АД       | 130—139         | 11                 | 8                  | 85—89           | 0                  | 17                 |
| Умеренная гипертензия       | 140—159         | 16                 | 17                 | 90—99           | 5                  | 0                  |
| Гипертензия средней тяжести | 160—179         | 0                  | 0                  | 100—109         | 11                 | 0                  |

дентов ТГМУ выявил повышение САД ( $p=0,04$ ) и общего холестерина ( $p=0,007$ ) у девушек, обучавшихся в 2018 г. Остальные критерии имеют достоверно незначимые различия (табл. 1).

Оценка показателей АД девушек за 2015 и 2018 гг. демонстрирует, что у большинства оно находится в пределах оптимальных и нормальных значений (в среднем 82 и 83% по САД; 83 и 88% по ДАД). Однако наблюдается тенденция к смещению распределения значений данного показателя у обследованных девушек в сторону повышенных значений (табл. 2).

У юношей показатели оптимального и нормального АД за 2015 и 2018 гг. составили 64 и 75% по САД; 83 и 88% по ДАД. Стоит отметить стойкое присутствие высоких значений в секции «высокое нормальное АД»: если по САД число студентов с данным показателем снижается, то по ДАД показатель увеличивается на 17%. Также вызывает тревогу количество обследуемых с умеренной гипертензией (табл. 3).

Сравнивая показатели АД студентов между собой, можно говорить о том, что у юношей высокие их значения присутствуют значительно чаще, чем у девушек, что характерно для полового распределения гипертонической болезни среди населения и подтверждается научной литературой [7, 11—13].

Оценка критериев ЧСС показала, что наличие тахикардии выявляется у 27% девушек в 2015 г. и

33% в 2018 г., а также у большей половины обследованных юношей за тот же период. Сравнение полученных данных по гендерным различиям показало, что в 2015 и 2018 гг. у юношей тахикардия регистрировалась на 34% чаще, чем у девушек (табл. 4).

Анализ содержания сахара в капиллярной крови показал, что в исследуемый период около 10% девушек и 25% юношей имели гипергликемию. Присутствуют явные различия данного показателя по гендерному признаку: у юношей в 2015 и 2018 гг. гипергликемия регистрируется соответственно на 16 и 15% чаще, чем у девушек (табл. 5).

При сравнении показателей общего холестерина необходимо отметить, что его уровень был повышен у значительного числа студентов. Также в 2018 г. отмечено снижение числа девушек с гиперхолестеринемией на 3%, а юношей — на 7% (табл. 6).

Таблица 4

## Результаты изучения показателей ЧСС у студентов ТГМУ (в %)

| Показатель  | Девушки         |                 | Юноши           |                 |
|-------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|
|             | 2015 г. (n=251) | 2018 г. (n=294) | 2015 г. (n=119) | 2018 г. (n=112) |
| Брадикардия | 2               | 6               | 0               | 0               |
| Нормокардия | 71              | 61              | 39              | 33              |
| Тахикардия  | 27              | 33              | 61              | 67              |

Здоровье и общество

Таблица 5

Результаты изучения показателей глюкозы капиллярной крови у студентов ТГМУ (в %)

| Показатель    | Девушки            |                    | Юноши              |                    |
|---------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|
|               | 2015 г.<br>(n=251) | 2018 г.<br>(n=294) | 2015 г.<br>(n=119) | 2018 г.<br>(n=112) |
| Гипогликемия  | 0                  | 1                  | 0                  | 0                  |
| Норма         | 92                 | 89                 | 74                 | 75                 |
| Гипергликемия | 8                  | 10                 | 26                 | 25                 |

Таблица 6

Результаты изучения показателей общего холестерина у студентов ТГМУ (в %)

| Показатель          | Девушки            |                    | Юноши              |                    |
|---------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|
|                     | 2015 г.<br>(n=251) | 2018 г.<br>(n=294) | 2015 г.<br>(n=119) | 2018 г.<br>(n=112) |
| Норма               | 82                 | 85                 | 84                 | 91                 |
| Гиперхолестеринемия | 18                 | 15                 | 16                 | 9                  |

Таблица 7

Анализ структуры выявленных ФР у студентов ТГМУ (в %)

| ФР                  | 2015 г. |         | 2018 г. |         |
|---------------------|---------|---------|---------|---------|
|                     | юноши   | девушки | юноши   | девушки |
| Повышенное САД      | 26      | 10      | 25      | 14      |
| Повышенное ДАД      | 16      | 18      | 17      | 12      |
| Тахикардия          | 61      | 27      | 67      | 33      |
| Гипергликемия       | 26      | 8       | 25      | 10      |
| Гиперхолестеринемия | 16      | 8       | 9       | 15      |
| Курение             | 6       | 4       | 2       | 8       |
| Гиподинамия         | 7       | 8       | 6       | 11      |

Оценка структуры выявленных ФР у студентов показала, что в 2015 г. у юношей ведущим является тахикардия (61%), вторыми — гипергликемия и повышенное САД (по 26%), на третьем месте — повышенное ДАД и гиперхолестеринемия (по 16%). У девушек наиболее часто выявляемыми ФР являются тахикардия (27%), повышенное САД (18%) и ДАД (10%). В 2018 г. ФР распределились следующим образом: у юношей — тахикардия (67%), затем повышенное САД и гипергликемия (по 25%) и на третьей позиции повышенное ДАД (17%). У девушек также регистрируется тахикардия (33%), затем гиперхолестеринемия (15%) и повышенное САД (14%) (табл. 7).

**Обсуждение**

Сравнительная оценка состояния здоровья студентов ТГМУ показала, что у девушек в 2018 г. достоверно увеличилось среднестатистическое значение САД ( $p=0,04$ ) и общего холестерина ( $p=0,007$ ) по сравнению с теми же показателями 2015 г., что говорит о повышении вероятности развития патологии сердечно-сосудистой системы и возможности появления гипертонической болезни в будущем.

Отмечено, что наиболее часто выявляемыми у студентов ФР в 2015 и 2018 гг. являются тахикардия, повышенное АД и гипергликемия. Вышеперечисленные ФР тесно связаны с особенностями образа жизни студентов (нерациональное питание, несо-

блюдение режима отдыха, недостаточная двигательная активность. Несмотря на сказанное, выявлено, что больше половины студентов ТГМУ не курят, не употребляют спиртные напитки и занимаются физической культурой и спортом. По нашему мнению, это связано с действием в образовательной среде университета комплексной программы «Вуз здорового образа жизни», задачами которой являются борьба с вредными привычками студентов и повышение их физкультурно-спортивной деятельности.

**Заключение**

Оценка состояния здоровья и выявление ФР развития хронических неинфекционных заболеваний у студенческой молодежи в процессе обучения предполагает дифференцированную направленность на разработку профилактических мероприятий по укреплению и сохранению их здоровья с формированием здорового образа жизни. Успешное решение этой задачи возможно при взаимодействии здравоохранения, системы высшего профессионального образования и других заинтересованных структур.

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

**ЛИТЕРАТУРА**

- Амаева А. М. Состояние липидного профиля и качество жизни студентов из разных регионов мира. М.; 2018.
- Кобякова О. С., Деев И. А., Лукашова А. М., Старовойтова Е. А., Куликов Е. С. Распространенность факторов риска хронических неинфекционных заболеваний в популяции студентов. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2016;15(3):74—80.
- Нозиров Д. Х. Динамика основных кардиоваскулярных заболеваний и их модифицируемых факторов риска среди популяции мужчин Таджикистана. *Вестник Авиценны*. 2015;63(2):18—22.
- Kodali S., Williams M. R., Doshi D. Sex-specific differences at presentation and outcomes among patients undergoing transcatheter aortic valve replacement: a cohort study. *Ann. Intern. Med.* 016;164(6):377—84. doi: 10.7326/M15-0121
- Кобякова О. С., Куликов Е. С., Деев Е. А., Альмикиева А. А., Пименов И. Д., Старовойтова Е. А. Распространенность факторов риска хронических неинфекционных заболеваний среди медицинских работников. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2018;17(3):96—104.
- Камалов И. Я., Абдразакова А. Н., Абшайк М. С., Жалалова К. Р., Алиманова Ж. М. Социальные и экономические детерминанты здоровья. *Неравенство в здоровье*. 2019;1(1):35—9.
- Шестера А. А., Кичу П. Ф., Журавская Н. С., Сахарова О. Б. Оценка физического развития и физической подготовленности студентов медицинского университета общественное здоровье и здравоохранение. *Общественное здоровье и здравоохранение*. 2018;(2):12—6.
- Казиева М. З. Здоровье молодежи в контексте обеспечения национальной безопасности российского общества. *Гуманитарные, социально-экономические и общественные науки*. 2016;(12):11—5.
- Агаева К. Ф., Гаджизаде С. А. Современная характеристика антропометрических показателей студентов Азербайджанской государственной морской академии. *Общественное здоровье и здравоохранение*. 2016;(3):15—8.
- Мунина Н. В. Состояние здоровья и физическая активность студентов 1 курса Борисоглебского филиала Воронежского государственного университета. *Общественное здоровье и здравоохранение*. 2016;(1):5—8.
- Williams M., Kodali S. K., Hahn R. T. Sex-related differences in outcomes after transcatheter or surgical aortic valve replacement in patients with severe aortic stenosis: insights from the PARTNER trial (Placement of Aortic Transcatheter Valve). *J. Am. Coll. Cardiol.* 2014;63:1522—8.

12. Johnston N., Christersson C. Sex-specific research: a key component in improving prognosis after transcatheter aortic valve replacement. *Ann. Intern. Med.* 2016;164(6):442—3. doi: 10.7326/M16-0105
13. Yusuf S., Lonn E., Pais P., et al. Blood-pressure and cholesterol lowering in persons without cardiovascular disease. *N. Engl. J. Med.* 2016;374:2032—43. doi: 10.1056/NEJMoa1600177

Поступила 06.11.2019  
Принята в печать 23.01.2020

## REFERENCES

1. Amaeva A. M. The state of the lipid profile and quality of life of students from different regions of the world [*Sostoyanie lipidnogo profilya i kachestvo zhizni studentov iz raznykh regionov mira*]. Moscow; 2018 (in Russian)
2. Kobayakova O. S., Deev I. A., Lukashova A. M., Starovoitova E. A., Kulikov E. S. The prevalence of risk factors for chronic non-communicable diseases in the student population. *Kardiovaskulyarnaya Terapiya i Profilaktika = Cardiovascular Therapy and Prevention.* 2016;15(3):74—80 (in Russian).
3. Nozirov D. Kh. Dynamics of the main cardiovascular diseases and their modifiable risk factors among the male population of Tajikistan. *Vestnik Avitsenny = Bulletin of Avicenna.* 2015;63(2):18—22 (in Russian).
4. Kodali S., Williams M. R., Doshi D. Sex-specific differences at presentation and outcomes among patients undergoing transcatheter aortic valve replacement: a cohort study. *Ann. Intern. Med.* 2016;164(6):377—84. doi: 10.7326/M15-0121
5. Kobayakova O. S., Kulikov E. S., Deev E. A., Almikeyeva A. A., Pimenov I. D., Starovoitova E. A. Prevalence of risk factors for chronic noncommunicable diseases among medical workers. *Kardiovaskulyarnaya Terapiya i Profilaktika = Cardiovascular Therapy and Prevention.* 2018;17(3):96—104 (in Russian).
6. Kamalov I. Ya., Abdrazakova A. N., Abshayk M. S., Zhalalova K. R., Alimanova Zh. M. Social and economic determinants of health. Inequality in health. *Vestnik KazNMU.* 2019;(1):35—9 (in Russian).
7. Shestora A. A., Kiku P. F., Zhuravskaya N. S., Sakharova O. B. Assessment of physical development and physical fitness of students of medical university public health and healthcare. *Obshchestvennoe Zdorov'e i Zdravookhranenie = Public Health and Healthcare.* 2018;(2):12—6 (in Russian).
8. Kazieva M. Z. Youth health in the context of ensuring the national security of Russian society. *Gumanitarnye, Sotsial'no-Ekonomicheskie i Obshchestvennyye Nauki = Humanitarian, Socio-Economic and Social Sciences.* 2016;(12):11—5 (in Russian).
9. Agaeva K. F., Gadzhizade S. A. Modern characteristics of anthropometric indicators of students of the Azerbaijan State Maritime Academy. *Obshchestvennoe Zdorov'e i Zdravookhranenie = Public Health and Healthcare.* 2016;(3):15—8 (in Russian).
10. Munina N. V. The state of health and physical activity of first-year students of the Borisoglebsk branch of Voronezh State University. *Obshchestvennoe Zdorov'e i Zdravookhranenie = Public Health and Healthcare.* 2016;(1):5—8 (in Russian).
11. Williams M., Kodali S. K., Hahn R. T. Sex-related differences in outcomes after transcatheter or surgical aortic valve replacement in patients with severe aortic stenosis: insights from the PARTNER trial (Placement of Aortic Transcatheter Valve). *J. Am. Coll. Cardiol.* 2014;63:1522—8.
12. Johnston N., Christersson C. Sex-specific research: a key component in improving prognosis after transcatheter aortic valve replacement. *Ann. Intern. Med.* 2016;164(6):442—3. doi: 10.7326/M16-0105
13. Yusuf S., Lonn E., Pais P., et al. Blood-pressure and cholesterol lowering in persons without cardiovascular disease. *N. Engl. J. Med.* 2016;374:2032—43. doi: 10.1056/NEJMoa1600177

**Лазуренко Н. В., Подпоринова Н. Н., Поленова М. Е., Ковальчук О. В., Королева К. Ю.**

## **ПРОФИЛАКТИКА ТАБАКОКУРЕНИЯ И ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ У УЧАЩИХСЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЙ**

ФГАОУ ВО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет», 308015, г. Белгород

Целью эмпирического исследования проблем профилактики распространения табакокурения среди учащихся колледжей стало раскрытие влияния социального окружения и образа жизни на формирование зависимости. Авторы опирались на концепцию ценностно-социальной модели здоровья. На материалах исследования, которое включало опрос студентов ( $n=495$ , пропорциональный отбор по полу, возрасту, курсу обучения) и стандартизированное интервью специалистов по работе с молодежью ( $n=21$ ). Проанализированы основные мотивы курения молодежи, установки на здоровый образ жизни, а также меры профилактики, которые применяются специалистами в профессиональных учебных заведениях.

Результаты исследования показали, что для 25% курящих и 39% некурящих студентов табакокурение является одним из инструментов коммуникации и интеграции в новом коллективе. 45,6% всех опрошенных указали в качестве причин, побуждающих к началу курения, воздействие группы и конформное поведение. Неожиданными оказались результаты по оценке восприятия курения с позиции моды и социального признания: количество некурящих студентов, считающих, что курить модно, в 17 раз превышает количество курящих, разделяющих эти убеждения. Сопоставление данных указывает на вероятную причину подобного распределения ответов: в повседневной жизни курильщики сталкиваются с различными законодательными ограничениями и социальным порицанием, в то время как некурящие сверстники акцентируют внимание на социально-коммуникативных и рекреационных эффектах данной привычки.

Наблюдаются некоторые противоречия в интерпретации студентами и специалистами по работе с молодежью причин курения. Это может свидетельствовать о недостаточном знании специалистами по работе с молодежью психологических особенностей возраста и невнимании к эмоциональному состоянию воспитанников, что негативно влияет на эффективность профилактической работы.

**К л ю ч е в ы е с л о в а:** курение; зависимость; социальные факторы курения; профилактика курения; здоровый образ жизни.

**Для цитирования:** Лазуренко Н. В., Подпоринова Н. Н., Поленова М. Е., Ковальчук О. В., Королева К. Ю. Профилактика табакокурения и формирование здорового образа жизни у учащихся профессиональных учебных заведений. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2020;28(3):405—410. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2020-28-3-405-410>

**Для корреспонденции:** Лазуренко Наталья Вячеславовна, канд. социол. наук, доцент кафедры социальной работы ФГАОУ ВО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет», e-mail: [lazurenko@bsu.edu.ru](mailto:lazurenko@bsu.edu.ru)

**Lazurenko N. V., Podporinova N. N., Polenova M. E., Kovalchuk O. V., Koroleva K. Yu.**

## **THE PREVENTION OF TOBACCO SMOKING AND DEVELOPMENT OF SKILLS OF HEALTHY LIFE-STYLE IN STUDENTS OF PROFESSIONAL EDUCATIONAL INSTITUTIONS**

The Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education "The Belgorod State National Research University", 308015, Belgorod, Russia

The purpose of the study is to analyze issues of prevention of smoking among college students and to reveal influence of social environment including influence of healthy lifestyle to development addiction. The study was based on value social model of health. The study covered student survey ( $n = 495$ , proportional selection by gender, age, year of study) and standardized interview with youth professionals ( $n = 21$ ) to analyze in the youth the main motives for smoking, attitudes to healthy lifestyle and preventive social work methods that are implemented in colleges. The comparative analysis of data was carried out in subgroups of smoking and non-smoking students and experts. The results of study demonstrated the unformed negative attitudes to smoking. Among 25% of smoking students and 39% of non-smoking students smoking itself is considered as mean of communication and integration in youth community. Among 45.6% of respondents the exposure to and conformal behavior as reasons for starting smoking were declared. The analysis of results of the study concerning assessing attitude to smoking from the perspective of fashion and social recognition occurred to be unexpected: the number of non-smoking students who assume smoking is fashionable is 17 times higher than the number of smokers who share these beliefs. The comparison of the data permitted to establish possible causes of such a distribution of answers: in everyday life, smokers are faced with various legislative restrictions and social censure, while their non-smoking peers focus on social communicative and recreational effects of this habit.

There are particular contradictions in the interpretation by students and youth professionals of causes of smoking. This testifies certain unawareness of professionals about age-related psychological characteristics and emotional conditions of students.

**К e y w o r d s:** smoking; addiction; social factors of smoking; smoking prevention; healthy lifestyle; preventive work.

**For citation:** Lazurenko N. V., Podporinova N. N., Polenova M. E., Kovalchuk O. V., Koroleva K. Yu. The prevention of tobacco smoking and development of skills of healthy life-style in students of professional educational institutions. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2020;28(3):405—410 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2020-28-3-405-410>

**For correspondence:** Lazurenko N. V., candidate of sociological sciences, associate professor of the Chair of Social Work of the Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education "The Belgorod State National Research University". e-mail: [lazurenko@bsu.edu.ru](mailto:lazurenko@bsu.edu.ru)

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

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

## Введение

Во всем мире проблема укрепления и сохранения здоровья молодежи является острой и актуальной, поскольку от физического, психологического и социального здоровья молодых людей во многом зависит будущее государства. К важным причинам нарушения здоровья молодых людей относятся не только наследственные факторы, экологическая составляющая, но и социальные модели, паттерны поведения, связанные с тем, какой образ жизни ведут молодые люди, каково их социальное окружение.

В исследовании мы придерживались биосоциальной и ценностно-социальной моделей здоровья, широко представленных в научной литературе [1—7].

По оценкам ВОЗ [8], курение табака, пищевая зависимость, алкоголизм и наркомания находятся в первой десятке самых опасных глобальных причин вреда здоровью. Курение в связи с этим мы бы сочли наиболее опасным, поскольку доступность табака способствует росту его потребителей, в том числе среди молодежи. Курение, например, по оценкам ВОЗ, ежегодно оказывается причиной летального исхода практически 6 млн человек в России. Считается, что к 2030 г. возможные потери могут составить порядка 8 млн человек. В мире численность курильщиков составляет около 40% всего населения [9].

В последние несколько лет в российском обществе наметилась позитивная динамика отказа от пагубных привычек: все больше молодежи, особенно в крупных мегаполисах, придерживаются здорового образа жизни, стало модным следить за состоянием своего тела, делать инвестиции в свое здоровье, заниматься профилактикой заболеваний, правильно питаться. На значимость связи образа жизни и поведения, направленного на достижение позитивных тенденций относительно своего здоровья, воздействие социального окружения на формирование привычки курить указывали многие исследователи [10—13]. Российские исследователи отмечают, что показатели уровня образования, семейного дохода на душу населения и отсутствие привычки курить положительно связаны с уровнем физической активности студенческой молодежи. С увеличением возраста, приобретением статуса работающего (в отличие от статуса студента), вступлением в брак вовлеченность в спортивные практики снижается.

Юношеский возраст является одним из ключевых периодов становления личности, который особенно важен для формирования социально одобряемой, самосохранительной, ориентированной на здоровый образ жизни модели поведения.

Необходимость изучения социальных факторов распространения курения среди учащихся колледжей обусловлено тем, что, во-первых, демонстрация зависимого поведения является одним из каналов налаживания коммуникаций тинейджерами в новом социальном окружении. Во-вторых, курение являет-

ся наименее дорогим и более доступным средством для демонстрации такого поведения. В-третьих, социокультурные практики являются наиболее значимым инструментом идентификации молодежи, а выбор практик влияет на дальнейшее вовлечение в различные общности.

## Материалы и методы

В целях изучения социальных факторов распространения табакокурения среди учащихся профессиональных учебных заведений коллективом кафедры социальной работы Белгородского государственного национального исследовательского университета проведено прикладное социологическое исследование, включавшее анкетирование учащихся трех профессиональных учебных заведений технического, гуманитарного и медицинского профиля (ОГАПОУ «Белгородский политехнический колледж», Инжиниринговый колледж НИУ «БелГУ», Медицинский колледж медицинского института НИУ «БелГУ»;  $n=495$ , пропорциональный отбор по признакам пола, возраста и курса обучения) и стандартизированное интервью со специалистами по работе с молодежью ( $n=21$ )

В исследовании рассмотрены:

- изучение мотивации и установок к курению у молодежи;
- выявление связи между необходимостью налаживания социальных коммуникаций в среде сверстников и курением;
- исследование непосредственных причин курения среди учащихся колледжей;
- изучение осведомленности специалистов по работе с молодежью о мотивах табакокурения среди студентов.

## Результаты исследования

В профессиональных учебных заведениях, представленных в выборке, наибольшее число курильщиков (37,3%) являются обучающимися технического колледжа, меньше курят студенты медицинского колледжа (14,1%). Можно предположить, что данные различия связаны с особенностями гендерного состава обучающихся (в техническом колледже большинство студентов — юноши), а также со спецификой профессионального образования и более высокой информированностью и степенью осознания отрицательных последствий курения студентами медицинского колледжа. Данные актуального исследования подтверждаются результатами исследования Е. Н. Андреичевой, проведенного среди студентов Казанского медицинского университета, где «ежедневно курят 12% опрошенных, а еще 8% курят не каждый день» [14]. В инжиниринговом колледже процент курильщиков составил 19,5%, что можно объяснить гомогенностью показателей гендерного и профессионального состава обучающихся.

## Здоровье и общество

Молодежь осознает вред данной привычки, достаточно часто респонденты не готовы откровенно отвечать на вопрос о курении и предпочитают демонстрировать в своих ответах социально одобряемую позицию [15]. При ответах на проективные вопросы респонденты отмечали, что курят друзья у 81,4% курящих студентов и у 31% некурящих студентов. Результаты опроса показали, что 69,9% некурящих и 79,1% курящих относятся к курению как явлению нейтрально. Подобные результаты, с одной стороны, отражают возрастную специфику респондентов. Для подросткового и раннего юношеского возраста типично противоречивое, не соответствующее внешним (институционально определенным) и внутренним (интериоризованным) социальным предписаниям поведение [16]. Осуждают курение менее 20% респондентов, среди которых 8,1% курят. Столь невысокие показатели свидетельствуют о несформированности негативных установок на курение.

Можно проследить различия в отношении к курению как явлению и курящим сверстникам как потенциальным супругам. Положительно к курящим сверстникам относятся 10,5% курящих и 2,5% некурящих, безразлично — 88,4 и 81,4% соответственно, отрицательно — 1,2% курящих и 16,1% некурящих. Очевидно, что существенное значение при оценке приобретает фактор личных взаимоотношений. Более терпимо некурящие относятся к курящим сверстникам, нежели к курению вообще (осуждают курение 29,6%, осуждают сверстников — 16,1%). В отношении потенциальных супругов мнения курящих и некурящих респондентов разделились. Студенты, которые курят, более терпимо относятся к наличию такой привычки у своего будущего супруга (однозначно против 34,9%, безразлично 25,6%, затруднились с ответом 26,7%, уверены в том, что супруг/супруга также будет курить, 12,8%), нежели студенты, не подверженные этой привычке (против 47,8%, выразили безразличие 16,4%, готовы мириться с курением супруга только 2,5%).

Согласно исследованию В. Д. Гатальского [17], культурно-образовательная среда выступает для учащегося важнейшим пространством социализации и самореализации личности, поэтому никотиновую зависимость можно рассматривать как «социальную инфекцию», распространение которой происходит внутри референтной социальной группы. Не случайно в нашем исследовании наиболее часто отмечаемыми обучающимися социальными причинами курения являются стремление быть взрослым (23,2%), признание сверстников («за компанию» курят 36,7% опрошенных), а также следование моде (23,6%). Интересен тот факт, что среди некурящих студентов значительно больше считающих, что курить модно, чем среди курящих (1:17). Возможно, это связано с тем, что курящие сталкиваются с различными законодательными ограничениями, часто невозможностью отказаться от сигареты (зависимость) и осуждением в обществе.

Снятие стресса и стремление к эмоциональному равновесию — наиболее распространенные психо-

логические причины курения: 24,9% курящих респондентов отметили, что курение успокаивает, для снятия напряжения курят 29%, а 2,7% указали, что курение поднимает настроение. Следует отметить, что 25,3% курящих среди причин курения указали привычку, зависимость от курения, а также недостаточную силу воли (14,9%). Некурящие же студенты считают отсутствие силы воли (30,7%) и подверженность влиянию группы (25,6%) наиболее существенными причинами курения. Именно подверженность чужому мнению (45,6%), бесхарактерность и слабости (42,5%) большинство обучающихся указывают как особенности личности, способствующие началу курения.

Корреляционный анализ вопросов, связанных с личной мотивацией к курению/некурению, позволяет в качестве ведущих для курильщиков выделить мотивы, связанные с необходимостью преодоления стрессовых ситуаций и рекреационными потребностями. Полученные данные подтверждаются социологическим исследованием российских социологов, в котором наиболее частыми причинами начала курения становились стресс или личные проблемы, любопытство, влияние друзей [18]. Влияние среднего фактора, социально-коммуникативные потребности в признании, принятии и поддержке оцениваются курильщиками как менее значимые, по сравнению со студентами, не подверженными этой привычке («за компанию» — 25,6 и 39,4%, «модно» — 7 и 27,5%, «хочется быть взрослым» — 10,5 и 26,2% соответственно).

Показателен высокий процент ответов курящих и некурящих респондентов, указывающих на неосознанные мотивы курения: «от нечего делать/просто так» — 23,3 и 23,7%, «из любопытства» — 18,6 и 16,8%. Существенное расхождение наблюдается в оценке «баловства» как мотива курения (14 и 20,7%). Результаты авторского исследования соотносятся с данными, приведенными в исследовании Н. В. Горбунова, О. С. Полуниной, А. Г. Сердюкова: «от нечего делать» начали курить 23,4% студентов-медиков одного из астраханских медицинских вузов [19].

В нашем исследовании прослеживается взаимосвязь между курением респондентов и наличием этой привычки у их близких родственников. Так, у 54,7% опрошенных курит один или несколько членов семьи. В основном приобщение к курению происходит в возрасте 13—15 лет, что подтверждается результатами других исследований [20, 21]. Увеличение по мере взросления количества выкуриваемых в день сигарет подтверждает наше предположение о запаздывании начала профилактической работы с подростками и ее недостаточной эффективности (табл. 1).

Сопоставление по гендерному признаку показывает, что большинство молодых людей и девушек курит до 10 сигарет в день, однако показательным является тот факт, что 2,3% девушек и 11,4% юношей выкуривают в день 20 сигарет. Полученные данные соотносятся с исследованием И. В. Журалевой и соавт. [13].

Таблица 1  
Зависимость количества выкуриваемых в день сигарет от возраста курящих респондентов

| Количество сигарет | Выкуривали вначале, % | Выкуривают сейчас, % |
|--------------------|-----------------------|----------------------|
| 1                  | 23,3                  | 6,9                  |
| 2                  | 19,8                  | 9,2                  |
| 3                  | 18,6                  | 12,6                 |
| 4                  | 7,0                   | 10,3                 |
| 5                  | 7,0                   | 12,6                 |
| 6                  | 7,0                   | 2,3                  |
| 8                  | 1,2                   | 6,9                  |
| 9                  | 1,2                   | 1,1                  |
| 10                 | 9,3                   | 11,5                 |
| 12                 | 2,3                   | 2,3                  |
| 15                 | 3,5                   | 4,6                  |
| 17                 | —                     | 2,3                  |
| 20                 | —                     | 6,9                  |
| 30                 | —                     | 2,3                  |

Полученные из массового опроса данные о возрасте приобщения к курению говорят о том, что профилактическую работу необходимо начинать с детьми в возрасте 7—9 лет, в начальной школе, тогда как в колледжах необходимо сконцентрироваться на вторичной профилактике курения, приобщении к занятиям физкультурой и спортом, пропаганде здорового образа жизни, использовать действенные методы современной медицины, психологии, психотерапии и социальную рекламу.

Общий уровень осведомленности о последствиях курения у обучающихся профессиональных учебных заведений достаточно высок. Так, к наиболее распространенным последствиям курения они относят (множественный выбор): «заболевания легких» (71%), «онкологические заболевания» (54,2%), «сокращение жизни» (54,2%), «сердечно-сосудистые заболевания» (36,9%). Только 3,1% опрошенных ничего не знают о негативных последствиях курения. Результаты авторского исследования соотносятся с выводами, приведенными в монографии Института социологии РАН под редакцией И. В. Журавлевой: обнаружен высокий уровень знаний студентов о негативном влиянии табакокурения на организм человека [22]

В распределении ответов на этот вопрос ожидаемо более высокую информированность продемонстрировали обучающиеся медицинского колледжа (табл. 2).

Картину осведомленности обучающихся о негативных последствиях курения дополняют вопросы

Таблица 2  
Осведомленность респондентов разных учебных заведений о последствиях курения (в%)

| Каковы последствия курения для человека? | Учебное заведение (колледж) |              |             |
|--|-----------------------------|--------------|-------------|
|  | технический                 | гуманитарный | медицинский |
| Рак                                      | 45,1                        | 50,8         | 59,7        |
| Заболевания легких                       | 43,1                        | 67,7         | 81,1        |
| Сердечно-сосудистые заболевания          | 35,3                        | 29,2         | 44,7        |
| Сокращение жизни                         | 41,2                        | 42,1         | 39,3        |
| Не знаю                                  | 5,9                         | 5,1          | 0,5         |
| Смерть                                   | 13,7                        | 17,9         | 13,1        |

Таблица 3  
Мнение респондентов о мерах профилактики курения (в %)

| Что нужно предпринять, чтобы молодые люди не начали курить? | Курите ли вы? |      |
|---|---------------|------|
|   | да            | нет  |
| Не продавать сигареты                                       | 38,4          | 39,9 |
| Проводить беседы/убеждать, что это вредно                   | 10,5          | 19,9 |
| Прекратить рекламу  | 20,9          | 22,1 |
| Прекратить производство                                     | 43            | 50   |
| Повысить цену   | 22,1          | 30,1 |
| Транслировать здоровый образ жизни в массы                  | 3,5           | 1,1  |
| Не обращать внимание / ничто не поможет                     | 9,3           | 3    |
| Правильно воспитывать                                       | 1,2           | 0,5  |
| Работа с психологом/психотерапевтом                         | 0             | 0,5  |

анкеты о пассивном курении и его влиянии на окружающих. Знают, что такое пассивное курение, 82,7% опрошенных, не знают 10%, затруднились ответить 7,3%. Большинство (78,1%) обучающихся осознают негативное влияние пассивного курения. При этом степень осведомленности обучающихся учебных заведений разного профиля существенно не различается.

Наиболее действенными мерами профилактики курения респонденты считают запрет на производство и продажу табачных изделий, повышение цен на табачные изделия и прекращение рекламы сигарет. Выбор последнего варианта нам представляется достаточно неожиданным: с одной стороны, реклама табачных изделий запрещена законодательно, с другой — это может быть связано с обратным эффектом антирекламы (угрожающие надписи и изображения, предупреждающие титры и пр.), которая привлекает к себе излишнее внимание молодежи (табл. 3).

Курящие респонденты (89,6%) осознают опасность курения для здоровья и предпринимают попытки отказа от курения; 70% опрошенных хотя бы однажды пытались бросить курить, причем 60,9% из них делали это более одного раза. Это связано со значительной психологической и физиологической тяжестью процесса отказа от табакокурения, которая зачастую не осознается («нет желания / могу, но не хочу» — 46,8%). Тем не менее свыше половины (52,1%) курящих респондентов утверждают, что не начали бы курить, если бы до того, как пристрастились к сигарете, знали о курении все, что знают сейчас; 68,1% хотели бы быть некурящими. Подросткам необходима квалифицированная медицинская и психологическая помощь, связанная прежде всего с формированием адекватных представлений о механизмах возникновения табачной зависимости и способах ее преодоления.

## Обсуждение

Наблюдаются некоторые противоречия в интерпретации студентами и специалистами по работе с молодежью причин курения. Перечень выбираемых причин, по которым молодые люди курят, в ответах респондентов обеих групп в основном совпадает: влияние сверстников, мода, стремление к взрослости, самостоятельности, безответственное отношение к здоровью, непонимание вредных последствий

## Здоровье и общество

курения. Эксперты в своих оценках не выбирали психологические факторы, отмеченные студентами (стремление к эмоциональному равновесию, снятие напряжения). Это может свидетельствовать о недостаточном знании специалистами по работе с молодежью психологических особенностей возраста и невнимании к эмоциональному состоянию воспитанников. Кроме того, среди причин курения студенты указали зависимость от никотина, привычку, а специалисты — уверенность студентов в том, что они в любой момент могут бросить курить; это свидетельствует о недооценке степени сформированности зависимости.

Основными факторами мотивации к отказу от курения специалисты по работе с молодежью считают здоровый образ жизни (61,6%), занятия физкультурой и спортом, проблемы со здоровьем, систематические профилактические мероприятия в образовательном учреждении (по 46,2%), волевые качества (38,5%). Учитывая сложность этого процесса, привлечение к нему специалистов (психолога, психотерапевта) представляется обязательным, в то время как респонденты указали на этот фактор лишь в 15,4% случаев, что свидетельствует о невысокой степени осознания специалистами по работе с молодежью роли социально-психологического сопровождения в оказании квалифицированной помощи студентам для отказа от курения.

Низкая степень осведомленности специалистов по работе с молодежью проявилась и в вопросах, касающихся наличия у обучающихся положительной мотивации к отказу от курения. Только 38,5% опрошенных экспертов указали, что среди их подопечных есть желание бросить курить. Опрос студентов показал, что среди них 68,1% тех, кто хотел бы отказаться от этой привычки, и еще больше (70%) тех, кто уже предпринимал такие попытки.

### Заключение

На основании проведенного исследования можно сделать вывод о невысокой распространенности негативных установок к курению у подавляющего большинства студентов колледжей. Табакокурение рассматривается молодыми людьми как рекреационная и социально-коммуникативная практика, которая, с одной стороны, способствует преодолению эффектов стрессовых ситуаций, а с другой — создает предпосылки для общения с незнакомыми людьми и облегчает интеграцию в новый коллектив. Конформизм является побуждающим фактором к началу курения: подвергаясь воздействию группы и не имея иных общих интересов, подростки приобщаются к курению как форме социального участия. Некурящие студенты называли курение «модным» социальным явлением в 17 раз чаще, чем их курящие сверстники. Студенты продемонстрировали высокий уровень осведомленности о негативных последствиях курения. Курящие респонденты (89,9%) отметили, что предпринимали попытки преодолеть зависимость, снижая количество сигарет, отказываясь от курения, причем свыше половины из них делали это

более одного раза. Более половины опрошенных отметили, что не начали бы курить, если бы знали о курении все, что знают сейчас. Специалисты по работе с молодежью, которые занимаются социально-воспитательной работой с обучающимися, продемонстрировали невысокую степень осведомленности о мотивах курения студентов. По итогам исследования для специалистов по работе с молодежью были проведены семинары с привлечением экспертов — психологов и медиков — для разъяснения специфики механизмов формирования зависимости и современных средств лечения и профилактики зависимости от табакокурения.

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

### ЛИТЕРАТУРА

1. Faresjio T. Social environment and health. *Scand. J. Prim. Health Care*. 1992;(2):105—10.
2. Cockerham W., Rutten A., Abel T. Conceptualizing contemporary health lifestyles: moving beyond Weber. *Sociol. Quart.* 1997;38(2):321—42.
3. Berkman L. F., Glass T. Social integration, social networks, social support, and health. *Social epidemiology*. Oxford: Oxford University press; 2000. P. 137—56.
4. Cohen S., Underwood L. G., Gottlieb B. H. Social support measurement and intervention: A guide for health and social scientists. Oxford: Oxford University Press; 2000.
5. Marmot M., Wilkinson R. Social determinants of health. New York: Oxford University Press; 2006.
6. McDowell I. Measuring health: a guide to rating scales and questionnaires. Oxford: Oxford University Press; 2006.
7. Kawachi I., Subramanian S. V., Kim D. Social capital and health. Springer; 2008.
8. The Global Burden of Disease: Generating Evidence, Guiding Policy. 2013. Режим доступа: [http://www.healthdata.org/sites/default/files/files/policy\\_report/2013/GBD\\_GeneratingEvidence/IHME\\_GBD\\_GeneratingEvidence\\_FullReport.pdf](http://www.healthdata.org/sites/default/files/files/policy_report/2013/GBD_GeneratingEvidence/IHME_GBD_GeneratingEvidence_FullReport.pdf)
9. Кувшинов Д. Ю., Кувшинова Т. И., Перминов А. А. Психологические мотивы табакокурения и их динамика в течение индивидуального года у студентов [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://www.science-education.ru/ru/article/view?id=15094>
10. Gulliver S. B., Kamholz B. W. Smoking cessation and alcohol abstinence: What do the data tell us? *Alcohol. Res. Health*. 2006;29(3):208—12.
11. Daponte-Codina A., Bolívar-Muñoz J., Ocaña-Riola R., Toro-Cárdenas S., Mayoral-Cortés J. Patterns of smoking according to individual social position, and to socio-economic environment in municipal areas, Spain 1987—2001. *Health & Place*. 2009;15. Режим доступа: <http://www.biomedsearch.com/nih/Patterns-smoking-according-to-individual/19147389.html>
12. Jarvis M. J., Wardle J. Social patterning of individual health behaviours: the case of cigarette smoking — 2009. Режим доступа: [discovery.ucl.ac.uk](http://discovery.ucl.ac.uk)
13. Журавлева И. В., Иванова Л. Ю., Ивахненко Г. А. Студенты: поведенческие риски и ценностные ориентации в отношении здоровья. *Вестник Института социологии*. 2013;(6):112—29.
14. Андричева Е. Н. Курение студентов-медиков и их готовность к оказанию помощи в прекращении курения. *Современные исследования социальных проблем*. 2011;105(1):215—7.
15. Невзоров А. А., Никитский Д. Н., Турчиев А. Г. Тактические аспекты организации профилактической помощи учащейся молодежи. *Социальные аспекты здоровья населения*. 2010;(2):1—10. Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/204/30/lang.ru>
16. Петрова Л. Е. Методическая триангуляция при изучении проблемы курения студентов. *Социологические исследования*. 2013;(2):92—6.
17. Гатальский В. Д. Девиантное поведение учащихся учреждений среднего профессионального образования как социально-педагогическая проблема: стратегии профилактики и коррекции. *Вестник Ленинградского государственного университета им. А. С. Пушкина*. 2010;3(1):66—77.

18. Жираткова Ж. В., Петрова Т. Э., Леонтьева А. В. Формирование здорового образа жизни студенческой молодежи (социологический анализ). *Регионология*. 2018;26(4):784—97.
19. Горбунов Н. В., Полунина О. С., Сердюков А. Г. Социологическое исследование проблемы табакокурения среди студентов-медиков. *Кубанский научный медицинский вестник*. 2012;132(3):41—4.
20. Загребин В. В. Отношение учащейся молодежи к табакокурению (на примере г. Кирова). *Вестник Нижегородского университета имени Н.И. Лобачевского. Серия Социальные науки*. 2014;36(4):188—93.
21. Кашапов М. М., Лоскутова М. Е. Фактор здоровья в структуре мотивации обучающихся среднего профессионального образования. *Курский научно-практический вестник "Человек и его здоровье"*. 2017;(1):115—8.
22. Здоровье студентов: социологический анализ. Журавлева И. В. (ред.). М.: Институт социологии РАН; 2012.
11. Daponte-Codina A., Bolívar-Muñoz J., Ocaña-Riola R., Toro-Cárdenas S., Mayoral-Cortés J. Patterns of smoking according to individual social position, and to socio-economic environment in municipal areas, Spain 1987—2001. *Health & Place*. 2009;15. Available at: <http://www.biomedsearch.com/nih/Patterns-smoking-according-to-individual/19147389.html>
12. Jarvis M. J., Wardle J. Social patterning of individual health behaviours: the case of cigarette smoking — 2009. Режим доступа: [discovery.ucl.ac.uk](http://discovery.ucl.ac.uk)
13. Zhuraleva I. V., Ivanova L. Yu., Ivakhnenko G. A. Students: behavioral risks and value orientations in relation to health. *Vestnik Instituta sotsiologii = Bulletin of the Institute of Sociology*. 2013;(6):112—9 (in Russian).
14. Andrichева E. N. Smoking medical students and their willingness to assistance in smoking cessation. *Sovremennye Issledovaniya Sotsial'nykh Problem = Modern Studies of Social Problems*. 2011;105(1):215—7 (in Russian).
15. Nevzorov A. A., Nikitskii D. N., Turchiev A. G. Tactical aspects of the organization of preventive care for students [Electronic resource]. *Sotsial'nye Aspekty Zdorov'ya Naseleniya = Information and analytical bulletin "Social aspects of public health"*. 2010;(2):1—10. Available at: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/204/30/lang.ru> (in Russian).
16. Petrova L. E. Methodical triangulation in the study of the problem of smoking students. *Sotsiologicheskie Issledovaniya = Sociological studies*. 2013;(2):92—6 (in Russian).
17. Gatskii V. D. Deviant behavior of students of secondary vocational education institutions as a socio-pedagogical problem: prevention and correction strategies. *Vestnik Leningradskogo Gosudarstvennogo Universiteta im. A. S. Pushkina = Bulletin of A. S. Pushkin Leningrad State University. Pedagogy*. 2010;(1):66—77 (in Russian).
18. Zhiratkova J. V., Petrova T. E., Leontiev A. V. The formation of a healthy lifestyle of student youth (sociological analysis). *Regionologiya = Regional Studies*. 2018;26(4):784—97 (in Russian).
19. Gorbunov N. V., Polunina O. S., Serdiukov A. G. A sociological study of the problem of smoking among medical students. *Kubanskiy Nauchnyy Meditsinskiy Vestnik = Kuban Scientific Medical Bulletin*. 2012;132(3):41—4 (in Russian).
20. Zagrebina V. V. The attitude of students to smoking (on the example of the city of Kirov). *Vestnik Nizhegorodskogo Universiteta imeni N. I. Lobachevskogo. Seriya Sotsial'nye Nauki = Bulletin of N. I. Lobachevskii Nizhny Novgorod University. Series Social Sciences*. 2014;36(4):188—93 (in Russian).
21. Kashapov M. M., Loskutova M. E. Health factor in the structure of motivation of students of secondary vocational institutions. *Kurskiy Nauchno-Prakticheskiy Vestnik "Chelovek i Ego Zdorov'e" = Kursk Scientific and Practical Bulletin "Human and His Health"*. 2017;(1):115—8 (in Russian).
22. Student health: sociological analysis [Zdorov'e studentov: sotsiologicheskiy analiz]. Zhuravlev I. V. (ed.). Moscow: Institute of Sociology RAS; 2012 (in Russian).

Поступила 10.12.2019  
Принята в печать 23.01.2020

#### REFERENCES

1. Faresjio T. Social environment and health. *Scand. J. Prim. Health Care*. 1992;(2):105—10.
2. Cockerham W., Rutten A., Abel T. Conceptualizing contemporary health lifestyles: moving beyond Weber. *Sociol. Quart.* 1997;38(2):321—42.
3. Berkman L. F., Glass T. Social integration, social networks, social support, and health. *Social epidemiology*. Oxford: Oxford University press; 2000. P. 137—56.
4. Cohen S., Underwood L. G., Gottlieb B. H. Social support measurement and intervention: A guide for health and social scientists. Oxford: Oxford University Press; 2000.
5. Marmot M., Wilkinson R. Social determinants of health. New York: Oxford University Press; 2006.
6. McDowell I. Measuring health: a guide to rating scales and questionnaires. Oxford: Oxford University Press; 2006.
7. Kawachi I., Subramanian S. V., Kim D. Social capital and health. Springer; 2008.
8. The Global Burden of Disease: Generating Evidence, Guiding Policy. 2013. Available at: [http://www.healthdata.org/sites/default/files/files/policy\\_report/2013/GBD\\_GeneratingEvidence/IHME\\_GB-D\\_GeneratingEvidence\\_FullReport.pdf](http://www.healthdata.org/sites/default/files/files/policy_report/2013/GBD_GeneratingEvidence/IHME_GB-D_GeneratingEvidence_FullReport.pdf)
9. Kuvshinov D. Yu., Kuvshinova T. I., Perminov A. A. Psychological motives of smoking and their dynamics during an individual year in students [Electronic resource]. Available at: <https://www.science-education.ru/ru/article/view?id=15094> (in Russian).
10. Gulliver S. B., Kamholz B. W. Smoking cessation and alcohol abstinence: What do the data tell us? *Alcohol. Res. Health*. 2006;29(3):208—12.

Жигулева Л. Ю.<sup>1</sup>, Черкасов С. Н.<sup>2,3</sup>, Федяева А. В.<sup>2</sup>

## АНАЛИЗ ДИНАМИКИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ СИСТЕМЫ КРОВИ И СМЕРТНОСТИ ОТ НИХ НАСЕЛЕНИЯ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА

<sup>1</sup>ФГБУ «Российский научно-исследовательский институт гематологии и трансфузиологии Федерального медико-биологического агентства», 191024, г. Санкт-Петербург;

<sup>2</sup>ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н. А. Семашко» Минобрнауки России, 105064, г. Москва;

<sup>3</sup>ФГАОУ ВО «Северо-Восточный федеральный университет имени М. К. Аммосова», 677000, г. Якутск

*Заболеваемость злокачественными новообразованиями системы крови во всем мире растет, уровень смертности снижается медленно, что обуславливает существенные экономические потери общества и определяет актуальность изучения динамики показателей заболеваемости и смертности в Российской Федерации и в отдельных ее регионах.*

*Целью исследования являлся анализ динамики уровней первичной заболеваемости злокачественными новообразованиями системы крови и показателей смертности от них населения Санкт-Петербурга за 1990—2017 гг.*

*Материалами исследования послужили федеральные статистические учетные формы и данные официальной статистики. Установлено, что в 2017 г. Санкт-Петербург занимал 2-е место среди территорий Российской Федерации по уровню первичной заболеваемости злокачественными новообразованиями системы крови и смертности от них. Показатели заболеваемости и смертности были выше у мужчин, чем у женщин. Уровни заболеваемости в возрастной группе 70—79 лет были наиболее высокими. В этой же группе были максимальными и показатели смертности. За исследуемый период показатели заболеваемости возросли на 78,2% с наибольшим приростом в трудоспособном возрасте, показатели смертности снизились на 43,4%. Полученные результаты свидетельствуют о том, что потребность в онкогематологической помощи при сохранении установленных трендов будет расти. Это обосновывает необходимость увеличения обеспеченности населения этим видом медицинской помощи, дальнейшего ее развития и совершенствования, а также разработки комплексной программы профилактики заболеваний.*

**К л ю ч е в ы е с л о в а :** *заболеваемость злокачественными новообразованиями системы крови; смертность от злокачественных новообразований лимфоидной, кроветворной и родственной им ткани; онкогематологическая помощь.*

**Для цитирования:** Жигулева Л. Ю., Черкасов С. Н., Федяева А. В. Анализ динамики заболеваемости и смертности от злокачественных новообразований системы крови населения Санкт-Петербурга. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2020;28(3):411-415. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2020-28-3-411-415>

**Для корреспонденции:** Жигулева Любовь Юрьевна, канд. мед. наук, ведущий научный сотрудник ФГБУ «Российский НИИ гематологии и трансфузиологии ФМБА», e-mail: [rniit@mail.ru](mailto:rniit@mail.ru)

Jiguleva L. Yu.<sup>1</sup>, Cherkasov S. N.<sup>2,3</sup>, Fedyaeva A. V.<sup>2</sup>

## THE DYNAMICS OF MORBIDITY AND MORTALITY OF MALIGNANT NEOPLASMS OF BLOOD SYSTEM A POPULATION OF ST. PETERSBURG

<sup>1</sup>The Federal State Budget Institution “The Russian Research Institute of Hematology and Transfusiology” of the Federal Medical Biological Agency of Russia, 191024, St. Petersburg, Russia;

<sup>2</sup>N. A. Semashko National Research Institute of Public Health, 105064, Moscow, Russia;

<sup>3</sup>The Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education “The M. K. Ammosov Northern-East Federal University”, 677010, Yakutsk, Russia

*The morbidity of hematologic malignant neoplasms increases all over the world, while mortality rate decreases slowly that causes significant economic losses in society due to blood system tumors. It also proves relevance of research of morbidity and mortality of these diseases both in the Russian Federation and certain regions. The goal of the research was to analyze dynamics of indicators of primary morbidity and mortality of hematologic malignant neoplasms among residents of St. Petersburg in 1990—2017. The study was based on Federal statistical accounting forms and official state statistics. It was established that in 2017 St. Petersburg took the 2nd place among all territories of the Russian Federation in terms of primary morbidity and mortality of hematologic malignant neoplasms. Morbidity and mortality rates of males was higher than in females. The highest morbidity rates were established in the age group of 70—79 years. The same group also had the highest mortality rates. Over the research period, the incidence rate increased by 78.2%. The maximum increase in the incidence rate was registered for the group of active able-bodied age. The mortality rates decreased by 43.4%. The results of the research demonstrated that the need for oncologic hematological medical care will increase in case that actual tendencies of morbidity and mortality continue. It proves that this type of medical care is be made more available to population through its active development. Also, comprehensive disease prevention program must be developed.*

**К е у в о р д с :** *incidence of hematologic malignant neoplasms; mortality; malignant neoplasms of lymphoid, hematopoietic and related tissues; oncologic hematological medical care.*

**For citation:** Jiguleva L. Yu., Cherkasov S. N., Fedyaeva A. V. The dynamics of morbidity and mortality of malignant neoplasms of blood system a population of St. Petersburg. *Problemy socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2020;28(3):411-415 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2020-28-3-411-415>

**For correspondence:** Jiguleva L. Yu., candidate of medical sciences, the leading researcher of the Federal State Budget Institution “The Russian Research Institute of Hematology and Transfusiology”. e-mail: [Zhiguleval@yandex.ru](mailto:Zhiguleval@yandex.ru)

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

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

## Введение

Распространенность злокачественных новообразований системы крови (ЗНО СК) во всем мире растет при медленном снижении уровня смертности [1, 2]. Особенности медицинской помощи при данных заболеваниях (дорогостоящие технологии диагностики и лечения, требующие высококвалифицированного персонала, агрессивность терапии), ранняя утрата пациентами трудоспособности и невысокая вероятность выздоровления позволили отнести ЗНО СК к разряду социально значимых заболеваний<sup>1</sup>. Данные значительного числа исследований свидетельствуют о территориальной неравномерности регистрации случаев ЗНО СК [3—5]. Это может быть обусловлено экологическими, демографическими, социально-экономическими условиями, а также территориальными различиями в системе организации специализированной медицинской помощи. В связи с этим анализ динамики показателей заболеваемости ЗНО СК и смертности от них в региональном аспекте является актуальной задачей общественного здравоохранения. Деятельность медицинских организаций, оказывающих онкогематологическую помощь в субъектах Российской Федерации (РФ), в том числе в Санкт-Петербурге, осуществляется в соответствии с региональными программами «Борьба с онкологическими заболеваниями на 2019—2024 гг.»<sup>2</sup>, разработанными на основе паспорта национального проекта «Здравоохранение»<sup>3</sup>. В структуре финансирования национального проекта «Здравоохранение» на борьбу с онкологическими, в том числе онкогематологическими, заболеваниями планируется выделить около 1 трлн руб. Реализация программы направлена на снижение смертности, улучшение качества диагностики, активное внедрение современных технологий, разработку системы профилактики, рациональной диспансеризации. Решение указанных задач должно базироваться на достоверной статистической информации о динамике заболеваемости и смертности населения. Вышеизложенное определяет актуальность темы исследования.

Целью исследования являлся анализ динамики показателей первичной заболеваемости населения Санкт-Петербурга ЗНО СК и смертности от них за период 1990—2017 гг.

## Материалы и методы

В качестве источников информации использованы данные федеральных статистических учетных

форм: № 7 «Сведения о заболеваниях злокачественными новообразованиями», № 35 «Сведения о больных злокачественными новообразованиями» и № 5 «Распределение умерших по полу, возрастным группам и причинам смерти». Используются данные популяционного ракового регистра и патологоанатомического бюро Санкт-Петербурга, а также информационного центра Комитета по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга, материалы Государственного доклада «Итоги работы в сфере здравоохранения Санкт-Петербурга в 2017 году и основные задачи на 2018 год» [6] и данные Минздрава России о медико-демографических показателях РФ в 2017 г. [7]. Осуществлен сравнительный анализ показателей в Санкт-Петербурге и других регионах РФ, изучены уровни показателей в зависимости от пола и возраста, проведен динамический анализ.

Для исключения влияния на показатели заболеваемости и смертности различий в возрастном-половом составе населения использован прямой метод стандартизации [8]. Моделирование трендов проводили с использованием линейной и полиномиальной аппроксимации динамических рядов методами нелинейной регрессии. Статистическая значимость различий показателей оценивалась по критерию Стьюдента (*t*). Уровень отрицания «нулевой» гипотезы — 95%.

## Результаты исследования

По результатам сравнительной оценки первичной заболеваемости населения разных территорий России ЗНО СК в 2017 г. установлено, что Санкт-Петербург занимает 2-е место по уровню стандартизованного показателя (19,07 на 100 тыс. населения), уступая лишь Мурманской области (19,76 на 100 тыс. населения). Исследования заболеваемости, проведенные в 2011 и 2016 гг. [9—11], показали, что в 2011 г. по уровню показателя заболеваемости Санкт-Петербург занимал 7-е место, а в 2016 г. он поднялся на 1-е место среди всех регионов РФ. Эти данные соответствуют прогнозу заболеваемости на период до 2026 г. [11].

Доля ЗНО СК в структуре первичной онкологической заболеваемости города увеличилась с 4,6% в 1991 г. до 6,1% в 2017 г. В структуре впервые выявленных ЗНО СК преобладают неходжкинские лимфомы (НХЛ; 42,4%), множественная миелома (ММ; 14,2%), хронический лимфолейкоз (ХЛЛ; 13,4%). Отмечается достоверное ( $p < 0,05$ ) снижение удельного веса лимфомы Ходжкина (ЛХ) на 59,1%, острых лимфобластных лейкозов (ОЛЛ) на 53,8% и увеличение удельного веса ММ на 46,4%, НХЛ — на 38,1%. Доля острых миелоидных лейкозов (ОМЛ) увеличилась по сравнению с 1991 г. в 2,2 раза. Динамика удельного веса хронического миелолейкоза (ХМЛ) отсутствовала (табл. 1).

Показатель первичной заболеваемости ЗНО СК (нестандартизованный показатель) составил в 2017 г. 29,9 случая на 100 тыс. населения. Среди мужчин он был выше, чем среди женщин (30,2 и 29,7 случая на 100 тыс. населения соответственно).

<sup>1</sup>Постановление Правительства Российской Федерации от 13.11.2001 № 790 «О Федеральной целевой программе „Предупреждение и борьба с заболеваниями социального характера (2002—2006 годы)“: (подпрограмма „О мерах по развитию онкологической помощи населению РФ“)».

<sup>2</sup>Распоряжение Правительства Санкт-Петербурга от 02.06.2019 № 21РП «Об утверждении Региональной программы Санкт-Петербурга «Борьба с онкологическими заболеваниями на 2019—2024 годы»».

<sup>3</sup>Паспорт национального проекта «Здравоохранение» (утвержден президиумом Совета при Президенте Российской Федерации по стратегическому развитию и национальным проектам, протокол от 24.12.2018 № 16).

Таблица 1

Таблица 2

Динамика структуры первичной заболеваемости населения Санкт-Петербурга ЗНО СК в 1991, 2011 и 2017 гг. (в %)

| Заболевание | Год   |       |       |
|-------------|-------|-------|-------|
|             | 1991  | 2011  | 2017  |
| ЛХ          | 20,8  | 12,1  | 8,5   |
| НЛ          | 30,7  | 30,0  | 42,4  |
| ММ          | 9,7   | 13,6  | 14,2  |
| ОЛЛ         | 9,3   | 5,3   | 4,3   |
| ХЛ          | 17,8  | 23,1  | 13,4  |
| ОМЛ         | 3,9   | 6,2   | 8,4   |
| ХМ          | 7,8   | 9,7   | 8,8   |
| Итого...    | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

Динамика показателей первичной заболеваемости населения Санкт-Петербурга ЗНО СК в 1990—2017 гг. в разных возрастных группах (на 100 тыс. населения)

| Год                    | Возрастная группа, годы |       |       |       |        |       |       |       |
|------------------------|-------------------------|-------|-------|-------|--------|-------|-------|-------|
|                        | <20                     | 20—29 | 30—39 | 40—49 | 50—59  | 60—69 | 70—79 | ≥80   |
| Мужчины                |                         |       |       |       |        |       |       |       |
| 1990                   | 3,8                     | 6,0   | 6,4   | 10,2  | 13,3   | 37,2  | 78,5  | 61,1  |
| 2017                   | 6,8                     | 6,0   | 9,2   | 13,7  | 29,6   | 59,9  | 80,9  | 63,2  |
| Темп убыли/прироста, % | +78,9                   | 0     | +43,8 | +34,3 | +122,6 | +61,0 | +3,1  | +3,4  |
| Женщины                |                         |       |       |       |        |       |       |       |
| 1990                   | 3,8                     | 7,8   | 5,4   | 9,1   | 14,6   | 21,2  | 44,3  | 33,1  |
| 2017                   | 5,4                     | 6,9   | 8,8   | 11,9  | 21,4   | 41,9  | 55,4  | 38,9  |
| Темп убыли/прироста, % | +42,1                   | -11,5 | +62,9 | +30,8 | +46,6  | +97,6 | +25,1 | +17,5 |
| Оба пола               |                         |       |       |       |        |       |       |       |
| 1990                   | 3,8                     | 6,9   | 5,9   | 9,7   | 13,95  | 29,2  | 61,4  | 47,1  |
| 2017                   | 6,1                     | 6,5   | 9,0   | 12,8  | 24,9   | 49,0  | 63,7  | 51,1  |
| Темп убыли/прироста, % | +60,5                   | -5,8  | +52,5 | +31,9 | +78,5  | +67,8 | +3,7  | +8,5  |

Наиболее высокие уровни заболеваемости отмечаются в возрастной группе 70—79 лет (80,9 случая на 100 тыс. населения мужского пола и 55,4 случая на 100 тыс. населения женского пола). Показатели заболеваемости мужского населения превышают уровень заболеваемости женского населения во всех возрастных группах, кроме группы 20—29-летних, в которой показатель заболеваемости женщин превышает показатель заболеваемости мужчин.

В течение всего периода наблюдения увеличивался показатель первичной заболеваемости во всех возрастных группах, кроме группы 20—29 лет, в которой отмечалось снижение показателя со средним ежегодным темпом 5,8% за счет снижения уровня заболеваемости у женщин при ежегодном темпе снижения на 11,5%, тогда как у мужчин уровень первичной заболеваемости не менялся. Наибольший ежегодный темп прироста заболеваемости у мужчин отмечался в возрастных группах до 20 лет (78,9%) и 50—59 лет (122,6%). У женщин наибольший ежегодный темп прироста (97,6%) регистрировался в возрастной группе 60—69 лет (табл. 2).

Выявленные тенденции соответствуют ранее полученным данным анализа [10]. Проведенная стандартизация подтвердила наличие более высокого уровня заболеваемости у мужчин (22,1 против 17,3 на 100 тыс. человек соответствующего пола). Моделирование динамических процессов методом аппроксимации подтвердило общую тенденцию к росту уровня заболеваемости у мужчин и у женщин.

Динамика стандартизованных показателей заболеваемости отдельными формами ЗНО СК в основном следовала общей тенденции. Максимальный уровень заболеваемости установлен при НХЛ (7,5 случая на 100 тыс. населения), минимальный — при острых лейкозах (1,5 случая на 100 тыс. населения). Наблюдался рост показателя с максимальным ежегодным темпом прироста при НХЛ (81,2%), ОМЛ (61,2%), ММ (39,4%) и снижение показателя с максимальным ежегодным темпом убыли при ОЛЛ (-34,2%), ХЛЛ (-18%) и ЛХ (-4,3%).

При сравнительной оценке уровня смертности населения от ЗНО СК в Санкт-Петербурге и других регионах страны на основании официальных статистических данных [9] установлено, что в 2017 г. Санкт-Петербург занимал 2-е место по уровню стан-

дартизованного показателя (8,49 случая на 100 тыс. населения) после Курской области (9,09 случая на 100 тыс. населения). Исследования показателей смертности, проведенные нами в 2011 и 2016 гг. [12, 13], показали, что в 2011 г. по этому показателю Санкт-Петербург занимал 5-е место среди всех регионов РФ, в 2016 г. он переместился на 3-е место, а в 2017 г. поднялся до 2-го. Эти данные превышают сделанный нами ранее прогноз смертности на период до 2026 г. [13].

Удельный вес ЗНО СК в общей структуре причин смертности от онкологических заболеваний населения Санкт-Петербурга за 1991—2017 гг. увеличился с 5,6 до 6%. Отмечается достоверное ( $p < 0,001$ ) уменьшение доли ЛХ (за 20-летний период — в 2,4 раза, а за весь период наблюдения — в 4,9 раза), увеличение доли ММ (в 1,7 раза) и НХЛ (в 1,5 раза). Удельный вес лейкозов уменьшился незначительно (табл. 3).

Анализ среднего возраста умерших от ЗНО СК показал наличие устойчивой тенденции к его увеличению. Если в 1991 г. он составлял 53,1 года, то в 2017 г. — 63,2 года. В женской популяции средний возраст умерших был выше почти на 10 лет.

Наибольшие показатели смертности от ЗНО СК в 2017 г. отмечались в возрастной группе 70—79 лет (у мужчин — 60,9 и у женщин — 37,7 случая на 100 тыс. населения соответствующего возраста и пола), т. е. в тех же возрастных группах, в которых регистрировался и наибольший уровень заболеваемости. Уровень смертности мужчин был выше во всех возраст-

Таблица 3

Динамика структуры смертности населения Санкт-Петербурга от ЗНО СК за 1991, 2011 и 2017 гг. (в %)

| Диагноз | Год  |      |      |
|---------|------|------|------|
|         | 1991 | 2011 | 2017 |
| ЛХ      | 18,7 | 7,8  | 3,8  |
| НХЛ     | 27,5 | 30,2 | 40,2 |
| ММ      | 8,7  | 17,2 | 14,5 |
| Лейкозы | 45,1 | 44,8 | 41,5 |

Таблица 4

**Динамика стандартизованных показателей смертности населения Санкт-Петербурга от ЗНО СК за 1990—2017 гг.**

| Год  | Умершие от ЗНО СК, абс. число | Смертность (мировой стандарт) на 100 тыс. населения | Абсолютный прирост/убыль, % | Показатель наглядности, % | Показатель роста/убыли, % | Темп убыли/прироста, % |
|------|-------------------------------|---|-----------------------------|---------------------------|---------------------------|------------------------|
| 1990 | 792                           | 15,0  | —                           | 100,0                     | —                         | —                      |
| 1991 | 634                           | 15,3  | +0,3                        | 102,0                     | 102,0                     | + 2,0                  |
| 1995 | 669                           | 14,0  | -1,3                        | 93,3                      | 91,5                      | -8,5                   |
| 2001 | 728                           | 10,0  | -4                          | 66,7                      | 71,4                      | -28,6                  |
| 2005 | 698                           | 9,55  | -0,45                       | 63,7                      | 95,5                      | -4,5                   |
| 2011 | 658                           | 7,58  | -1,97                       | 50,3                      | 79,3                      | -20,7                  |
| 2017 | 814                           | 8,49  | +0,91                       | 56,6                      | 112,0                     | +12,0                  |

ных группах. Наибольшая разница наблюдалась в возрастной группе старше 50 лет (в 1,7 раза).

Стандартизованный показатель смертности населения Санкт-Петербурга от ЗНО системы крови снизился по сравнению с данными 1990 г. на 43,4% и составил 8,49 случая на 100 тыс. населения. Стандартизованный уровень смертности у мужчин превышал таковой у женщин (10,2 против 7,3 на 100 тыс. населения соответственно), однако средний ежегодный темп снижения смертности в мужской популяции был выше, чем в женской. Такие соотношения наблюдались и в прошлых периодах [12, 13], но в 2017 г. впервые зарегистрирован рост показателя, что может быть началом новой тенденции (табл. 4).

Динамика стандартизованного показателя смертности от лейкозов и лимфом в основном соответствует общему тренду. В 2017 г. показатель смертности от лимфом (4,7 случая на 100 тыс. населения) был выше такового от лейкозов (3,7 случая на 100 тыс. населения), а темп снижения показателя был ниже, чем при лейкозах.

### Обсуждение

В результате проведенного исследования показано, что в исследованный период в Санкт-Петербурге уровень первичной заболеваемости и смертности населения от ЗНО СК был выше, чем в большинстве других регионов России. Показатели заболеваемости и смертности мужчин были выше, чем женщин. Максимальные уровни заболеваемости и смертности отмечены в возрастной группе 70—79 лет. Эта тенденция выявлялась нами и ранее и прослеживается разными авторами при других локализациях ЗНО [4, 9]. Наибольший прирост заболеваемости установлен в возрастной группе 50—59 лет. В динамике наблюдались рост первичной заболеваемости ЗНО СК и снижение смертности от них, причем темпы ее снижения в мужской популяции были выше, чем в женской. Обращает на себя внимание рост показателя смертности за 2011—2017 гг. на 12%. Для определения тенденций данного явления необходимо дальнейшее наблюдение с целью исключения естественных случайных колебаний.

Среди отдельных гемобластозов максимальный уровень заболеваемости зарегистрирован при НХЛ (7,5 случая на 100 тыс. населения), минимальный уровень — при острых лейкозах (1,5 случая на

100 тыс. населения). В динамике наблюдался рост показателя с максимальным ежегодным темпом прироста при НХЛ (+81,2%), ОМЛ (+61,2%), ММ (+39,4%) и снижение показателя с максимальным ежегодным темпом убыли при ОЛЛ (-34,2%), ХЛЛ (-18%) и ЛХ (-4,3%). Полученные данные объясняют изменения в структуре впервые выявленных ЗНО СК за изученный период. Рост первичной заболеваемости ЗНО СК может быть обусловлен старением населения (26,7% петербуржцев старше трудоспособного возраста) [6], воздействием факторов неблагоприятной экологической ситуации в промышленном мегаполисе, каковым является Санкт-Петербург, улучшением качества первичной диагностики и статистического учета заболеваний (с 1996 г. в городе работает популяционный раковый регистр, обеспечивающий достоверность статистической информации) [14], а также климатическими условиями Санкт-Петербурга, которые могут снижать иммунную защиту в популяции. Снижение показателей смертности свидетельствует об улучшении результатов лечения ЗНО СК. За период 1990—2017 гг. в клиническую практику внедрены новые эффективные лечебно-диагностические технологии, позволяющие осуществлять персонализированный подход к лечению, достигать полных ремиссий, а в ряде случаев и выздоровления пациентов. Сокращение потерь населения в результате онкологической, в том числе онкогематологической, патологии является одним из резервов предотвращения преждевременной смертности [15], что отвечает цели национального проекта «Здравоохранение».

### Заключение

В Санкт-Петербурге заболеваемость ЗНО СК и смертность от них выше, чем в целом ряде регионов РФ. По уровню заболеваемости и смертности от ЗНО лимфоидной, кровяной и родственной им ткани в 2017 г. Санкт-Петербург занимал 2-е место среди территорий РФ.

Уровни первичной заболеваемости и смертности мужчин превышают соответствующие показатели у женщин. Максимальные уровни первичной заболеваемости ЗНО СК и смертности от них отмечены в возрастной группе 70—79 лет.

За исследуемый период показатели заболеваемости возросли на 78,2%, тогда как показатели смертности от ЗНО СК снизились на 43,4%. Максимальный прирост заболеваемости отмечен в трудоспособном возрасте (50—59 лет), что определяет социальную и экономическую значимость полученных данных.

Динамика показателей заболеваемости и смертности населения Санкт-Петербурга от ЗНО лимфоидной, кровяной и родственной им ткани свидетельствует о том, что потребность в специализированной медицинской помощи пациентам с опухолевыми заболеваниями системы крови при установленных трендах будет возрастать; это определяет необходимость учета таких данных при планировании

Здоровье и общество

объемов гематологической помощи в регионе на среднесрочную перспективу.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Cancer Incidence in Five Continents. Vol. X. by D. Forman. IARC Scientific Publication N 164. Lyon: IARC; 2017.
2. Siegel R. L., Miller K. D., Jemal A. Cancer statistics 2016. *Cancer J. Clin.* 2016;1(66):7—30.
3. Иванюков А. К. Заболеваемость злокачественными новообразованиями в мире, РФ и отдельных ее регионах (обзор литературы). *Молодой ученый.* 2014;(2):337—9. Режим доступа: <https://moluch.ru/archive/61/8948/> (дата обращения 26.06.2019).
4. Статистика злокачественных новообразований в России и странах СНГ в 2012 г. Ассоциация директоров центров и институтов онкологии, радиологии и рентгенологии государств — участников СНГ, Российский онкологический научный центр им. Н. Н. Блохина. Давыдов М. И., Аксель Е. М. (ред.). М.: РОНЦ; 2014.
5. Хачиров Д. Г., Джалилова Н. А., Казиева Х. Э., Атаев М. Г., Терещенко А. Г., Байгишиева Н. Д., Мусаева Ш. М. Заболеваемость лейкозами населения субъектов Юга России. Федеральная Целевая программа. *Фундаментальные исследования.* 2013;12(3):554—62. Режим доступа: <http://fundamental-research.ru/ru/article/view?id=33451> (дата обращения 26.06.2019).
6. Дубина М. В. Основные итоги работы в сфере здравоохранения Санкт-Петербурга в 2017 году и задачи на 2018 год: Государственный доклад. Режим доступа: <http://miac.zdrav.spb.ru> (дата обращения 28.05.2018).
7. Медико-демографические показатели Российской Федерации в 2017 году: Статистический справочник. М.: Минздрав России; 2018.
8. Петрова Г. В., Грецова О. П., Каприн А. Д., Старинский В. В. Характеристика и методы расчета медико-статистических показателей, применяемых в онкологии. М.: ФГБУ МНИОИ им. П. А. Герцена Минздрава РФ; 2014.
9. Злокачественные новообразования в России в 2017 г. (заболеваемость и смертность). Каприн А. Д., Старинский В. В., Петрова Г. В. (ред.). М.: МНИОИ им. П. А. Герцена — филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России; 2018.
10. Жигулева Л. Ю., Абдулкадыров К. М. Первичная заболеваемость населения Санкт-Петербурга гемобластозами в 1990—2011 гг. и прогноз до 2021 г. *Клиническая онкогематология.* 2015;8(4):362—7.
11. Жигулева Л. Ю., Петрова Н. Г., Романенко Н. А. Анализ показателей заболеваемости населения Санкт-Петербурга гемобластозами за период 1990—2016 гг. и прогноз до 2026 года. *Менеджер здравоохранения.* 2019;(1):24—34.
12. Жигулева Л. Ю. Смертность населения Санкт-Петербурга от злокачественных новообразований лимфоидной, кроветворной и родственной им ткани за период 1990—2011 гг. и прогноз до 2021 года. *Современные проблемы науки и образования.* 2015;(2) Режим доступа: <http://www.science-education.ru/122-19224> (дата обращения 26.07.2019).
13. Жигулева Л. Ю. Анализ показателей смертности населения Санкт-Петербурга от гемобластозов за период 1990—2016 гг. и прогноз до 2026 года. *Менеджер здравоохранения.* 2018;(8):23—31.
14. Мерабишвили В. М. Онкологическая служба Санкт-Петербурга (оперативная отчетность за 2011—2012 годы, углубленная разработка базы данных регистра по международным стандартам): Популяционный раковый регистр. Колабутин В. М., Беляев А. М. (ред.). СПб.: ООО «Коста»; 2013. С. 291—6.
15. Тишук Е. А. Современное состояние и прогнозные оценки медико-демографических процессов в Российской Федерации. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины.* 2015;23(5):3—5.

REFERENCES

1. Cancer Incidence in Five Continents. Vol. X. by D. Forman. IARC Scientific Publication N 164. Lyon: IARC; 2017.
2. Siegel R. L., Miller K. D., Jemal A. Cancer statistics 2016. *Cancer J. Clin.* 2016;1(66):7—30.
3. Ivanilov A. K. The incidence of malignant neoplasms in the world, the Russian Federation and its individual regions (literature review). *Molodoy Uchenyy.* 2014;(2):337—9. Available at: <https://moluch.ru/archive/61/8948/> (accessed 26.06.2018) (in Russian).
4. Statistics of malignant neoplasms in Russia and the CIS countries in 2012 [Statistika zlokachestvennykh novoobrazovaniy v Rossii i stranakh SNG v 2012 g.]. Association of Directors of Centers and Institutes of Oncology, Radiology and Radiology of the CIS Member States, Russian Cancer Research Center named after N. N. Blokhin. Davydov M. I., Aksel E. M. (eds). Moscow: Russian Cancer Research Center; 2014 (in Russian).
5. Khachirov D. G., Dzhaliylova N. A., Kaziyeva Kh. E., Atayev M. G., Tereshchenko A. G., Baygishiyeva N. D., Musayeva Sh. M. The incidence of leukemia in the population of the South of Russia. Federal Target Program. *Fundamental'nye Issledovaniya = Fundamental Research.* 2013;12(3):554—62. Available at: <http://fundamental-research.ru/ru/article/view?id=33451> (accessed 26.06.2018) (in Russian).
6. Dubina M. V. The main results of work in the healthcare sector of St. Petersburg in 2017 and the tasks for 2018: State report [Osnovnyye itogi raboty v sfere zdavookhraneniya Sankt-Peterburga v 2017 godu i zadachi na 2018 god: Gosudarstvennyy doklad]. Available at: <http://miac.zdrav.spb.ru> (accessed: 28.05.2018) (in Russian).
7. Medical and demographic indicators of the Russian Federation in 2017: Statistical Handbook [Mediko-demograficheskiye pokazateli Rossiyskoy Federatsii v 2017 godu: Statisticheskiy spravochnik]. Moscow: Ministry of Healthcare of Russia; 2018 (in Russian).
8. Petrova G. V., Gretsova O. P., Kaprin A. D., Starinskiy V. V. Characteristics and methods for calculating medical and statistical indicators used in oncology [Kharakteristika i metody rascheta mediko-statisticheskikh pokazateley. primenyayemykh v onkologii]. Moscow: Federal State Budget Institution P. A. Herzen Moscow Cancer Research Institute (FGBU MNIIOI) under the Ministry of Healthcare of Russia; 2014 (in Russian).
9. Malignant neoplasms in Russia in 2017 (morbidity and mortality) [Zlokachestvennyye novoobrazovaniya v Rossii v 2017 g. (zabolevayemost i smertnost)]. Kaprin A. D., Starinsky V. V., Petrova G. V. (eds). Moscow: P. A. Herzen Moscow Cancer Research Institute (MNIIOI) — branch of the National Medical Research Center of Radiology under the Ministry of Healthcare of Russia; 2018 (in Russian).
10. Zhiguleva L. Yu., Abdulkadyrov K. M. The primary incidence of the population of St. Petersburg hemoblastosis in 1990—2011 and forecast until 2021. *Klinicheskaya onkogematologiya.* 2015;8(4):362—7 (in Russian).
11. Zhiguleva L. Yu., Petrova N. G., Romanenko N. A. Analysis of indicators of the incidence of the population of St. Petersburg hemoblastoses for the period 1990—2016 and forecast until 2026. *Menedzher zdavookhraneniya.* 2019;(1):24—34 (in Russian).
12. Zhiguleva L. Yu. Mortality of the population of St. Petersburg from malignant neoplasms of lymphoid, hematopoietic and related tissue for the period 1990—2011 and forecast until 2021. *Sovremennyye problemy nauki i obrazovaniya.* 2015;(2) Available at: <http://www.science-education.ru/122-19224> (accessed 26.07.2019) (in Russian).
13. Zhiguleva L. Yu. Analysis of mortality rates of the population of St. Petersburg from hemoblastoses for the period 1990—2016 and forecast until 2026. *Menedzher zdavookhraneniya.* 2018;(8):23—31 (in Russian).
14. Merabishvili V. M. Oncology Service of St. Petersburg (operational reporting for 2011–2012, in-depth development of the registry database according to international standards): Population cancer registry. Kolabutin V. M., Belyaev A. M. (eds). St. Petersburg: Kosta LLC; 2013. P. 291—6 (in Russian).
15. Tischuk E. A. The modern condition and prognostic estimates of medical demographic processes in the Russian Federation. *Problemy social'noj gigieny, zdavookhraneniya i istorii mediciny.* 2015;23(5):3—5 (in Russian).

© Коллектив авторов, 2020  
УДК 614.2**Артеменков А. А.<sup>1</sup>, Варфоломеева З. С.<sup>1</sup>, Фарбер Ф. М.<sup>1</sup>, Шестаков В. Я.<sup>1</sup>, Крылова Т. В.<sup>2</sup>****ОЦЕНКА УРОВНЯ ИНФОРМИРОВАННОСТИ СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ ПО ВОПРОСАМ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ**<sup>1</sup>ФГБОУ ВО «Череповецкий государственный университет», 162600, г. Череповец;  
<sup>2</sup>БУЗ ВО «Вологодская областная клиническая больница № 2», 162600, г. Череповец

Описаны результаты исследования, целью которого была оценка уровня информированности студентов по вопросам ВИЧ-инфекции. На основе анализа данных литературы установлено, что студенты российских университетов в целом информированы о путях передачи и мерах профилактики ВИЧ-инфекции, но недостаточно осведомлены в вопросах клинических проявлений ВИЧ-инфекции, не в полной мере понимают опасность ВИЧ-инфекции как смертельного заболевания, нередко испытывают фобии в отношении лиц, живущих с ВИЧ-инфекцией.

Авторами представлены результаты эмпирического исследования, в котором приняли участие студенты Череповецкого государственного университета (n=103). Методы исследования включали анализ статистических данных, анкетирование, расчет коэффициента ранговой корреляции Спирмена.

Установлено, что большинство респондентов недооценивают опасность ВИЧ-инфекции и не располагают достоверными сведениями об уровне распространенности ВИЧ-инфекции на территории проживания. Корреляционный анализ показал, что информация о ВИЧ-инфекции более значима для студентов, которые считают, что проблема ВИЧ-инфекции может их коснуться. Кроме того, такие студенты настроены более толерантно по отношению к вирусоносителям.

Сделан вывод о необходимости информирования студентов по вопросам ВИЧ-инфекции формировать у них навыки ответственного поведения в различных жизненных ситуациях.

**Ключевые слова:** ВИЧ-инфекция; студенческая молодежь; анкетирование; профилактика.

**Для цитирования:** Артеменков А. А., Варфоломеева З. С., Фарбер Ф. М., Шестаков В. Я., Крылова Т. В. Оценка уровня информированности студенческой молодежи по вопросам ВИЧ-инфекции. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2020;28(3):416—422. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2020-28-3-416-422>

**Для корреспонденции:** Артеменков Алексей Александрович, канд. биол. наук, доцент, исполняющий обязанности заведующего кафедрой теоретических основ физической культуры, спорта и здоровья Череповецкого государственного университета, e-mail: [basis@live.ru](mailto:basis@live.ru)

**Artemenkov A. A.<sup>1</sup>, Varfolomeeva Z. S.<sup>1</sup>, Farber F. M.<sup>1</sup>, Shestakov V. Ya.<sup>1</sup>, Krylova T. V.<sup>2</sup>****THE EVALUATION OF LEVEL OF AWARENESS OF STUDENT YOUTH OF ISSUES OF HIV-INFECTION**<sup>1</sup>The Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The Cherepovets State University” 162600, Cherepovets, Russia;<sup>2</sup>The Budget Health Care Institution of the Vologda Oblast “The Vologda Oblast Clinical Hospital № 2”, 162600, Vologda, Russia

The article presents the results of study targeted to assessing the level of awareness of students about HIV-infection. On the basis of analysis of publications data, it was established that students of the Russian universities are generally informed about ways of transmission HIV-infection and means and measures of its prevention. It was demonstrated that Russian students are not sufficiently aware of the clinical manifestations of HIV-infection, they do not fully understand the danger of HIV infection as a fatal disease, and often experience phobias against persons living with HIV-infection.

The article presented the results of empirical survey of students of the Cherepovets State University (n = 103). The methods of research included statistical analysis, questionnaire, Spirman's rank correlation coefficient. It was established that majority of respondents underestimate the risk of HIV-infection and lack reliable information about prevalence of HIV-infection in the territory of residence. The correlation analysis demonstrated that information about HIV-infection is more significant for students who believe that HIV-infection can concern them. In addition, such students tend to be more tolerant to virus carriers.

Along informing students about HIV-infection, it is necessary to train them for responsible behavior in different life situations.

**Keywords:** HIV infection; students; questionnaires; prevention.

**For citation:** Artemenkov A. A., Varfolomeeva Z. S., Farber F. M., Shestakov V. Ya., Krylova T. V. The evaluation of level of awareness of student youth of issues of HIV-infection. *Problemy socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2020;28(3):416—422 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2020-28-3-416-422>

**For correspondence:** Artemenkov A. A., candidate of medical sciences, associate professor, the acting Head of the Chair of Theoretical Foundations of Physical Culture, Sport and Health of the Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The Cherepovets State University”. e-mail: [basis@live.ru](mailto:basis@live.ru)

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

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

Received 18.12.2019  
Accepted 23.01.2020

Во всем мире сохраняет актуальность проблема профилактики ВИЧ-инфекции в молодежной среде. В России к числу регионов, наиболее неблагополучных по ВИЧ, относятся Новосибирская и Самарская области. В то же время, по данным анкетирования, около 90% новосибирских студентов в целом осве-

домлены об основных путях передачи и мерах профилактики ВИЧ-инфекции и обеспокоены недостаточной освещенностью данной проблемы [1]. В распространении ВИЧ среди молодежи Самарской области отмечено преобладание полового пути передачи инфекции (раннее начало половой жизни и нали-

## Здоровье и общество

чие большого числа половых партнеров у лиц молодого возраста) [2]. Молодежь Хабаровского края удовлетворительно информирована о путях передачи и заражения ВИЧ-инфекцией, однако в этом регионе у студенческой молодежи сохраняются фобии в отношении лиц, живущих с ВИЧ-инфекцией [3]. В Костромской области ВИЧ-инфекция также имеет тенденцию к распространению, но здесь в целях профилактики распространения ВИЧ-инфекции уже начата подготовка студентов к социальной работе с инфицированными лицами и больными СПИДом [4]. По данным анкетирования, в Омской области студенческая молодежь не в полной мере понимает опасность ВИЧ-инфекции как смертельного заболевания, что указывает на невысокую эффективность санитарно-гигиенического просвещения [5].

В то же время имеются данные [6] о высоком уровне осведомленности студентов о ВИЧ-инфекции: 94,3% опрошенных студентов Курского государственного медицинского университета знают, что такое ВИЧ-инфекция, однако недостаточно полно информированы о ее распространенности. Хорошо осведомлены о путях передачи ВИЧ-инфекции только 75% респондентов, а негативное отношение к ВИЧ-инфицированным имеют лишь 6,8% респондентов. По другим данным [7], 70% студентов медицинского университета считают проводимые в вузе мероприятия по профилактике СПИДа эффективными.

Кировская область относится к относительно благополучным регионам России в плане распространения данного заболевания; вместе с тем О. Н. Любезнова и соавт. [8] установили, что большинство студентов Кировского государственного медицинского университета, хотя и имеют правильное представление о путях передачи, профилактике и прогнозе ВИЧ-инфекции, недостаточно осведомлены в вопросах клинических ее проявлений. В молодежной среде Ульяновской области отмечен высокий уровень инфицирования ВИЧ, при этом основными факторами риска заражения студентов ВИЧ-инфекцией названы высокая половая активность, раннее начало сексуальной жизни и ее незащищенность, а также недостаточная информированность о путях передачи ВИЧ. Можно предположить, что в связи с этим молодежь на территории данного региона легче идет на контакт с наркозависимыми и вступает с ними в половые контакты, принимает предложение «попробовать» наркотики и психоактивные вещества, что ведет к повышению риска ВИЧ-инфицирования [9].

Имеются данные о том, что студенты-медики Пермского края в большей степени подвержены ВИЧ-инфицированию. Так, Т. А. Кулеш и соавт. [10] установили факторы риска распространения ВИЧ-инфекции и наркомании у будущих медицинских работников. К ним относятся проживание в неполной семье, пассивный досуг, низкий самоконтроль. Информированность студентов о наркомании и ВИЧ-инфекции, по мнению авторов, является фрагментарной и недостаточной. Кроме того, выявлен высо-

кий уровень дискриминации в отношении студентов к ВИЧ-инфицированным людям и указано на необходимость внедрения передовых технологий профилактики ВИЧ-инфекции кафедрами вузов и в студенческих молодежных организациях. По данным Г. Г. Сепиашвили и соавт. [11], зарегистрированная среди населения Челябинской области эпидемия ВИЧ-инфекции вызывает в некоторых случаях страх и панику у студентов-медиков. При этом 39% первокурсников и 33% старшекурсников вообще избегают общения с ВИЧ-инфицированными.

Для многих зарубежных университетов проблема распространенности ВИЧ-инфекции среди студентов также актуальна, ей посвящены многочисленные исследования. Оценка информированности турецких студентов-стоматологов о ВИЧ-инфекции показала, что знания пятикурсников о клинических симптомах ВИЧ выше, чем четверокурсников. Кроме того, выяснено, что по мере повышения уровня знаний и осведомленности о ВИЧ/СПИДе у молодежи растет позитивное отношение к пациентам со СПИДом, что позволяет лучше заботиться о ВИЧ-инфицированных пациентах [12]. В то же время данные, представленные S. A. Shallo и W. W. Mengesha [13], показывают, что 55% эфиопских студентов из университета Амбо использовали поиск электронных материалов сексуального характера, что говорит о связи с рискованным сексуальным поведением. В Кувейте, напротив, профилактика и борьба с ВИЧ-инфекцией и СПИДом признаны национальным приоритетом. Представители студенческой молодежи в этой стране в целом осведомлены о природе и способах передачи ВИЧ, но не знают в деталях патогенетических механизмов данной болезни для того, чтобы в дальнейшем предотвратить стигматизацию и дискриминацию зараженного человека [14].

На примере студентов — представителей этнических меньшинств из Южного Техаса изучена осведомленность по вопросу ВИЧ-инфицирования и заражения венерическими заболеваниями. Исследование показало, что молодые люди из числа расовых меньшинств мужского пола демонстрировали более низкий уровень осведомленности о сексуальных рисках и навыках безопасного секса. Тем не менее было выяснено, что студенты-латиноамериканцы проявляют большее понимание в вопросах сексуальных рисков и в навыках безопасного секса по сравнению со студентами другого расового происхождения [15]. Известен тот факт, что число ВИЧ-инфицированных в штате Флорида растет и остается одним из самых больших в США. Поэтому для информирования общественности о существующих рисках библиотекари из университета Флориды приняли участие в годичном проекте, направленном на повышение осведомленности о рисках ВИЧ/СПИДа среди студентов [16]. Сетевой опрос студентов-фармацевтов по профилактике ВИЧ показал, что 91% из них были информированы о воздействии вируса на организм человека и ознакомлены с методами профилактики ВИЧ. Наиболее предпочтительными способами получения информации о ВИЧ-инфекции у данной

группы лиц были следующие методы и формы: онлайн-обучение (47%), образовательные семинары (43%) и модули самостоятельного обучения (39%) [17].

Исследования показывают, что ВИЧ-инфекция в настоящее время имеет тенденцию к генерализации эпидемиологического процесса. Этому, способствует недооценка студентами актуальности проблемы и собственного риска заражения ВИЧ-инфекцией, недостаточная информированность в вопросах профилактики и безопасного поведения [18]. Социологический опрос показал, что после проведения в образовательных учреждениях ознакомительных лекций о ВИЧ-инфекции и путях ее передачи позиция и взгляды студенческой молодежи на данную проблему кардинально меняются. Молодежь начинает задумываться о своем образе жизни, о своем здоровье, что свидетельствует о необходимости проведения таких профилактических бесед среди студентов [19]. Слабыми звеньями в профилактике ВИЧ-инфекции, по мнению специалистов, являются недостаточная просветительная работа в высших учебных заведениях и слабая освещенность проблемы в средствах массовой информации. В качестве мер профилактики ВИЧ-инфекции среди учащейся молодежи предлагаются дополнительные профильные занятия [20]. По мнению Н. Ю. Нараевой и соавт. [21], несмотря на то что студенты, особенно медицинских вузов, имеют достаточный уровень знаний о ВИЧ-инфекции, о факторах риска, источниках и способах ее передачи, просветительная работа по проблематике ВИЧ-инфекции все же является целесообразной. Формами такой работы могут быть практические занятия и лекции, межкафедральные и межфакультетские конференции с подготовкой презентаций. Рекомендуется также шире знакомить аудиторию с методом доконтактной профилактики ВИЧ-инфекции, который в настоящее время получает все более широкое распространение в экономически развитых странах как эффективное мероприятие, способное остановить пандемию ВИЧ [22].

В целом в отечественной системе образования накоплен положительный опыт реализации профилактических мероприятий, однако такая практика направлена непосредственно на профилактику ВИЧ-инфицирования и предусматривает лишь информирование обучающихся по соответствующим вопросам. Вместе с тем, на наш взгляд, в условиях сохранения неблагоприятной ситуации по ВИЧ-инфекции в молодежной среде необходимо вести поиск более эффективных подходов к реализации профилактических программ, которые не только повышали бы уровень осведомленности населения, но также влияли бы на мотивационно-потребностные аспекты жизнедеятельности.

Цель данного исследования — выявить уровень и особенности информированности студентов Череповецкого государственного университета по различным аспектам проблемы ВИЧ-инфекции для разработки эффективных мероприятий по ее профилактике в образовательной среде вуза.

## Материалы и методы

В качестве статистических материалов использовались данные Центра профилактики и борьбы со СПИДом, функционирующего на базе БУЗ ВО «Вологодская областная клиническая больница № 2», за период с 1998 г. по октябрь 2019 г. Опрос проводился с помощью модифицированного варианта анкеты, составленного на основе методических рекомендаций ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России по проведению исследований оценки уровня информированности населения по вопросам ВИЧ-инфекции. В анкетировании приняли участие 103 студента Череповецкого государственного университета (53,4% девушек и 46,6% юношей) в возрасте 20—29 лет. Из них 47,6% на момент проведения опроса имели среднее общее образование, 45,6% — неоконченное высшее, а 6,8% — среднее специальное. Большинство (77,7%) студентов не имели постоянной или временной работы, материальное положение в 62,1% случаев оценивалось как удовлетворительное, а в 25,2% — как хорошее. С целью изучения связи между переменными в данной работе использовался непараметрический метод — коэффициент ранговой корреляции Спирмена ( $r$ ). Для обработки данных использовался программный пакет IBM SPSS Statistics 22.

## Результаты исследования

Анализ эпидемиологической ситуации в целом по Вологодской области с момента начала эпидемии ВИЧ в 1998 г. по 1 октября 2019 г. показал, что самая неблагоприятная обстановка сложилась в Череповце. За этот период в Череповце зафиксировано 2247 случаев ВИЧ-инфицирования, умерли 553 человека. На г. Череповец приходится 41% всех новых случаев заражения ВИЧ в Вологодской области. Уровень заболеваемости по Череповцу в 2019 г. составил 39,3 случая на 100 тыс. населения (среднеобластной показатель — 25,7 случая на 100 тыс. населения). Однако в Вологодской области есть территории и с более высоким уровнем распространенности данной инфекции. Так, в Сямженском районе зафиксировано 73 случая ВИЧ-инфицирования на 100 тыс. населения. Однако особо отметим, что заболеваемость в Череповце в 1,5 раза выше, чем по области в целом.

Основным путем заражения ВИЧ-инфекцией в Череповце является половой (49,5%) и наркотический (около 50%). Лишь незначительная часть детей заражается ВИЧ-инфекцией во время внутриутробного периода и родов. В целом по Вологодской области на долю заражения во время беременности и родов приходится 63,4% случаев, причем 80% женщин заражаются ВИЧ-инфекцией именно половым путем. Возрастная структура ВИЧ-инфицированного населения представлена следующим образом: 18—30 лет — 23%, 31—39 лет — 44,4%, старше 40 лет — 31%. На долю инфицированных детей до 17 лет и пенсионеров приходится 1,6%. Только за 9 мес 2019 г. родились 18 детей от ВИЧ-инфицированных

## Здоровье и общество

матерей (за период с 2002 по 2019 г. — 348 детей). В социальной структуре ВИЧ-инфицированных работающих население составляет 40%, пенсионеры и инвалиды — 3%, а остальные 57% — учащая молодежь. Заметим, что существуют и гендерные различия среди заразившихся ВИЧ-инфекцией на территории города: на долю инфицированных мужчин приходится 66% случаев.

Ввиду того что студенческая молодежь входит в группу риска по данному заболеванию, нами проводилось анкетирование студентов. Результаты ответов на вопрос «Как бы вы охарактеризовали ВИЧ-инфекцию?» показывают, что практически вся молодежь (99% респондентов) понимает, что ВИЧ-инфекция — это вирусное заболевание, имеющее особенности течения и специфические способы передачи от человека к человеку. Однако большинство (68,9%) опрошенных недооценивают опасность ВИЧ-инфекции и считают, что эта проблема их не коснется, в то время как лишь 16,5% допускают заражение ВИЧ и обеспокоены этим.

Стоит обратить внимание на то, что значительная часть (81,6%) студенческой молодежи прекрасно понимает, что ВИЧ-инфекция разрушает иммунную систему человека. Опрос показал, что студенты хорошо осведомлены об основных путях передачи ВИЧ. Большинство (83,5%) уверены в том, что ВИЧ-инфекцией можно заразиться в результате использования для инъекций общих игл и шприцев, а также путем «от матери к ребенку» во время беременности и родов (59,2%). Примерно 17,5% студентов считают, что существует путь передачи ВИЧ «от матери к ребенку» и через грудное молоко. Практически все студенты (94,2%) понимают, что незащищенные половые контакты с человеком, ВИЧ-статус которого не известен, особенно опасны. Около 80% опрошенных знают, что использование нестерильного оборудования для пирсинга и татуировок при проведении косметических и медицинских манипуляций также может привести к проникновению ВИЧ в организм. Вышеуказанное дает основание полагать, что студенты знают биологические среды организма больного человека с высоким содержанием ВИЧ: 90% студентов к таким средам отнесли кровь, значительная часть респондентов считает, что ВИЧ может передаваться также со спермой и вагинальным секретом (74,8 и 61,2% соответственно).

Ожидаемыми оказались ответы на вопрос, связанный со знанием групп риска заражения и путей передачи ВИЧ-инфекции. Основная масса (87,4%) студентов считают, что к данным группам относятся лица, имеющие случайные сексуальные связи, а также лица, употребляющие инъекционные наркотики и предоставляющие коммерческие сексуальные услуги (71,8%); 30,1% опрошенных относят к этим группам и лиц с нетрадиционной сексуальной ориентацией. При ответе на вопрос «Как можно обнаружить ВИЧ-инфекцию у человека?» практически все респонденты (97,1%) указали на то, что выявить ВИЧ-инфекцию можно только при сдаче анализа крови. Далее нас интересовал вопрос, знают ли сту-

денты о том, что после проникновения ВИЧ в организм человека имеется скрытый период, когда внешних проявлений болезни нет, а человек уже является вирусоносителем и может заражать других людей. Значительная часть (83,5%) опрошенных ответили, что знают о наличии «периода окна».

Ответы на вопрос «Всегда ли ВИЧ-инфекция переходит в хроническое заболевание?» свидетельствуют о том, что студенты менее осведомлены о механизмах развития и течения данного заболевания. Количество положительных и отрицательных ответов на данный вопрос оказалось одинаковым и составило 30,1% в обоих случаях, в то же время около 40% студентов затруднились с выбором ответа.

Установлено, что чуть более половины (58,3%) студентов знают, что ВИЧ-инфицированная женщина может родить здорового ребенка, если она будет регулярно принимать лекарства по предписанию врача. Напротив, 17,5% опрошенных считают, что такое невозможно ни при каких условиях, и еще 24,3% респондентов затруднились ответить на этот вопрос. Однако в 78,6% случаев студенты знают о существовании лекарств, способных улучшить и продлить жизнь ВИЧ-инфицированному человеку.

На вопрос «Чем характеризуется процесс лечения при ВИЧ-инфицировании?» 86,4% респондентов ответили, что он характеризуется длительным и скрупулезным приемом назначенных врачом препаратов. Тем не менее 51,5% студентов не располагают достоверными сведениями об уровне распространенности ВИЧ-инфекции на территории проживания. Утвердительно ответили на этот вопрос только 23,3%, а затруднились ответить 25,2%. На вопрос «Какие, по вашему мнению, меры следует предпринять в случае опасности заражения ВИЧ-инфекцией?» 77,7% студентов ответили, что необходимо незамедлительно пройти обследование на ВИЧ-инфекцию, 63,1% считают, что надо пройти неоднократное обследование.

Нами установлено, что студенты не очень хорошо осведомлены о том, что для снижения риска инфицирования ВИЧ во время сексуальных контактов необходимо постоянно использовать презервативы: лишь 23,3% студентов указали, что знают об этом, при этом 51,5% студентов не знают этого правила, а 25,2% затрудняются с ответом. Проведенный опрос показал, что 71,8% респондентов знают о том, куда необходимо обратиться, чтобы сдать анализ на ВИЧ-инфекцию.

Далее в логике опроса было предложено выразить отношение к носителям ВИЧ. Проведенное анкетирование показало, что 48,5% студентов настроены толерантно по отношению к вирусоносителям. Определенно негативное отношение к таким людям выразили лишь 15,5% опрошенных, не определились с ответом 35,9% студентов.

В ходе дальнейшего опроса нам удалось установить, что 73,8% студентов предпочитают получать информацию от медицинских работников, поскольку доверяют им. Затем следуют сотрудники, работающие на телефоне доверия Центра профилактики

СПИДа (38,8%). В меньшей степени (23,3%) молодежь доверяет средствам массовой информации. На вопрос «Нуждаетесь ли вы в углубленной информации о ВИЧ-инфекции?» 68% студентов ответили отрицательно, что, возможно, указывает на несколько излишнюю самоуверенность студентов; положительный ответ на данный вопрос дали 13,6% респондентов, еще 18,4% затруднились ответить. Однако 39,8% студентов согласны регулярно получать информацию о распространенности ВИЧ-инфекции и методах борьбы с ней, для 33% такая информация не значима, а 27,2% не смогли определиться с ответом на этот вопрос.

Последний вопрос анкеты касался предложений по повышению информированности населения в вопросах ВИЧ-инфекции. По мнению студентов, наиболее информативными мероприятиями в этом отношении являются беседы и лекции, проводимые в учебных заведениях, газеты и рассылки в социальных сетях, вывески и реклама на улице, социальная реклама. Обязательным, считают они, должен быть анализ крови на антитела к ВИЧ.

Проведенный корреляционный анализ выявил достоверные связи между ответами на предложенные вопросы об информированности студентов относительно ВИЧ-инфекции. Так, обнаружена положительная корреляция между ответами на вопросы «Может ли проблема ВИЧ-инфекции коснуться вас лично?» и «Настроены ли вы толерантно по отношению к вирусоносителям?» ( $r=0,008$ ;  $p=0,262$ ), а также между ответами на вопросы «Может ли проблема ВИЧ-инфекции коснуться вас лично?» и «Значима ли для вас регулярность получения информации о ситуации с распространенностью ВИЧ-инфекции и методах борьбы с ней?» ( $r=0,000$ ;  $p=0,338$ ). Положительная корреляция прослеживается и между ответами на вопросы «Нуждаетесь ли вы в углубленной информации о ВИЧ-инфекции?» и «Значима ли для вас регулярность получения информации о ситуации с распространенностью ВИЧ-инфекции и методах борьбы с ней?» ( $r=0,046$ ;  $p=0,197$ ). По-видимому, студенты, которые считают, что проблема ВИЧ-инфекции может их коснуться, настроены более толерантно по отношению к вирусоносителям. Для этой группы студентов информация о распространенности инфекции и методах борьбы с ней является более значимой. Кроме того, для студентов, нуждающихся в углубленной информации о ВИЧ-инфекции, значима информация о распространенности и эффективных методах борьбы с ней.

Выявлена достоверная связь между ответом на вопрос «Как вы считаете, есть ли лекарства, способные улучшить и продлить жизнь ВИЧ-инфицированному человеку?» и возрастом студента ( $r=0,003$ ;  $p=0,295$ ): студенты старшего возраста чаще склонны считать, что существуют лекарства (антиретровирусные препараты), способные улучшить и продлить жизнь ВИЧ-инфицированному человеку. Значимая корреляция выявлена между ответом на вопрос «Располагаете ли вы достоверными сведениями об

ритории вашего проживания?» и материальным положением студентов ( $r=0,009$ ;  $p=-0,255$ ): студенты, оценивающие свое материальное положение как низкое, чаще располагают достоверными сведениями об уровне распространенности ВИЧ-инфекции по месту проживания. Также нами обнаружена достоверная связь между ответом на вопрос «Настроены ли вы толерантно по отношению к вирусоносителям?» и полом студентов ( $r=0,022$ ;  $p=-0,225$ ), которая указывает на возможную закономерность в том, что девушки настроены к вирусоносителям более толерантно, чем молодые люди.

Выглядит бесспорным вывод о том, что степень владения информацией о ВИЧ-инфекции во многом определяет инфицированность и ее распространенность среди различных групп населения. Отсутствие знаний об эпидемическом процессе ВИЧ-инфекции, безусловно, существенно повышает риск заражения и проникновения вируса во внутреннюю среду организма.

Заметим, что первая реакция на внедрение вируса в организм напоминает гриппозное состояние, поэтому молодежь не придает ей большого значения. Но в этот период внедрения вируса в организм уже происходит значительное накопление его в крови и отмечается снижение  $CD_4$  Т-клеток. Характерной особенностью второго (асимптоматического) периода развития ВИЧ-инфекции является почти полное исчезновение вируса из крови, нормализация количества  $CD_4$  Т-клеток, значительное накопление специфических антител и  $CD_8$  Т-клеток. В третий (симптоматический) период происходит накопление вируса в крови, отмечается значительное снижение числа  $CD_4$  Т-клеток при сохранении уровня антител и  $CD_8$  Т-клеток. И, наконец, в четвертом (заключительном) периоде отмечается резкое увеличение вируса в крови, происходит почти полное исчезновение  $CD_4$  Т-клеток, отмечается незначительное снижение уровня антител и  $CD_8$  Т-клеток [23].

Несмотря на важность просветительной работы со студентами, способствующей повышению уровня их осведомленности в вопросах профилактики ВИЧ-инфекции, представляется необходимым продолжать поиск эффективных подходов к реализации профилактических программ, которые влияли бы также на мотивационно-потребностные и поведенческие аспекты жизнедеятельности современной молодежи. На наш взгляд, одним из таких подходов может быть формирование навыков ответственного поведения в различных жизненных ситуациях, в том числе в ситуациях риска заражения ВИЧ, которые мы связываем со способностью противостоять негативному влиянию среды, с минимизацией проявлений рискованного поведения и приоритизацией ценностей сохранения здоровья. Подобная профилактическая программа может быть реализована через интеграцию соответствующей дидактической единицы в содержание учебного курса «Безопасность жизнедеятельности» и дополнена внеучебным компонентом образовательного процесса вуза в форме тренингов, флешмобов, круглых столов.

### Заключение

Студенческая молодежь в целом информирована о ВИЧ-инфекции. Однако настораживает излишняя самоуверенность молодых людей в том, что смертельная опасность не коснется их самих. Молодежь не нуждается в углубленной информации о ВИЧ-инфекции. Менее всего студенты осведомлены об иммунопатологии ВИЧ, они не обладают сведениями о ее распространенности на территории проживания и зачастую не знают элементарных мер профилактики СПИДа. Такая информация для большинства студентов незначима. К сожалению, мы можем констатировать, что у студенческой молодежи Череповца — крупного центра металлургической и химической промышленности — приоритет на здоровье по отношению к ВИЧ-инфекции находится далеко не на первом месте. Это значит, что молодые люди из группы риска не проходят вовремя медицинские обследования, часто меняют половых партнеров, что повышает риск инфицирования. Очень много ВИЧ-инфицированных людей не обращаются к врачу вплоть до периода проявления признаков болезни, что указывает на их безответственность. Неудивительно поэтому, что в ходе Всероссийской акции «Стоп ВИЧ/СПИД» зафиксировано увеличение числа регионов и городов с зараженными ВИЧ-инфекцией россиянами.

Важным аспектом рассматриваемой проблемы является дискриминация ВИЧ-инфицированных лиц в обществе. Проведенное исследование указывает на то, что толерантно по отношению к вирусоносителям настроены менее половины всех опрошенных, и, следовательно, подтверждается высокая значимость информирования молодежи о способах снижения риска инфицирования ВИЧ.

В целом полученные данные согласуются с выводами других авторов о том, что информированность молодежи по вопросам профилактики ВИЧ-инфекции имеет важное значение в плане предупреждения ее распространения в России и во всем мире. В то же время достаточная осведомленность не является гарантией правильного поведения в ситуации риска заражения ВИЧ. Следовательно, в рамках профилактических мероприятий и программ наряду с информированием обучающихся необходимо обеспечивать формирование у них навыков ответственного поведения.

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

### ЛИТЕРАТУРА

- Хрянин А. А., Толмашова О. П., Корниенко М. В., Сухарев Ф. А., Коваленко Г. А., Литохина М. А., Сулейманова Ж. И. Информированность о ВИЧ/ИППП и особенности полового поведения студентов Новосибирска. *Научные конференции НГМУ*. 2017;(1):48—53.
- Вехова Е. В., Комарова М. В., Садыкова Г. Б., Струкова Е. А. Оценка информированности молодого поколения о факторах риска инфицирования ВИЧ как один из методов популяционной профилактики в регионе с высоким уровнем пораженности населения. *ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии*. 2013;5(2):117—121.
- Таенкова И. О., Троценко О. Е., Балахонцева Л. А., Таенкова А. А. Молодежь и ВИЧ-инфекция: осведомленность о рисках и стратегия формирования культуры здорового и безопасного поведения. *Дальневосточный журнал инфекционной патологии*. 2017;32:73—9.
- Топка Н. Б. Профилактика распространения ВИЧ/СПИД в образовательной среде. *Вестник Костромского государственного университета*. 2016;(4):284—5.
- Закоркина Н. А. Актуальность социологических исследований в вопросах профилактики ВИЧ-инфекции при подготовке студентов педагогических вузов. *Евразийский Союз Ученых*. 2016;5(26):24—6.
- Архипова А. В., Юдина С. М., Иванова И. А., Сальникова И. Ю., Русанова Т. С., Тарабрина О. В., Архипова Е. А. О проблеме информированности о ВИЧ-инфекции в студенческом обществе. *Коллекция гуманитарных исследований*. 2017;1(4):10—5.
- Кетова Н. А., Бросалин Д. А. Отношение студентов к эффективности мероприятий, направленных на информирование о ВИЧ-инфекции (социологический анализ). *Коллекция гуманитарных исследований*. 2017;1(4):84—8.
- Любезнова О. Н., Частоедова И. А., Куламетов А. С., Саламатова А. А., Семушина Е. В. Оценка информированности студентов младших курсов медицинского вуза о ВИЧ-инфекции. *Медицинский альманах*. 2017;4(49):132—5.
- Мурыванова Н. Н., Горбунов В. И. Оценка факторов риска инфицирования ВИЧ в молодежной среде Ульяновской области. *Ульяновский медико-биологический журнал*. 2015;(1):113—8.
- Кулеш Т. А., Сидорова О. Г., Кулеш А. М., Глухих М. В., Мель А. В. Гигиеническая оценка факторов риска распространения ВИЧ-инфекции и наркомании среди студентов-медиков. *Пермский медицинский журнал*. 2016;33(3):89—96.
- Сепиашвили Г. Г., Грязева А. Е., Ахметова З. К. Анализ реализации информационно-просветительской программы профилактики ВИЧ-инфекции в России на примере студентов медицинского университета. *Вестник совета молодых ученых и специалистов Челябинской области*. 2018;2(4):60—4.
- Keser G., Göcüncü N., Pekiner F. N. Assessment of knowledge level about acquired immune deficiency syndrome and patient approaches of dental students. *Niger. J. Clin. Pract.* 2019;22(9):1259—65. doi: 10.4103/njcp.njcp\_116\_19
- Shallo S. A., Mengesha W. W. Exposure to Sexually Explicit Materials and Its Association with Sexual Behaviors of Ambo University Undergraduate Students, 2018. *Ethiop. J. Health. Sci.* 2019;29(4):461—70. doi: 10.4314/ejhs.v29i4.7
- Alhasawi A., Grover S. B., Sadek A., Ashoor I., Alkhabbaz I., Almasri S. Assessing HIV/AIDS Knowledge, Awareness, and Attitudes among Senior High School Students in Kuwait. *Med Princ Pract.* 2019;28(5):470—6. doi: 10.1159/000500307
- Sunil T. S., Xu X. Substance abuse and HIV/STD prevention at a Hispanic-serving institution in South Texas: A study of racial/ethnic and gender heterogeneity and intersectionality. *J. Ethn. Subst. Abuse.* 2019;22:1—18. doi: 10.1080/15332640.2019.1641173
- Norton H. F., Ansell M. E., Pomputius A., Edwards M. E., Daley M., Harnett S. HIV/AIDS information promotion at the library: creative campaigns for young adults. *J. Med. Libr. Assoc.* 2019;107(2):222—31. doi: 10.5195/jmla.2019.588
- Przybyla S. M., Parks K., Bleasdale J., Sawyer J., Morse D. Awareness, knowledge, and attitudes towards human immunodeficiency virus (HIV) pre-exposure prophylaxis (PrEP) among pharmacy students. *Curr. Pharm. Teach. Learn.* 2019;11(4):352—60. doi: 10.1016/j.cptl.2019.01.011
- Аглиуллина С. Т., Хасанова Г. Р., Мухарьямова Л. М., Хасанова Р. Н. Отношение студентов медицинских факультетов к проблеме ВИЧ-инфекции. *Профилактическая и клиническая медицина*. 2017;2(63):72—7.
- Лепко А. К., Романова М. Е. Значение информированности молодежи о путях распространения ВИЧ-инфекции в целях ее профилактики. *Человек — Природа — Общество: Теория и практика безопасности жизнедеятельности, экономики и валеологии*. 2018;4(11):33—7.
- Молоканова М. В., Юдина А. С., Геймерлинг В. Э. Роль образования в профилактике распространения ВИЧ-инфекции среди учащейся молодежи. *Вестник новых медицинских технологий*. 2019;(1):96—9.
- Нараева Н. Ю., Старцева С. В., Полетаева И. А., Грошева Е. С. Осведомленность студентов института сестринского образования ВГМУ им. Н. Н. Бурденко об основных принципах ВИЧ-инфекции. *Многопрофильный стационар*. 2019;(6):1:33—4.

22. Ефремова О. С., Юрин О. Г. Доконтактная профилактика ВИЧ-инфекции. *Инфекционные болезни*. 2019;17(1):72—6.
23. Галактионов В. Г. Иммунология. М.: Нива России; 2000.

Поступила 18.12.2019  
Принята в печать 23.01.2020

## REFERENCES

- Hrjanin A. A., Tolmashova O. P., Kornienko M. V., Suharev F. A., Kovalenko G. A., Litohina M. A., Sulejmanova Zh. I. Awareness about HIV/STIs and sexual behavior of students in Novosibirsk. *Nauchnye konferencii NGMU*. 2017;(1):48—53 (in Russian).
- Vehova E. V., Komarova M. V., Sadykova G. B., Strukova E. A. Assessing the awareness of the younger generation about risk factors for HIV infection as one of the methods of population prophylaxis in a region with a high level of prevalence of the population. *VICH-infekcija i immunosupressii*. 2013;5(2):117—21 (in Russian).
- Taenkova I. O., Trocenko O. E., Balahonceva L. A., Taenkova A. A. Youth and HIV: risk awareness and a culture of healthy and safe behavior. *Dal'nevostochnyj zhurnal infekcionnoj patologii*. 2017;32:73—9 (in Russian).
- Topka N. B. Prevention of the spread of HIV/AIDS in the educational environment. *Vestnik Kostromskogo gosudarstvennogo universiteta*. 2016;(4):284—5 (in Russian).
- Zakorkina N. A. The relevance of sociological research on HIV prevention in the preparation of students of pedagogical universities. *Evrasijskij Sojuz Uchenyh*. 2016;5(26):24—6 (in Russian).
- Arhipova A. V., Yudina S. M., Ivanova I. A., Sal'nikova I. Yu., Rusanova T. S., Tarabrina O. V., Arhipova E. A. On the issue of HIV awareness in the student community. *Kollekcija gumanitarnyh issledovanij*. 2017;1(4):10—5 (in Russian).
- Ketova N. A., Brosalin D. A. Students' attitude to the effectiveness of measures aimed at informing about HIV infection (sociological analysis). *Kollekcija gumanitarnyh issledovanij*. 2017;1(4):84—8 (in Russian).
- Ljubeznova O. N., Chastoedova I. A., Kulametov A. S., Salamatova A. A., Semushina E. V. Assessment of the awareness of primary school students about HIV infection. *Medicinskij al'manah*. 2017;4(49):132—5 (in Russian).
- Muryvanova N. N., Gorbunov V. I. Assessment of risk factors for HIV infection in the youth environment of the Ulyanovsk region. *Ul'janovskij mediko-biologicheskij zhurnal*. 2015;(1):113—8 (in Russian).
- Kulesh T. A., Sidorova O. G., Kulesh A. M., Gluhih M. V., Mel' A. V. Hygienic assessment of risk factors for the spread of HIV and drug addiction among medical students. *Permskij medicinskij zhurnal*. 2016;33(3):89—96 (in Russian).
- Sepiashvili G. G., Grjazeva A. E., Ahmetova Z. K. Analysis of the implementation of an awareness-raising program for HIV prevention in Russia using medical students. *Vestnik soveta molodyh uchenyh i specialistov Cheljabinskoy oblasti*. 2018;2(4):60—4 (in Russian).
- Keser G., Göcüncü N., Pekiner F. N. Assessment of knowledge level about acquired immune deficiency syndrome and patient approaches of dental students. *Niger. J. Clin. Pract.* 2019;22(9):1259—65. doi: 10.4103/njcp.njcp\_116\_19
- Shallo S. A., Mengesha W. W. Exposure to Sexually Explicit Materials and Its Association with Sexual Behaviors of Ambo University Undergraduate Students, 2018. *Ethiop. J. Health. Sci.* 2019;29(4):461—70. doi: 10.4314/ejhs.v29i4.7
- Alhasawi A., Grover S. B., Sadek A., Ashoor I., Alkhabbaz I., Almasri S. Assessing HIV/AIDS Knowledge, Awareness, and Attitudes among Senior High School Students in Kuwait. *Med Princ Pract.* 2019;28(5):470—6. doi: 10.1159/000500307
- Sunil T. S., Xu X. Substance abuse and HIV/STD prevention at a Hispanic-serving institution in South Texas: A study of racial/ethnic and gender heterogeneity and intersectionality. *J. Ethn. Subst. Abuse.* 2019;22:1—18. doi: 10.1080/15332640.2019.1641173
- Norton H. F., Ansell M. E., Pomputius A., Edwards M. E., Daley M., Harnett S. HIV/AIDS information promotion at the library: creative campaigns for young adults. *J. Med. Libr. Assoc.* 2019;107(2):222—31. doi: 10.5195/jmla.2019.588
- Przybyla S. M., Parks K., Bleasdale J., Sawyer J., Morse D. Awareness, knowledge, and attitudes towards human immunodeficiency virus (HIV) pre-exposure prophylaxis (PrEP) among pharmacy students. *Curr. Pharm. Teach. Learn.* 2019;11(4):352—60. doi: 10.1016/j.cptl.2019.01.011
- Agliullina S. T., Hasanova G. R., Muharjajeva L. M., Hasanova R. N. Attitude of medical students to the problem of HIV infection. *Profilakticheskaja i klinicheskaja medicina*. 2017;2(63):72—7 (in Russian).
- Lepko A. K., Romanova M. E. The importance of youth awareness of the ways of spreading HIV infection with a view to its prevention. *Chelovek — Priroda — Obshchestvo: Teorija i praktika bezopasnosti zhiznedejatel'nosti, jekonomiki i valeologii*. 2018;4(11):33—7 (in Russian).
- Molokanova M. V., Yudina A. S., Gejmerling V. E. The role of education in preventing the spread of HIV among students. *Vestnik novykh medicinskih tehnologij*. 2019;(1):96—9 (in Russian).
- Naraeva N. Yu., Starceva S. V., Poletaeva I. A., Grosheva E. S. Awareness of students of the Institute of Nursing Education VGMU them. N. N. Burdenko on the basic principles of HIV infection. *Mnogoprofil'nyj stacionar*. 2019;(6):1:33—4 (in Russian).
- Efremova O. S., Yurin O. G. Pre-exposure prophylaxis for HIV infection. *Infekcionnye bolezni*. 2019;17(1):72—6 (in Russian).
- Galaktionov V. G. Immunology [Immunologiya]. Moscow: Niva Rossii; 2000 (in Russian).

**Ходакова О. В., Дударева В. А.**

## **СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ СИСТЕМЫ ОХРАНЫ МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА НА РЕГИОНАЛЬНОМ УРОВНЕ**

ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» Минздрава России, 672000, г. Чита

*Совершенствование системы охраны материнства и детства выступает приоритетным направлением социальной политики государства. Стратегические задачи здравоохранения, направленные на сохранение здоровья женского и детского населения, реализуются комплексными мероприятиями различных государственных институтов системы охраны материнства и детства, показатели деятельности которой отражают ее медико-социальную и экономическую эффективность. Целью данного исследования является социально-гигиеническая оценка современного состояния системы охраны материнства и детства на территории Забайкальского края. В исследовании использованы санитарно-статистический, социологический, структурно-организационный, экспертный методы. Оценка достоверности разности зависимых выборок с качественными показателями проведена на основе расчета непараметрического критерия Кокрена. По результатам экспертной оценки выявлены наиболее значимые проблемные зоны в системе охраны материнства и детства на региональном уровне: проблемы материально-технического оснащения медицинских организаций, дефицитное кадровое обеспечение медицинских организаций, недостаточность нормативно-правового регулирования системы охраны материнства и детства, несовершенство организации медицинской помощи детскому населению в рамках реализации порядков оказания медицинской помощи, ограниченная доступность медицинской помощи декларативный характер порядка межведомственного взаимодействия медицинских организаций с государственными социальными институтами в системе охраны материнства и детства. Представленные проблемные области негативно отражаются на медико-демографических показателях, коэффициентах здоровья населения в регионе и приводят к снижению медицинской, социальной и экономической эффективности отрасли. Сложившаяся ситуация требует принятия структурно-организационных и управленческих решений со стороны органов исполнительной власти.*

**Ключевые слова:** система охраны материнства и детства; проблемные зоны; ресурсная обеспеченность; нормативно-правовое обеспечение.

**Для цитирования:** Ходакова О. В., Дударева В. А. Социально-гигиеническая оценка состояния системы охраны материнства и детства на региональном уровне. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2020;28(3):423—427. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2020-28-3-423-427>

**Для корреспонденции:** Дударева Виктория Андреевна, ассистент кафедры общественного здоровья и здравоохранения и экономики здравоохранения ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» Минздрава России, e-mail: [dudareva\\_viktoriya@inbox.ru](mailto:dudareva_viktoriya@inbox.ru)

**Khodakova O. V., Dudareva V. A.**

## **THE SOCIAL HYGIENIC EVALUATION OF CONDITION OF SYSTEM OF MATERNITY AND CHILDHOOD CARE AT THE REGIONAL LEVEL**

The Federal State Budget Educational Institution of Higher Education "The Chita State Medical Academy" of Minzdrav of Russia, 672000, Chita, Russia

*The maternal and child welfare system development is the priority target for state social policy. The strategic objectives of health care are targeted to preserving health of mother and child and are implemented through complex activities of various state institutions of maternity and childhood protection system with predominant focus on medical social and economic efficiency. The purpose of study is sociological hygienic evaluation of actual state of maternity and childhood health protection system at the Trans-Baikal Territory. The study used sanitary-statistical, sociological, structural, organizational, expert methods. The estimation of reliability of difference of dependent samples with qualitative indicators was carried out on the basis of the calculation of the non-parametric Cochran test. According to the results of expert assessment, the most significant problem areas in the system of maternity and childhood health protection at the regional level were identified: material and technical equipment of medical organizations, scarce staffing of medical organizations, lack of legal regulation, inadequate organization of medical care of children within the framework of implementation of procedures of provision of medical care, limited availability of medical care, declarative nature of the order of interdepartmental interaction of medical organizations with state social institutions in the system of maternal and child health protection. The established problem areas have negative impact on medical and demographic indicators, coefficients of health of the population in the region and result in decreasing in medical, social and economic efficiency of health care system. The current situation requires adoption of organizational and managerial decisions by executive authorities.*

**Keywords:** maternity and childhood protection system; problem areas; resource equipment; regulatory support.

**For citation:** Khodakova O. V., Dudareva V. A. The social hygienic evaluation of condition of system of maternity and childhood care at the regional level. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2020;28(3):423—427 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2020-28-3-423-427>

**For correspondence:** Dudareva V. A., the assistant of the Chair of Public Health, Health Care and Health Care Economics of the Federal State Budget Educational Institution of Higher Education "The Chita State Medical Academy". e-mail: [dudareva\\_viktoriya@inbox.ru](mailto:dudareva_viktoriya@inbox.ru)

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

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

## Введение

На современном этапе развития каждое государство предъявляет высокие требования к социальным институтам, определяющим фундамент для эффективной реализации политических, социально-экономических и культурных процессов. Система охраны материнства, детства и семьи выступает одним из таких институтов, определяя приоритеты в сфере охраны здоровья женского и детского населения как основы репродуктивного и человеческого капитала [1, 2].

Результативность основных направлений деятельности службы охраны материнства и детства отражает уровень ресурсного обеспечения отрасли, качество, доступность и безопасность предоставляемых медицинских услуг, правовую грамотность населения, а также эффективность внутри- и межведомственного взаимодействия [3, 4]. Степень достижения критериальных показателей деятельности данной системы выступает индикатором реализации конституционных прав граждан в вопросах охраны здоровья [5, 6].

В настоящее время система охраны материнства и детства представлена рационально выстроенной трехуровневой сетью медицинских организаций, обеспечивающей преемственность и этапность оказания медицинской помощи [6, 7]. Эффективность каждого этапа определяется организационно-управленческими, материально-техническими, нормативно-правовыми ресурсами. Негативная динамика при оценке основных медико-демографических показателей Российской Федерации за последнее десятилетие указывает на наличие проблемных зон как в экономической сфере, так и в социальных вопросах [8—10].

Целью данного исследования является социально-гигиеническая оценка современного состояния системы охраны материнства и детства на территории Забайкальского края.

## Материалы и методы

Исследование проведено с применением экспертного, санитарно-статистического и аналитического методов. Выявление и оценка проблемных зон в системе охраны материнства и детства, в вопросах оказания медицинской помощи женскому и детскому населению реализованы на основе метода экспертных оценок. В экспертную группу вошли специалисты по профилю «Педиатрия», имеющие стаж работы более 10 лет, аттестованные на соответствие высшей квалификационной категории по указанной специальности ( $n=31$ ). Исследование включало два этапа.

В рамках первого этапа проведена социологическая оценка внутри экспертной группы методом опроса по специально разработанному опросному листу. В ходе исследования эксперт определял и представлял характеристику имеющихся, по его мнению, проблемных областей.

Второй этап включал анализ полученной информации путем генерализации ответов экспертов в шесть групп, отражающих зоны неэффективности в системе охраны материнства и детства, а также ранжирования их по частоте встречаемости в опросных листах.

Для оценки достоверности полученных результатов — значимости различия двух и более воздействий на группы — использован непараметрический критерий Кокрена (Q). Воздействие (отклик) выступало дихотомической переменной, принимавшей два значения — да/нет (0/1):

$$Q = \frac{(K-1) \times [K \sum (\sum X_r)^2 - (\sum X_r)^2]}{K \sum (\sum X_r) - \sum (X_r^2)},$$

где  $K$  — число повторных исследований у каждого эксперта. Рассчитанный коэффициент сравнивался с табличным значением критерия Кокрена. Полученные результаты с высокой степенью достоверности ( $p \leq 0,01$ ) позволили утверждать, что установленные различия в группах неслучайны.

Для подтверждения выявленных проблемных зон проведен структурно-организационный анализ системы охраны материнства и детства, изучены вопросы правовой грамотности населения, социальной удовлетворенности доступностью медицинской помощи на основе расчета относительного риска — RR (статистически значимое влияние фактора на результат при  $RR > 1$ ), изучение степени достоверности различий между выборочными совокупностями проведено с использованием критерия согласия Пирсона ( $\chi^2$ ).

## Результаты исследования

В ходе исследования получена социально-гигиеническая оценка состояния системы охраны материнства и детства на субъектовом уровне. Наличие проблемных зон в системе отметили 91,3% (95% ДИ 89,3—93,3) экспертов. Результаты анализа позволили обобщить выявленные проблемы в шесть групп и ранжировать их по частоте встречаемости в порядке убывания.

Первая группа — недостаточное оснащение медицинских организаций современной материально-технической базой. Наличие данной проблемы обозначили и охарактеризовали 86,9% (95% ДИ 82,3—91,5) экспертов.

В современных условиях в соответствии с действующей нормативно-правовой базой медицинская помощь женскому и детскому населению в регионе организуется и оказывается в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, которые разрабатываются по отдельным ее видам и профилям. Так, медицинская помощь женщинам при родах и в послеродовой период оказывается в учреждениях трех типов: 1-й тип — акушерские стационары низкой степени риска, 2-й — акушерские стационары (родильные дома) средней степени риска, имеющие в структуре палаты интенсивной терапии (ПИТ)

## Здоровье и общество

для женщин и палаты интенсивной и реанимационной терапии (ПРИТ) для новорожденных, а также межрайонные перинатальные центры, 3-й тип — акушерские стационары высокой степени риска, включающие отделение анестезиологии-реаниматологии для женщин, отделение реанимации и интенсивной терапии для новорожденных, отделение патологии новорожденных и недоношенных детей (II этап выхаживания), акушерский дистанционный консультативный центр с выездными анестезиолого-реанимационными акушерскими бригадами. Медицинская помощь по профилю «Педиатрия» оказывается в соответствии с порядками в виде первичной медико-санитарной помощи, в том числе доврачебной, врачебной, специализированной, скорой, в том числе специализированной, специализированной, в том числе высокотехнологичной, в соответствующих условиях и формах в учреждениях здравоохранения трех уровней (в кабинете врача педиатра участкового и в детской поликлинике, в консультативно-диагностическом центре, в педиатрическом отделении/больнице).

Для обеспечения доступной и качественной медицинской помощи женскому и детскому населению медицинские организации должны соблюдать стандарты оснащения структурных подразделений лечебно-диагностическим оборудованием. Однако 86,9% (95% ДИ 82,3—91,5) экспертов отмечают несовершенство процесса обеспечения медицинской организации материально-техническими ресурсами вследствие нерационального обоснования потребности в изделиях медицинского назначения, отсутствия необходимого межструктурного взаимодействия подразделений медицинской организации, ответственных за вопросы ресурсного обеспечения на различных уровнях, нарушений в учетно-отчетной документации закупок и использования медицинских изделий и оборудования, а также в силу выраженного морального и физического износа имеющейся материально-технической базы. Представленные факторы приводят к снижению и потере контроля за ресурсным обеспечением медицинской деятельности.

Второе ранговое место (69,6%) занимают проблемы кадрового обеспечения медицинских организаций края (95% ДИ 63,8—75,4). При оценке кадровых ресурсов трехуровневой системы оказания медицинской помощи женскому и детскому населению в регионе за 2012—2017 гг. отмечена отрицательная тенденция изменения показателей. Уровень обеспеченности женского населения врачами акушерами-гинекологами снизился на 27,6% (с 5,8 до 4,2 на 10 тыс. женского населения), обеспеченности детского населения врачами-педиатрами сократился на 29,7% (с 20,2 до 14,2 на 10 тыс. детского населения), обеспеченности детей раннего возраста врачами-неонатологами снизился на 7,6% (с 43,6 до 40,3 на 10 тыс. детского населения). Наибольший дефицит врачебных кадров отмечается в сельской местности.

Негативная динамика изменения кадрового потенциала региона обуславливает снижение эффек-

тивности деятельности подразделений службы охраны материнства и детства за счет ограничения доступности первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи детскому и женскому населению, что отражается на показателях здоровья населения. Данный факт подтверждает достоверно значимая корреляционная зависимость между обеспеченностью детского населения врачами-педиатрами и общей заболеваемостью детей в возрастной группе от 0 до 14 лет ( $r=+0,769$ ;  $p<0,05$ ) и уровнем обеспеченности детского населения врачами-неонатологами и общей заболеваемостью новорожденных детей ( $r=+0,631$ ;  $p<0,05$ ).

На третьем месте (65,2%) оказались проблемы нормативно-правового регулирования в системе охраны материнства и детства (95% ДИ 61,5-68,9). Ведущие специалисты службы указывают на несовершенство имеющейся законодательной базы на всех уровнях (федеральном, региональном и локальном). В качестве «правовых пробелов» эксперты указывают отсутствие регламентации механизмов реализации конституционных прав отдельных категорий граждан в сфере охраны здоровья, несостоятельность внутри- и межведомственного взаимодействия государственных социальных институтов системы охраны материнства и детства. Необходимо отметить, что уровень правовой грамотности населения также является значимым фактором, отражающимся как на процессе реализации прав граждан в сфере охраны здоровья, так и на степени социальной удовлетворенности при получении медицинской помощи. Социологическим исследованием, проведенным на территории Забайкальского края, установлено, что уровень правовой грамотности населения в области реализации прав несовершеннолетних в сфере охраны здоровья низкий. Данный факт подтверждают недостаточный уровень осведомленности граждан о законодательных актах, составляющих нормативно-правовую базу системы охраны детства и семьи международного и национального уровня; низкий уровень информированности населения об основных нормах ФЗ от 29.12.1995 № 223-ФЗ (ред. от 01.05.2017 г.) «Семейный кодекс Российской Федерации», недостаточный уровень знаний для реализации основных норм, регламентирующих вопросы в сфере защиты прав детей в соответствии с ФЗ от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Аналогичная характеристика получена при изучении правового поведения специалистов, оказывающих медицинскую помощь женскому и детскому населению, что негативно отражается на условиях реализации прав несовершеннолетних граждан в области охраны здоровья.

В качестве четвертой проблемной зоны системы охраны материнства и детства эксперты назвали несовершенство организации медицинской помощи детскому населению в рамках реализации порядков оказания медицинской помощи (60,8%; 95% ДИ 53,1—68,5). В данном разделе отражены вопросы соблюдения этапности и маршрутизации пациентов

## Оценка проблемных зон в системе охраны материнства и детства на региональном уровне (по материалам Забайкальского края)

| Номер анкеты | Проблемная зона |                 |                 |                |                |                 | $\Sigma X_R$              | $(\Sigma X_R)^2$            |
|--------------|-----------------|-----------------|-----------------|----------------|----------------|-----------------|---------------------------|-----------------------------|
|              | 1               | 2               | 3               | 4              | 5              | 6               |                           |                             |
| 1            | 0               | 0               | 1               | 1              | 0              | 0               | 2                         | 4                           |
| 2            | 1               | 1               | 1               | 1              | 1              | 1               | 6                         | 36                          |
| 3            | 0               | 0               | 0               | 1              | 1              | 0               | 2                         | 4                           |
| 4            | 0               | 0               | 1               | 1              | 1              | 0               | 3                         | 9                           |
| 5            | 1               | 1               | 1               | 1              | 0              | 1               | 5                         | 25                          |
| Всего, n=31  | $\Sigma X_1=13$ | $\Sigma X_2=13$ | $\Sigma X_3=16$ | $\Sigma X_4=4$ | $\Sigma X_5=8$ | $\Sigma X_6=22$ | $\Sigma (\Sigma X_R)=110$ | $\Sigma (\Sigma X_R)^2=492$ |

Примечание.  $\Sigma X_R$  — сумма положительных откликов по строке;  $\Sigma X_{1...6}$  — сумма положительных откликов по столбцам 1—6; n — число экспертов.

при оказании медицинской помощи, а также сроки предоставления медицинских услуг. Так, при оценке соблюдения сроков оказания первичной медико-санитарной помощи детскому населению в соответствии с Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Забайкальского края время ожидания приема врача участкового педиатра у 24% (95% ДИ 20,4—27,5) респондентов составило более 24 ч, время ожидания приема врача-специалиста в плановой форме свыше 14 календарных дней — у 23,1% (95% ДИ 19,6—26,6), неотложная помощь была оказана пациентам в течение более чем 2 ч в 20,5% (95% ДИ 17,2—23,9) случаев. Необходимо отметить, что 29,9% (95% ДИ 26,1—33,7) пациентов указывают, что сталкивались с отказом в оказании медицинской помощи. В структуре случаев неоказания медицинской помощи первое место занимают отказ в консультации узкого специалиста (61,3%; 95% ДИ 54,8—67,9); второе — отказ в проведении диагностического исследования (32,1%; 95% ДИ 25,8—38,4), третье — отказ в лечении (6,6%; 95% ДИ 3,3—9,9). Представленные результаты свидетельствуют об ограниченной доступности медицинской помощи, что может отрицательно сказаться на показателях здоровья населения, коэффициентах эффективности деятельности медицинских организаций, а также значительно снизить степень социальной удовлетворенности пациентов доступностью медицинской помощи.

Пятая проблемная зона — ограниченная доступность медицинской помощи детскому населению (52,2%; 95% ДИ 57,0—47,4). Одним из важнейших критериев медико-социальной эффективности оказания медицинской помощи выступает уровень социальной удовлетворенности населения доступностью медицинских услуг в амбулаторных условиях. Изучение факторной обусловленности удовлетворенности населения оказанием медицинской помощи детям позволило установить статистически значимые предикторы: доверительные взаимоотношения с лечащим врачом —  $RR=10,0$  ( $\chi^2=114,3$ ), степень информированности законного представителя ребенка о состоянии его здоровья и используемых методах профилактики, диагностики и лечения заболеваний —  $RR=6,4$  ( $\chi^2=106,8$ ), уровень комфортности медицинской организации —  $RR=4,5$  ( $\chi^2=52,3$ ), усло-

вия реализации права пациента на выбор лечащего врача —  $RR=3,7$  ( $\chi^2=84,8$ ). Выявленные предикторы негативно отражаются на доступности предоставляемых медицинских услуг и механизмах реализации прав несовершеннолетних пациентов в сфере охраны здоровья.

В качестве шестой проблемной зоны эксперты определили низкую эффективность взаимодействия медицинских организаций системы охраны материнства и детства с такими социальными институтами государства: органами социальной защиты, органами опеки и попечительства, комиссией по делам несовершеннолетних (49%; 95% ДИ 52,4—45,3). В качестве причин, негативно влияющих на внутри- и межведомственное взаимодействие, эксперты указывают проблемы оперативной передачи информации в силу отсутствия единой информационной системы, несовершенство нормативно-правового обеспечения в части координирования процессов работы с социально уязвимыми и социально неблагополучными семьями, а также значительные ограничения полномочий медицинских работников в вопросах своевременного изъятия детей в ситуациях, несущих угрозу жизни ребенка.

Достоверность выявленных проблемных зон в системе охраны материнства и детства (по материалам Забайкальского края) подтверждена расчетом непараметрического критерия Кокрена (см. таблицу).

По результатам расчетов значение критерия Кокрена составило 1800,6. Данный показатель превышает нормативное табличное значение — 16,0, что свидетельствует о высокой степени достоверности ( $p \leq 0,01$ ) полученных результатов.

### Обсуждение

Социально-гигиеническая оценка системы охраны материнства и детства позволила представить объективную ситуацию в отрасли, сложившуюся в настоящее время на территории субъекта РФ. По результатам экспертной оценки специалистов обозначены и охарактеризованы наиболее значимые проблемные области в системе охраны материнства и детства: материально-техническое обеспечение учреждений здравоохранения, кадровый потенциал отрасли, нормативно-правовое обеспечение в системе охраны материнства и детства, организация ме-

## Здоровье и общество

дицинской помощи детскому населению в рамках реализации порядков оказания медицинской помощи, доступность медицинской помощи населению, порядок организации и реализации взаимодействия медицинских организаций с государственными социальными институтами в системе охраны материнства и детства. Представленные проблемные зоны негативно отражаются на достижении медицинской, социальной и экономической эффективности.

### Выводы

1. По результатам экспертной оценки получены качественные характеристики актуальных проблем организации и оказания медицинской помощи женскому и детскому населению на региональном уровне.

2. Наиболее значимыми проблемными зонами в системе охраны материнства и детства являются проблемы ресурсного обеспечения медицинских организаций и нормативно-правовой регламентации вопросов оказания медицинской помощи.

3. Выявленные проблемы в системе охраны материнства и детства обуславливают необходимость принятия соответствующих организационно-управленческих решений.

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

### ЛИТЕРАТУРА

1. Ткаченко А. Демографическая ситуация и национальная экономика России в первом десятилетии XXI века. *Власть*. 2012;(10):4—9.
2. Баранов А. А., Лапин Ю. Е., Яковлева Т. В. Охрана здоровья детей в системе государственной политики. *Вестник Российской академии медицинских наук*. 2011;(6):8—12.
3. Замиралова Т. А. Охрана материнства и детства как аспект социальной политики. *Успехи современной науки*. 2017;(3):12—4.
4. Губанова Г. Ш., Максина Т. П. Отражение проблем защиты материнства и детства в российском законодательстве. *Сборники конференции НИЦ Социосфера*. 2011;38:58—63.
5. Баранов А. А. Многоуровневая система оказания медицинской помощи детскому населению. *Вопросы современной педиатрии*. 2014;13(2):5—10.
6. Баранов А. А., Щербук Ю. А., Эрман Л. В., Симаходский А. С. Основные направления реструктуризации службы охраны здо-

ровья матери и ребенка в мегаполисе. *Вопросы современной педиатрии*. 2008;(3):6—8.

7. Куликов О. В., Муратова М. В., Тимакова Н. В. Оказание медико-социальной помощи детям и семьям в условиях детской поликлиники. *Российский педиатрический журнал*. 2013;(6):11—6.
8. Томских Э. С., Шильникова Н. Ф. Характеристика мировых демографических проблем и способов управления демографическими процессами. *Забайкальский медицинский вестник*. 2013;(2):193—9.
9. Герасименко Н. Ф. Сверхсмертность населения — главная демографическая проблема России в контексте европейских тенденций здоровья. *Здравоохранение Российской Федерации*. 2009;(3):10—3.
10. Стародубов В. И., Цыбульская И. С., Суханова Л. П. Охрана здоровья матери и ребенка как приоритетная проблема современной России. *Современные медицинские технологии*. 2009;(2):11—6.

Поступила 08.12.2019  
Принята в печать 23.01.2020.

### REFERENCES

1. Tkachenko A. The demographic situation and the national economy of Russia in the first decade of the XXI century. *Vlast'*. 2012;(10):4—9 (in Russian).
2. Baranov A. A., Lapin Yu. E., Yakovleva T. V. Child health in the public policy system. *Vestnik Rossiyskoy akademii meditsinskikh nauk*. 2011;(6):8—12 (in Russian).
3. Zamiralova T. A. Protection of motherhood and childhood as an aspect of social policy. *Uspekhi sovremennoy nauki*. 2017;(3):12—4 (in Russian).
4. Gubanova G. Sh., Maksina T. P. Reflection of the problems of protecting mothers and children in Russian legislation. *Sborniki konferentsii NITS Sotsiosfera*. 2011;38:58—63 (in Russian).
5. Baranov A. A. Multi-level system of medical care for children. *Voprosy sovremennoy pediatrii*. 2014;13(2):5—10 (in Russian).
6. Baranov A. A., Shcherbuk Yu. A., Erman L. V., Simakhodskiy A. S. The main directions of the restructuring of the maternal and child health services in the city. *Voprosy sovremennoy pediatrii*. 2008;(3):6—8 (in Russian).
7. Kulikov O. V., Muratova M. V., Timakova N. V. Providing medical and social assistance to children and families in a children's clinic. *Rossiyskiy pediatricheskiy zhurnal*. 2013;(6):11—6 (in Russian).
8. Tomskikh E. S., Shil'nikova N. F. Characteristics of the world's demographic problems and ways to manage demographic processes. *Zabaykal'skiy meditsinskiy vestnik*. 2013;(2):193—9 (in Russian).
9. Gerasimenko N. F. The overmortality of the population is the main demographic problem of Russia in the context of European health trends. *Zdravookhraneniyye Rossiyskoy Federatsii*. 2009;(3):10—3 (in Russian).
10. Starodubov V. I., Tsybul'skaya I. S., Sukhanova L. P. Maternal and child health as a priority problem in modern Russia. *Sovremennyye meditsinskiye tekhnologii*. 2009;(2):11—6 (in Russian).

© Низова Л. М., Кислицына И. Г., 2020  
УДК 61:316.3**Низова Л. М., Кислицына И. Г.****СОЦИАЛЬНОЕ ПАРТНЕРСТВО В СФЕРЕ МОДЕРНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

ФГБОУ ВО «Поволжский государственный технологический университет», 424000, г. Йошкар-Ола

*Исследована роль межведомственного взаимодействия модернизации сферы здравоохранения на региональном уровне (на примере Республики Марий Эл). На основе авторского мониторинга определена динамика медико-демографических показателей. За последние 5 лет выросла ожидаемая продолжительность жизни, увеличилась удовлетворенность населения медицинской помощью. Возросла ее доступность в сельской местности, первичная медико-санитарная помощь оказывается в 49 врачебных амбулаториях и 207 фельдшерско-акушерских пунктах, что соответствует нормативам. На этом фоне сохраняются снижение рождаемости и рост смертности по причине болезней системы кровообращения и новообразований.*

*В целях более глубокого исследования состояния отрасли с учетом требований национального проекта «Здравоохранение» проведено социологическое исследование двух категорий респондентов (пациенты и медицинский персонал районной больницы).*

*Показатели демографического развития сдерживаются негативными тенденциями в изменении возрастной структуры населения, его старением и регрессивностью, сокращением численности женщин наиболее активного репродуктивного возраста и сверхсмертностью мужчин трудоспособного возраста.*

*Социальное партнерство заинтересованных органов и организаций регионального уровня, участвующих в реформировании и совершенствовании здравоохранения, по мнению авторов, снизит остроту названных проблем. Проведены статистические наблюдения по выполнению критериев доступности и качества медицинской помощи. Авторами разработана схема взаимодействия 12 министерств и ведомств республики и внесены предложения по повышению качества и доступности медицинской помощи, престижа профессии медицинских работников, развитию форм здорового образа жизни.*

**Ключевые слова:** здравоохранение; социальное партнерство; медицинские кадры; национальный проект; высокотехнологичное лечение; продолжительность жизни; рождаемость; смертность; пациенты.

**Для цитирования:** Низова Л. М., Кислицына И. Г. Социальное партнерство в сфере модернизации здравоохранения. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2020;28(3):428—432. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2020-28-3-428-432>

**Для корреспонденции:** Низова Людмила Михайловна, д-р экон. наук, профессор кафедры социальных наук и технологий ФГБОУ ВО «Поволжский государственный технологический университет», e-mail: nizova@yandex.ru

**Nizova L. M., Kislitsyna I. G.****THE SOCIAL PARTNERSHIP IN SPHERE OF HEALTH CARE MODERNIZATION**

The Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The Volga Region State Technological University”, 424000, Yoshkar-Ola, Russia

*The article considers the role of interdepartmental cooperation in modernization of health sector at the regional level exemplified by Mari El Republic. Based on data of study monitoring, the dynamics of medical and demographic indicators are determined. Over the past five years, life expectancy increased, patient satisfaction with medical care increased. Its accessibility increased in rural areas. The primary health care is provided in 49 outpatient clinics and in 207 paramedic and midwifery centers, that meets the established standards. Against this background, the birth continues decreasing of birth rate and increasing of mortality because of diseases of blood circulation system and neoplasms.*

*In order to more thoroughly study the state of health care and taking into account requirements of the National Health Care Project, the sociological survey of two categories of respondents (patients and medical staff of the district hospital) was carried out.*

*The indicators of demographic development are restrained by negative alterations in demographic structure of population, its aging and regressivity, decreasing of percentage of women of most active reproductive age and high mortality of men of able-bodied age.*

*The social partnership of interested bodies and organizations involved in the reform and improvement of health care system can reduce severity of the above-mentioned problems. Statistical monitoring of implementation of requirements to accessibility and quality of medical care was carried out. The article presents original scheme of interaction between twelve ministries and departments of the Republic. The proposals of to improve quality and accessibility of medical care, the prestige of medical profession and implementation of healthy lifestyles are proposed.*

**Keywords:** health care; social partnership; medical personnel; national project; high-tech medical treatment; life expectancy; fertility; mortality; patients.

**For citation:** Nizova L. M., Kislitsyna I. G. The social partnership in sphere of health care modernization. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2020;28(3):428—432 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2020-28-3-428-432>

**For correspondence:** Nizova L. M., doctor of economical sciences, professor of the Chair of Social Sciences and Technologies of the Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The Volga Region State Technological University”, e-mail: nizova@yandex.ru

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

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

Received 08.12.2019  
Accepted 23.01.2020

## Введение

Впервые в Послании Президента России Федеральному Собранию были поставлены конкретные цели и задачи по увеличению продолжительности жизни за счет модернизации здравоохранения и снижения смертности от новообразований, болезней системы кровообращения и младенческой смертности<sup>1</sup>. Преследуя цель сбережения населения, Россия должна войти в клуб стран «80 плюс», в котором состоят Япония, Франция, Германия, где продолжительность жизни превышает 80 лет<sup>1</sup>. В Российской Федерации (РФ) коэффициент естественного прироста населения имеет отрицательный показатель (–1,5), а фертильность составляет 1,62 [1]. Аналогичные проблемы характерны и для Республики Марий Эл (РМЭ), где естественная убыль населения возросла более чем в 3 раза (с –0,5 до –1,8 на 1 тыс. населения).

Поэтому далеко не случайно, что проблемы здравоохранения находятся в центре внимания многих ученых и практиков.

С методологической точки зрения интерес представляют научные выводы, содержащие концептуальные положения исследуемой темы. Особо следует отметить работы О. П. Щепина, С. П. Липского, А. Б. Зудина [2–4], посвященные проблемам развития здравоохранения и его модернизации в Российской Федерации. Вопросы межведомственного взаимодействия и социального партнерства в здравоохранении нашли отражение в ряде исследований [5, 6]. Необходимость и возможность использования в системе управления здравоохранением механизмов социального партнерства рассматривает А. Н. Чернышов [7].

Целью настоящего исследования является определение факторов повышения эффективности межведомственного взаимодействия в сфере модернизации здравоохранения на региональном уровне, в рамках которой поставлены следующие задачи:

- выявить приоритеты и проблемы на основе проведения социологического опроса медицинских работников и пациентов;
- определить роль субъектов межведомственного взаимодействия в сфере реализации национального проекта «Здравоохранение»;

## Материалы и методы

В качестве методов исследования выступают статистические наблюдения медико-демографических показателей за последние 5 лет, их сравнительный мониторинг в РФ и РМЭ, экспертный опрос и ранжирование мнений респондентов.

Актуальность настоящего исследования заключается не только в выявлении приоритетов и проблем, но и в определении мер по улучшению доступности и качества медицинских услуг. Основой для этого являются результаты социологического опроса па-

циентов и медицинского персонала центральной районной больницы на территории РМЭ. Выборка составила 175 человек.

Главными проблемами, по мнению пациентов, являются:

- сложно попасть к врачу узкой специальности (24%);
- у медицинского персонала много бумажной работы, что сокращает время на живое общение с врачом (20%);
- проблемы лекарственного обеспечения (16%);
- большие очереди и отсутствие электронных очередей (8%);
- трудности вызова скорой помощи (10%);
- проблемы в получении квоты на высокотехнологичное лечение (10%);
- платность и дороговизна лечения (10%);
- пренебрежительное отношение к пациентам со стороны медицинского персонала (2%).

Мнения медицинских работников несколько отличаются от мнений пациентов. К основным проблемам они отнесли:

- изношенность медицинского оборудования (20%);
- недостаточное использование моральных и материальных форм мотивации труда (14%);
- дефицит медицинских работников (14%);
- платность и дороговизна лечения (12%);
- проблемы лекарственного обеспечения (12%);
- отсутствие стимулирующих надбавок (10%);
- большие очереди и отсутствие электронной очереди (10%);
- трудности в получении квоты на высокотехнологичное лечение (4%).

Перечисленные мнения подкрепляются и результатами авторского мониторинга. Ожидаемая продолжительность жизни населения в РМЭ ниже, чем по РФ, на 1,18 года (72,9 против 71,72 года). Разница в продолжительности жизни мужчин (64,7 года) и женщин (76,9 года) в РМЭ составляет 12,2 года, а в РФ — 10,5 года [1, 8].

Показатели демографического развития в РМЭ сдерживаются негативными тенденциями в изменении структуры рождаемости и смертности населения. В 2018 г. отмечалось снижение рождаемости на 8,4%, что соответствует российскому показателю 10,9 на 1 тыс. населения. Данное снижение обусловлено сокращением численности женщин фертильного возраста и вступлением в репродуктивный возраст поколения 1990-х годов. Соответственно этому увеличился и показатель смертности населения на 2,4%, составив 12,7 против 12,4 на 1 тыс. населения в 2017 г. Показатель детской смертности составил 58,2 на 100 тыс. населения. Из них 50,5 — это младенческая смертность [8].

Основными причинами смертности в республике, как и по стране в целом, остаются болезни системы кровообращения (44%), новообразования (13,9%), несчастные случаи, травмы и отравления (10,6%; см. таблицу) [8].

<sup>1</sup> Послание Президента России Федеральному Собранию Российской Федерации. 2018, 1 марта. Доступно по ссылке: <http://kremlin.ru/events/president/news/56957>

**Структура смертности населения в РМЭ по основным причинам за 2014—2018 гг. (в %)**

| Показатель                                | 2014 г. | 2015 г. | 2016 г. | 2017 г. | 2018 г. | Изменение 2018 г. к 2014 г. |
|---|---------|---------|---------|---------|---------|-----------------------------|
| Умерших от всех причин                    | 100     | 100     | 100     | 100     | 100     |                             |
| В том числе:                              |         |         |         |         |         |                             |
| от болезней системы кровообращения        | 37,1    | 38,1    | 40,9    | 42,5    | 44      | +6,9                        |
| от новообразований                        | 13,2    | 13,9    | 14,3    | 14,0    | 13,9    | +0,7                        |
| от несчастных случаев, отравлений и травм | 14,8    | 12,7    | 12,6    | 11,4    | 10,6    | -4,2                        |

Модернизация системы здравоохранения в РМЭ направлена на реформирование инфраструктуры здравоохранения и приведение ее в соответствие с численностью и составом населения, со структурой заболеваемости и смертности.

В последние годы законодательными актами в сфере здравоохранения и социальной защиты населения рекомендуется использовать межведомственное взаимодействие заинтересованных органов и организаций. С точки зрения достижения целей и задач в реализации национального проекта «Здравоохранение» особую значимость имеет деловое партнерство как приоритет развития социального взаимодействия.

### Результаты исследования

Исследование социального партнерства в сфере модернизации здравоохранения РМЭ позволило определить 12 субъектов межведомственного взаимодействия, каждый из которых имеет свои функции и направления в реализации национального проекта «Здравоохранение».

Ведущим звеном в системе повышения качества медицинских услуг является Министерство здравоохранения, от которого зависит уровень государственного регулирования отрасли. Медицинские услуги населению в республике осуществляют 40 государственных медицинских учреждений, из них 18 — республиканского, 22 — муниципального уровня. В республике функционирует 207 фельдшерско-акушерских пунктов (ФАП), планируется дополнительная реконструкция 12 ФАП, что практически закрывает полную в них потребность.

С 2015 г. внедрена система индивидуального информирования застрахованных лиц, а с 2016 г. начато использование «личных кабинетов» пациентов в региональной медицинской информационной системе.

С 2017 г. реализуется программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, в том числе с участием медицинских организаций частной системы здравоохранения.

С 2018 г. организована трехэтапная система помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями и проводятся четырехкратные Дни открытых дверей для раннего выявления онкологических забо-

леваний, разработана схема маршрутизации для пострадавших в ДТП.

Особая роль в реализации национального проекта принадлежит медицинским организациям, среди которых различают три вида в зависимости от форм собственности и уровня принадлежности: 83,3% являются государственными и подведомственными Министерству здравоохранения республики, 6,3% подведомственны федеральным органам исполнительной власти и 10,4% имеют негосударственные формы собственности. При этом доля медицинских организаций частной системы здравоохранения, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования (ОМС), снизилась с 21,7 до 12,8%.

Ответственность за предоставление мер социальной поддержки социально незащищенным категориям граждан, за оздоровление детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, и за социальную реабилитацию детей-инвалидов несет Министерство социального развития РМЭ. Это направление имеет особое значение, поскольку сравнительная динамика нозологии таких детей позволила выявить у них болезни нервной системы и врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения, психологические расстройства и расстройства поведения, наиболее характерные для городской и сельской местности [9, с. 303]. При этом предстоит усилить внимание к социальному сопровождению всех видов социальных услуг в рамках индивидуальных программ.

Проблемы в здравоохранении отражаются на уровне инвалидности населения. Так, в 2018 г. данный показатель в республике увеличился с 51,4 до 59,6 на 10 тыс. населения, а за последние 3 года — на 17,3%. Настораживает то, что показатель первичной инвалидности только за 1 год возрос на 16%, в том числе среди лиц трудоспособного возраста — на 5,9%, а среди детского населения — на 19,3%. В связи с этим повышается значимость Федерального казенного учреждения «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Республике Марий Эл» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации.

В 2018 г. разработано почти 12 тыс. индивидуальных программ реабилитации и абилитации (далее — ИПРА), в которых даны заключения о нуждаемости в медицинской реабилитации (10 476), в реконструктивной хирургии (67), в санаторно-курортном лечении (819).

Набирает обороты взаимодействие Главного бюро медико-социальной экспертизы и Департамента труда и занятости населения РМЭ с региональными органами исполнительной власти по вопросам реализации ИПРА инвалидов на основе их социального партнерства. В 2018 г. даны рекомендации по обеспечению профессиональной ориентации 1023 инвалидам, по нуждаемости в трудоустройстве 1180 инвалидам, из них в 1042 случаях — в обычных условиях производства, в 132 случаях — в специально созданных условиях труда и на дому.

## Здоровье и общество

В развитии системы реабилитации важное место занимает Региональное отделение Фонда социального страхования Российской Федерации по Республике Марий Эл. В 2018 г. их услугами охвачено свыше 13 тыс. инвалидов и участников Великой Отечественной войны, ветеранов боевых действий и лиц, награжденных знаком «Житель блокадного Ленинграда», в том числе 11,6 тыс. инвалидов и 1,3 тыс. детей-инвалидов. Им предоставлено более 2,4 млн технических средств реабилитации. Социальная инфраструктура для людей с ограниченными физическими возможностями формируется Министерством строительства, архитектуры, жилищно-коммунального хозяйства республики. Оборудовано пандусами 176 зданий медицинских организаций, 72 здания оснащены кнопкой вызова медицинского персонала, 32 здания оборудованы указателями по системе Брайля.

Логическим продолжением межведомственного взаимодействия в обеспечении конституционных прав граждан на получение бесплатной медицинской помощи является деятельность Территориального фонда обязательного медицинского страхования Республики Марий Эл. При его участии в республике выполняются 130 методов высокотехнологичной медицинской помощи по 14 профилям, включенным в реестр ОМС.

Специализированную медицинскую помощь больным с инфекционной патологией оказывает ГБУ «Республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями». За 2018 г. выявлено 170 случаев ВИЧ-инфекции против 136 случаев в 2017 г., показатель заболеваемости составил 24,8 на 10 тыс. населения. Это аргументирует остроту проблемы.

Приоритетным направлением Министерства молодежной политики, спорта и туризма Республики Марий Эл является формирование здорового образа жизни. С 2019 г. в республике реализуется проект «Формирование системы мотивации граждан к здоровому образу жизни, включая здоровое питание и отказ от вредных привычек». Удельный вес граждан, систематически занимающихся физкультурой и спортом, в республике (41%) превзошел показатели РФ (34,2%) и Приволжского федерального округа (35,5%).

Учитывая многоаспектность решения данной проблемы, в стране, как считают С. Б. Дорофеев и А. И. Бабенко, необходимы соответствующие законодательные меры мотивационного и стимулирующего характера в формировании и поддержании здорового образа жизни, в которых были бы заинтересованы и государство, и работодатели, и здравоохранение, а также общественные институты, врачи, население [10].

В целях оказания медицинской помощи спортсменам, тренерам, ветеранам и инвалидам спорта в республике функционирует ГБУ РМЭ «Врачебно-физкультурный диспансер». Оно осуществляет медицинское сопровождение физкультурных и спор-

тивных мероприятий всех уровней, что также имеет значение для модернизации здравоохранения.

Одной из задач национального проекта является ликвидация кадрового дефицита в медицинских организациях. В РМЭ он составляет более 400 врачей, коэффициент совмещения равен 1,3, возврат выпускников медицинских вузов не превышает 87%. Для решения этой проблемы в республике функционируют два учебных учреждения: ГБПОУ РМЭ «Йошкар-Олинский медицинский колледж» и ФГБОУ ВО «Марийский государственный университет». Подготовка врачей началась в 2014 г., их первый выпуск позволит закрыть потребность в узких специальностях и фельдшерах сохранится. Республика активно включилась в программу «Земский доктор», численность ее участников в настоящее время превышает 60 человек, а в 2019 г. планируется дополнительно обеспечить врачами и фельдшерами 19 сельских медицинских учреждений.

Важным фактором для достижения цели является профилактика профессионального выгорания медицинских работников. В республике предусмотрены меры их социальной поддержки: решение жилищных проблем, оплата услуг ЖКХ, предусмотрены моральное и материальное стимулирование [11].

## Заключение

Для усиления межведомственного взаимодействия на этапе реализации национального проекта «Здоровье» авторами разработана подсистема социального партнерства заинтересованных органов и организаций здравоохранения республики.

По нашему мнению, Координационный центр должен возглавить первый заместитель председателя Правительства РМЭ по социальным вопросам. Целесообразно иметь скоординированный план действий каждого подразделения с указанием сроков, ответственных, источников финансирования, критериев и индикаторов принятых мер.

Скоординированные действия заинтересованных субъектов Центра позволят решить приоритетные задачи национального проекта «Здравоохранение»:

- развитие кадрового потенциала медицинских учреждений с использованием программ «Земский доктор» и «Земский фельдшер»;
- активное участие в проекте «Бережливая поликлиника»;
- оказание высокотехнологичной помощи на основе модернизации здравоохранения;
- повышение доступности медицинских услуг в сельской местности за счет строительства и реконструкции ФАП, врачебных амбулаторий и мобильных медицинских комплексов;
- социальное сопровождение получателей медицинских услуг;
- стимулирование граждан к здоровому образу жизни.

## ЛИТЕРАТУРА

## REFERENCES

1. Федеральная служба государственной статистики. Режим доступа: [http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat\\_main/rosstat/ru/statistics/population/demography/#](http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/demography/#) (дата обращения 25.02.2018).
2. Щепин О. П. О развитии здравоохранения Российской Федерации. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2013;(5):3—7.
3. Липский С. П. Модернизация здравоохранения в Российской Федерации: проблемы и возможности развития. *Современные проблемы сервиса и туризма*. 2013;(2):59—68.
4. Зудин А. Б. Различные аспекты измерения российского здравоохранения. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2017;25(2):68—72.
5. Ситникова В. В., Гостева Л. З. Социальное партнерство в здравоохранении: теоретический аспект. *Наука и бизнес: пути развития*. 2015;45(3):7—9.
6. Хетагурова А. К., Галиulina О. В., Сиденкова А. П., Набойченко Е. С. Актуальность межведомственного взаимодействия для формирования механизмов здорового старения. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2018;26(2):68—71.
7. Чернышов А. Н. Социальное партнерство как основа совершенствования регулирования социально-экономических отношений в здравоохранении. *Среднерусский вестник общественных наук (Серия: экономика)*. 2017;12(2):122—32.
8. Федеральная служба государственной статистики по Республике Марий Эл. Режим доступа: [http://maristat.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat\\_ts/maristat/ru/statistics/population/](http://maristat.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_ts/maristat/ru/statistics/population/) (дата обращения 27.02.2019).
9. Низова Л. М., Кислицына И. Г. Роль врача в повышении качества реабилитации детей-инвалидов. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2017;25(5):303—7.
10. Дорофеев С. Б., Бабенко А. И. Национальные стратегии формирования здорового образа жизни населения. *Здравоохранение Российской Федерации*. 2015;59(6):44—7.
11. Низова Л. М., Кислицына И. Г., Иванова С. И. Зона риска как фактор профессионального выгорания медицинских работников. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2018;26(3):137—40.
1. The Federal Service of State Statistics. Available at: [http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat\\_main/rosstat/ru/statistics/population/demography/#](http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/demography/#) (accessed 25.02.2018) (in Russian).
2. Schepin O. P. About development of public health of the Russian Federation. *Problemy sotsialnoi gygieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2013;(5):3—7 (in Russian).
3. Lipskij S. P. Modernization of health care in the Russian Federation: problems and opportunities for development. *Sovremennye problemy servisa i turizma*. 2013;(2):59—68 (in Russian).
4. Zudin A. B. Various aspects of the Russian healthcare measurement. *Problemy sotsialnoi gygieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2017;(2):68—72 (in Russian).
5. Sitnikova V. V., Gosteva L. Z. Social partnership in health care: theoretical aspect. *Nauka I biznes: puti razvitiya*. 2015;(3):7—9 (in Russian).
6. Hetagurova A. K., Galiulina O. V., Sidenkova A. P., Nabojchenko E. S. Relevance of interdepartmental cooperation for the formation of mechanisms of healthy aging. *Problemy sotsialnoi gygieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2018;(2):68—71 (in Russian).
7. Chernyshov A. N. Social partnership as a basis for improving the regulation of socio-economic relations in healthcare. *Srednerusski vestnik obshchestvennyh nauk (Seriya: ehkonomika)*. 2017;(2):122—32 (in Russian).
8. The Federal Service of State Statistics for the Republic of Mari El. Available at: [http://maristat.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat\\_ts/maristat/ru/statistics/population/](http://maristat.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_ts/maristat/ru/statistics/population/) (accessed 27.02.2019) (in Russian).
9. Nizova L. M., Kislitsina I. G. The role of physician in enhancement of rehabilitation of disabled children. *Problemy sotsialnoi gygieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2017;(5):303-7 (in Russian).
10. Dorofeev S. B., Babenko A. I. The national strategies of formation of healthy lifestyle of population. *Zdravookhranenie Rossijskoj Federacii*. 2015;(6):44—7 (in Russian).
11. Nizova L. M., Kislitsyna I. G., Ivanova S. I. Risk area as a Factor of medical Workers professional Health. *Problemy sotsialnoi gygieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2018;(3):137—40 (in Russian).

Поступила 08.12.2019  
Принята в печать 23.01.2020.

# Реформы здравоохранения

© Зудин А. Б., Чахоян Л. Р., 2020  
УДК 614.2

**Зудин А. Б., Чахоян Л. Р.**

## СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ И ОКАЗАНИЯ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ХРОНИЧЕСКИМИ ДЕРМАТОЗАМИ

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

*Болезни кожи и подкожной клетчатки, несмотря на постоянно совершенствующиеся методы их диагностики и лечения, остаются широко распространенными среди населения Российской Федерации. В связи с этим весьма актуальной является разработка научно обоснованных мероприятий по совершенствованию дерматологической помощи населению.*

*Цель исследования — разработать и научно обосновать предложения по совершенствованию специализированной помощи пациентам с хроническими дерматозами в условиях мегаполиса.*

*На основе анкетного опроса 412 больных хроническими дерматозами, проживающих в г. Москве, и 197 врачей-дерматовенерологов, работающих в г. Москве в структурах государственной формы собственности, были предложены мероприятия по совершенствованию дерматологической помощи.*

*Выявлены определенные недостатки в оказании лечебно-профилактической помощи больным хроническими дерматозами и относительно низкая медицинская активность пациентов. Обоснованы предложения по совершенствованию организации и оказания дерматологической помощи, предусматривающие проведение медико-организационных мероприятий по работе с пациентами и с врачами. Для выбора оптимальной тактики лечения пациентов с хроническими дерматозами предложен соответствующий алгоритм, состоящий из четырех последовательных этапов, включающих первичный осмотр пациента, сбор анамнеза и дополнительную лабораторную диагностику, назначение медикаментозной и немедикаментозной терапии, проведение профилактических курсов медикаментозной терапии и назначение санаторно-курортного лечения.*

*Проведенное исследование позволило выявить риски, связанные с оказанием специализированной помощи по профилю «Дерматовенерология» и медицинской активностью больных с последующей разработкой предложений по их устранению.*

**К л ю ч е в ы е с л о в а :** хронические дерматозы; лечебно-профилактическая помощь; совершенствование.

**Для цитирования:** Зудин А. Б., Чахоян Л. Р. Совершенствование организации и оказания лечебно-профилактической помощи пациентам с хроническими дерматозами. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2020;28(3):433—437. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2020-28-3-433-437>

**Для корреспонденции:** Чахоян Левон Робертович, ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н. А. Семашко» Минобрнауки России, e-mail: [levon737@me.com](mailto:levon737@me.com)

**Zudin A. B., Chakhoyan L. R.**

## THE DEVELOPMENT OF ORGANIZATION AND PROVISION OF MEDICAL PREVENTIVE CARE OF PATIENTS WITH CHRONIC DERMATITIS

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

*The diseases of skin and subcutaneous tissue, despite the constantly improving methods of their diagnosis and treatment, continue to widespread in the population of the Russian Federation. Consequently, it is relevant to develop evidence-based measures of improving dermatological medical care for the population. The purpose of study is to develop and substantiate proposals for improving specialized medical care of patients with chronic dermatitis in megalopolis. The questionnaire survey of 412 patients with chronic dermatitis, residing in Moscow, and 197 dermatovenerologists from Moscow state medical institutions was carried out. The measures of improving dermatological medical care were proposed. The study identified lacking of adequate provision of therapeutic and preventive medical care of patients with chronic dermatitis and their relatively low medical activity. The article substantiates proposals for improving of organization and provision of dermatological medical care, provided by medical and organizational activities for patients and doctors. To select the optimal strategy for patients with chronic dermatitis, the appropriate algorithm was developed that included four consecutive stages: initial examination of patient; patient records filling in with data of additional laboratory diagnosis; prescription of drug and non-drug therapy; conducting of preventive courses of drug therapy and prescription of SPA-treatment. The results of study inputted into identification of risks associated with provision of specialized medical care in area of Dermatovenerology and medical activity of patients including subsequent development of proposals for their elimination.*

**Key words:** chronic dermatitis; medical and preventive care; improvement.

**For citation:** Zudin A. B., Chakhoyan L. R. The development of organization and provision of medical preventive care of patients with chronic dermatitis. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2020;28(3):433—437 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2020-28-3-433-437>

**For correspondence:** Chakhoyan L. R., N. A. Semashko National Research Institute of Public Health. e-mail: [levon737@me.com](mailto:levon737@me.com)

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

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

## Введение

Болезни кожи и подкожной клетчатки, несмотря на постоянно совершенствующиеся методы их диагностики и лечения, остаются широко распространенными среди населения Российской Федерации [1, 2]. В структуре общей заболеваемости населения Москвы болезни кожи и подкожной клетчатки занимают 6—7-е ранговое место, при этом на их долю приходится около 4% всех заболеваний.

С учетом сказанного организационная работа по снижению уровня заболеваемости дерматозами, устранению возможных причин рецидивов кожных заболеваний и совершенствованию лечебно-профилактической помощи является неотъемлемой частью оптимизации медицинской помощи данному контингенту больных. При этом важными факторами, влияющими на удовлетворенность пациентов получаемой медицинской помощью в условиях многоукладности здравоохранения, являются их медико-социальные характеристики [3, 4].

Цель исследования — разработать и научно обосновать предложения по совершенствованию специализированной помощи пациентам с хроническими дерматозами в условиях мегаполиса.

## Материалы и методы

В социологическом опросе приняли участие 197 врачей дерматовенерологического профиля, работающих в Москве в структурах государственной формы собственности. Также было проведено анкетирование 412 пациентов с болезнями кожи и подкожной клетчатки, среди которых женщины и мужчины составляли 62,2 и 37,8% соответственно. Средний возраст респондентов составил  $43,4 \pm 10,8$  года. Все опрошенные были жителями г. Москвы и наблюдались по поводу заболевания в поликлиниках филиалов Московского научно-практического центра дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения г. Москвы. Специально разработанная анкета содержала вопросы, касающиеся возраста и пола, социальной принадлежности, уровня образования, материальной обеспеченности больных.

## Результаты исследования

При анализе данных анкетирования больных дерматологического профиля и врачей-дерматовенерологов были выявлены определенные недостатки в оказании лечебно-профилактической помощи больным хроническими дерматозами и относительно низкая медицинская активность пациентов. К основным проблемам, выявленным при анализе результатов анкетирования, следует отнести:

- низкую информированность пациентов о правовых аспектах оказания медицинской помощи в целом и дерматологической, в частности;
- наличие пациентов с хроническими дерматозами, не удовлетворенных качеством оказанной дерматологической помощи;

- недостаточность предоставляемой врачами пациентам информации о диагнозе, методах лечения, побочных действиях лекарственных средств;
- то, что более 10% пациентов с хроническим кожным заболеванием посещают дерматовенеролога один раз в 2 года и реже, даже при наличии обострения;
- обращение почти каждого десятого опрошенного пациента с жалобами по поводу оказания дерматологической помощи ненадлежащего качества;
- отсутствие достаточных знаний по юридическим основам деятельности и ответственности врача и нормативных документов по оказанию медицинской помощи по профилю «Дерматовенерология» более чем у половины врачей-дерматовенерологов;
- неоднозначное мнение по поводу внедрения стандартов, протоколов и рекомендаций проведения лечения больных дерматовенерологического профиля. Положительно оценили данный факт около 60% опрошенных врачей-дерматовенерологов, затруднились ответить на данный вопрос 33,3% респондентов, а 7,4% участников опроса негативно отнеслись к внедрению стандартов в свою деятельность.

Стандартизация оказания помощи больным, в том числе дерматологического профиля, призвана, помимо прочего, способствовать уменьшению числа возможных жалоб пациентов в различные инстанции в связи с отсутствием «правильного лечения», так как стандарты подразумевают использование определенных средств, которые должны быть утверждены протоколами, приказами и клиническими рекомендациями. Видимо, недостаточные знания правовых аспектов привели к некоторому недопониманию молодыми врачами-дерматовенерологами вопросов стандартизации. Позитивную позицию чаще высказывали анкетированные старшего возраста, с продолжительным стажем работы по специальности, имеющие более высокую квалификационную категорию и использующие стандарты в своей профессиональной деятельности.

С учетом полученных данных комплекс мероприятий по оптимизации организации и оказания дерматологической помощи населению должен включать ряд направлений (рис. 1).

Медико-организационные мероприятия предусматривают проведение работы по повышению эффективности первичной и вторичной профилактики и лечение хронических дерматозов.

Совершенствование организации и оказания лечебно-профилактической помощи пациентам с хроническими дерматозами связано с расширением внедрения стационарзамещающих технологий, внедрением организационно-правовых мероприятий, обоснованием формирования потоков госпитализируемых больных с учетом медико-социальных характеристик, использованием утвержденных медицинских технологий, стандартов и алгоритмов.



Рис. 1. Схема направлений совершенствования специализированной помощи больным хроническими дерматозами.

Организация и осуществление профилактики дерматозов и их рецидивов должны строиться на основании соблюдения следующих положений.

1. Проведение генетического консультирования пациентов с дерматозами, имеющими преимущественно генетическую предрасположенность (атопический дерматит, псориаз и др.).

2. Выполнение диагностических, лечебных и профилактических мероприятий с учетом клинических рекомендаций, избегая полипрагмазии:

- у пациентов с атопическим дерматитом — исследование содержания IgE и, при необходимости, иммунологического статуса для прогнозирования тяжести течения и возможных осложнений, а также выбора медикаментозной и других видов терапии, возможность использования транскутанного лазерного облучения крови и локального воздействия переменным магнитным полем на область высыпаний с целью удлинения межрецидивного периода;
- необходимость использования эмолентов у пациентов с хроническими дерматозами, сопровождающимися изменениями в эпидермисе количественного и качественного характера;
- формирование у пациентов приверженности лечению и профилактическим мероприятиям, которые являются важным фактором снижения количества рецидивов.

3. Профориентация пациентов с учетом анамнеза, гипоаллергенные условия труда и быта при хронических аллергодерматозах.

Для выбора тактики лечения пациентов с хроническими дерматозами предлагается использовать следующий алгоритм (рис. 2):

- 1-й этап — первичный осмотр пациента;
- 2-й этап — сбор анамнеза и дополнительная лабораторная диагностика;
- 3-й этап — назначение медикаментозной и немедикаментозной терапии: возможность применения физиотерапии (в нашем случае — транскутанного лазерного облучения

крови и локального воздействия переменным магнитным полем); включение в терапию хронических дерматозов транскутанной лазерной терапии и переменного магнитного поля сокращает время получения положительного клинического эффекта, что способствует повышению качества жизни пациентов с хроническими дерматозами; применение генно-инженерных биологических препаратов при некоторых тяжелых формах дерматозов и включение этих методик в клинические рекомендации.

4-й этап — улучшение состояния может поддерживаться профилактическими курсами медикаментозной терапии, а также назначением санаторно-курортного лечения с целью активизации механизмов неспецифической адаптации пациента.

Работа с пациентами предусматривает проведение бесед по вопросам повышения медицинской активности, в том числе это относится к регулярному посещению врача-специалиста и полноценному выполнению его рекомендаций, а также информированности пациентов о правовых аспектах получения медицинской помощи.

Работу с врачами-дерматовенерологами следует проводить по таким направлениям, как формирование положительного отношения к использованию в работе стандартов, повышение уровня знаний по юридическим основам деятельности и ответственности врача, а также знания нормативных документов по оказанию медицинской помощи по профилю «Дерматовенерология» (использование для этого возможности непрерывного медицинского образования). Следует также обратить внимание специалистов на недостаточную, по мнению опрошенных па-

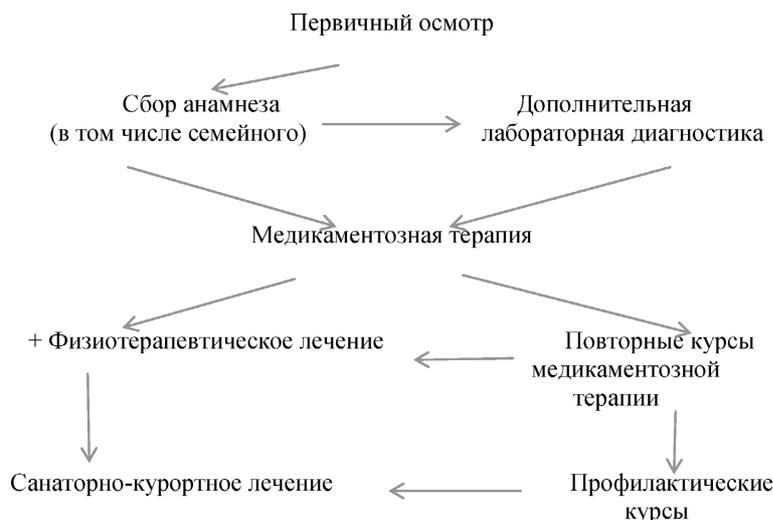


Рис. 2. Схема примерного алгоритма выбора тактики лечения пациентов с хроническими дерматозами.

циентов, информацию, предоставляемую пациентам о диагнозе, методах лечения, побочных действиях лекарственных средств.

### Заключение

Проведенное исследование позволило выявить риски, связанные с оказанием специализированной помощи по профилю «Дерматовенерология» и медицинской активностью больных, с последующей разработкой предложений по их устранению. С учетом накопленного в регионах опыта [5—7] предложения по совершенствованию оказания лечебно-профилактической помощи пациентам с хроническими дерматозами и повышению ее качества заключаются в следующем.

1. Рекомендуется проводить оценку качества медицинской помощи дерматологическим пациентам в условиях стационара круглосуточного пребывания с использованием таких критериев, как своевременность, адекватность и полнота обследования, своевременность и обоснованность назначенного лечения, правильность и точность постановки диагноза, полнота и своевременность оказания медицинской помощи, обоснованность выдачи листка нетрудоспособности, качество, полнота и правильность ведения медицинской документации, оценка достижения результата лечения больного.

2. С учетом имеющегося в регионах опыта для принятия на муниципальном и региональном уровне эффективных управленческих решений по снижению дефектов медицинской помощи в стационарах дерматологического профиля предлагается:

- формировать электронную базу данных по каждому законченному случаю лечения дерматологических больных в круглосуточном стационаре с учетом индикаторов оценки качества медицинской помощи и медико-социальных характеристик больных;
- разрабатывать и внедрять в практическую деятельность индивидуальные и групповые программы по ликвидации выявленных дефектов и улучшению качества оказания медицинской помощи дерматологическим больным в условиях круглосуточного стационара;
- осуществлять оценку эффективности индивидуальных и групповых программ, направленных на улучшение качества медицинской помощи дерматологическим больным с учетом медико-социальных характеристик;
- проводить компьютерный мониторинг качества медицинской помощи больным, прошедшим лечение в условиях круглосуточного стационара, с учетом медико-социальных характеристик факторов риска и результатов коррекции качества медицинской помощи.

3. В медицинских организациях дерматологического профиля рекомендуется использовать разработанный алгоритм оказания специализированной помощи пациентам с хроническими дерматозами, который предполагает следующие составляющие: первичный осмотр пациента, сбор анамнеза и допол-

нительную лабораторную диагностику, назначение медикаментозной терапии, при неэффективности лечения дополнительно подключается физиотерапия, включая транскутанное лазерное облучение крови и локальное воздействие переменным магнитным полем, при рецидивирующих процессах показано повторное проведение курсов медикаментозной терапии (возможно, со сменой препарата).

4. С целью рационального и эффективного использования финансовых ресурсов рекомендовать в медицинских организациях дерматологического профиля распределять потоки плановых пациентов с учетом наличия или отсутствия у них медико-организационных и медико-социальных факторов риска.

5. Профилактика дерматозов и рецидивов в случаях хронизации патологического процесса должна включать ограничение контактов с синтетическими химическими средствами в быту и на производстве, проведение соответствующей профориентационной работы.

При разработке и реализации управленческих решений в медицинских организациях важно учитывать, что врачи-дерматовенерологи связывают повышение эффективности деятельности медицинских организаций дерматологического профиля и качества дерматологической помощи с улучшением материально-технической базы, внедрением информационных систем, проведением организационных и структурных преобразований, активной кадровой и маркетинговой политикой.

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

### ЛИТЕРАТУРА

1. Карпова О. А. Анализ распространенности и заболеваемости дерматозами у работников алтайского региона Западно-Сибирской железной дороги. *Вестник дерматологии и венерологии*. 2018;(3):13—9.
2. Кубанова А. А., Кубанов А. А., Мелехина Л. Е. Динамика изменений интенсивных показателей заболеваемости инфекций, передаваемых половым путем, в оценке эпидемиологического процесса и состояния здоровья населения Российской Федерации за 2006-2016 годы. *Вестник дерматологии и венерологии*. 2018;(1):27—37.
3. Жильцова Е. Е., Чахоян Л. Р., Коновалов О. Е., Исаков С. А. Медико-социальная характеристика и медицинская активность больных хроническими дерматозами. *Наука молодых (Erudito Juvenium)*. 2019;7(4):526—32.
4. Зудин А. Б. Некоторые аспекты развития «платной» и «бесплатной» медицины: зарубежный опыт. *Клиническая дерматология и венерология*. 2017;16(2):4—7.
5. Клименко Г. Я. Система поэтапного формирования компьютерно-ориентированной базы данных для мониторинга, оценки и управления контролем качества медицинской помощи дерматологическим больным в условиях круглосуточного стационара. *Успехи современного естествознания*. 2010;(1):41—2.
6. Соловьева С. Ю., Фомина А. В. Медицинская помощь пациентам с хроническими дерматозами в условиях общей врачебной практики. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2018;26(5):317—9.
7. Нелюбова О. И. Оценка затрат на лечение пациентов с разными формами псориаза в условиях круглосуточного стационара. *Саратовский научно-медицинский журнал*. 2017;13(3):595—9.
8. Кирьянова В. В., Егорова Ю. С., Петрова Е. В. Псориаз: значение физиотерапевтических факторов в комплексной терапии хронического дерматоза. *Вестник Авиценны*. 2019. Т. 21. № 1. С. 154-164.

Реформы здравоохранения

9. Мухамадиева К.М., Исматуллоева С.С., Алмаамари А.М.А. Роль психоvegetативных дисфункций в патогенезе почесухи. Вестник Авиценны. 2017. Т. 19. № 3. С. 407-412.

Поступила 18.11.2019  
Принята в печать 23.01.2020

REFERENCES

1. Karpova O. A. The analysis of the prevalence and dermatoses sick rate in employees of the West Siberian railways in Altai region. *Vestnik dermatologii i venerologii*. 2018;(3):13—9 (in Russian).
2. Kubanova A. A., Kubanov A. A., Melekhina L. E. Dynamic of changes in intensive indicators of sexually transmitted infections morbidity in the Russian Federation in 2006—2016 years. *Vestnik dermatologii i venerologii*. 2018;(1):27—37 (in Russian).
3. Zhiltsova E. E., Chakhoyan L. R., Konovalov O. E., Isakov S. A. Medical and social characteristics and medical activity of patients with chronic dermatoses. *Nauka molodyh = Eruditio Juvenium*. 2019;7(4):526—32 (in Russian).
4. Zudin A. B. Some aspects of the development of “paid” and “free” medicine: foreign experience. *Clinicheskaya dermatologiya i venerologiya*. 2017;16(2):4—7 (in Russian).
5. Klimenko G. Ya. System of step-by-step formation of a computer-oriented database for monitoring, assessment and managing of quality control of medical care for dermatological patients in a 24-hour hospital. *Uspehi sovremennogo esnesvoznaniya*. 2010;(1):41—2 (in Russian).
6. Soloviev S. Yu., Fomina A. V. Medical care to patients with chronic dermatoses in the conditions of general practice. *Problemy sotsialnoi gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2018;26(5):317—9 (in Russian).
7. Nelyubova O. I. Cost assessment for treatment of patients with different forms of psoriasis in a round-the-clock hospital. *Saratovskij nauchno-meditsinskij zhurnal*. 2017;13(3):595—9 (in Russian).
8. Kiryanova V.V., Egorova Yu.S., Petrova E.V. Psoriaz: znachenie fizioterapevticheskikh faktorov v kompleksnoi terapii khronicheskogo dermatoz [Psoriasis: the value of physiotherapeutic factors in the complex therapy of chronic dermatosis] *Vestnik Avitsenny [Avicenna Bulletin]*. 2019. V. 21. № 1. S. 154-164.
9. Mukhamadiev K.M., Ismatulloeva S.S., Al-Maamari A.M.A. Rol' psikhovegetativnykh disfunktsii v patogeneze pocheshukhi [The role of psychovegetative dysfunctions in the pathogenesis of the prurigo]. *Vestnik Avitsenny [Avicenna Bulletin]*. 2017. V. 19. № 3. S. 407-412.

© Коллектив авторов, 2020

УДК 614.2

**Калининская А. А.<sup>1,2</sup>, Коновалов О. Е.<sup>3</sup>, Меркина М. Д.<sup>3</sup>, Шляфер С. И.<sup>2</sup>, Сулькина Ф. А.<sup>2</sup>****СТАЦИОНАРЗАМЕЩАЮЩИЕ ТЕХНОЛОГИИ: СОСТОЯНИЕ И СТРАТЕГИЧЕСКИЕ ЗАДАЧИ РАЗВИТИЯ**<sup>1</sup>ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н. А. Семашко» Минобрнауки России, 105064, г. Москва;<sup>2</sup>ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России, 127254, г. Москва;<sup>3</sup>ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов» Минобрнауки России, 117198, г. Москва

*В Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2019 г. и на плановый период 2020—2021 гг. предусматривается уменьшение объема стационарной медицинской помощи за счет развития стационарзамещающих технологий, экономическая целесообразность которых заключается в существенно более низкой стоимости оказания медицинской услуги в дневном стационаре, чем в стационаре круглосуточного пребывания. Однако существующая законодательная база и отсутствие инициативных финансовых механизмов не стимулируют развитие стационарзамещающих технологий. Цель исследования — на основе анализа отчетных данных и SWOT-анализа рейтинга факторов, влияющих на внедрение дневных стационаров, сформировать стратегические задачи развития стационарзамещающих технологий.*

*В исследовании применялись методы: статистический, непосредственного наблюдения, социологический, SWOT-анализ. В процессе исследования проанализированы формы федерального статистического наблюдения № 14 и отраслевого статистического наблюдения № 14дс в России за период 2009—2018 гг. На основе SWOT-анализа были опрошены эксперты — руководители органов управления здравоохранением и медицинских организаций — на предмет формирования стратегии развития дневного стационара. Заполнено 120 экспертных карт опроса руководителей здравоохранения в г. Москве, Московской, Оренбургской, Челябинской, Самарской, Ивановской, Рязанской областях и республике Северная Осетия — Алания.*

*Анализ показал, что в 2018 г. в стране количество медицинских организаций, имеющих дневной стационар, составило 6495, в том числе в медицинских организациях, оказывающих помощь в стационарных условиях, — 41,4%, в амбулаторных условиях — 58,6%.*

*Анализ показал, что доля пролеченных пациентов в дневных стационарах от общей численности госпитализированных в стационары круглосуточного пребывания и в дневные стационары в 2018 г. составила 29,1%, в 2009 г. она составляла 15,6%, что свидетельствует об интенсификации использования коечного фонда стационара круглосуточного пребывания, что в определенной мере связано с активизацией развития стационарзамещающих технологий. Результаты SWOT-анализа показали, что стратегические задачи развития стационарзамещающих технологий должны быть направлены на укрепление сильных сторон, прежде всего финансовой стабильности здравоохранения. Необходима активная позиция руководителей органов управления здравоохранением и медицинских организаций на внедрение инноваций.*

*Необходимы разработка современных методов управления и рациональное использование ресурсов здравоохранения, выработка общих для всех звеньев здравоохранения экономических стимулов, обеспечивающих функционирование системы, включающих эффективный контракт.*

**К л ю ч е в ы е с л о в а:** дневной стационар; стационар круглосуточного пребывания; стационарзамещающие технологии; медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных и в стационарных условиях; стратегия развития.

**Для цитирования:** Калининская А. А., Коновалов О. Е., Меркина М. Д., Шляфер С. И., Сулькина Ф. А. Стационарзамещающие технологии: состояние и стратегические задачи развития. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2020;28(3):438—443. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2020-28-3-438-443>

**Для корреспонденции:** Калининская Алефтина Александровна, 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: [akalininskaya@ya.ru](mailto:akalininskaya@ya.ru)

**Kalininskaya A. A.<sup>1,2</sup>, Kononov O. E.<sup>3</sup>, Merkina M. D.<sup>3</sup>, Shlyafers S. I.<sup>2</sup>, Sulkina F. A.<sup>2</sup>****THE HOSPITAL-SUBSTITUTING TECHNOLOGIES: CONDITION AND STRATEGIC TASKS OF THEIR DEVELOPMENT**<sup>1</sup>N. A. Semashko National Research Institute of Public Health, 105064, Moscow, Russia;<sup>2</sup>The Federal State Budget Institution “The Central Research Institute for Health Organization and Informatics” of Minzdrav of Russia, 127254, Moscow, Russia;<sup>3</sup>The Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education “The Peoples' Friendship University of Russia” (RUDN University), 117198, Moscow, Russia

*The program of state guarantees of free medical care of citizens for 2019 and up to 2020—2021 plans to reduce volume of inpatient medical care through development of hospital-replacing technologies. The economic feasibility of hospital-replacing technologies is in significantly lower cost of medical services in a day hospital as compared with twenty-four hours hospital (UPC). However, the existing legislative framework and the lack of proactive financial mechanisms do not stimulate development of hospital-replacing technologies.*

*The purpose of study is to analyze reporting data and results of SWOT analysis of rating of factors affecting introduction of day hospitals. On the basis of analysis the strategic objectives of development of hospital-replacing technologies are formed. The study applied statistical analysis, direct observation, sociological survey, SWOT analysis. The analysis was applied to data from forms of Federal statistical observation No. 14 and industrial statistical monitoring No. 14 for 2009-2018. Based on results of SWOT analysis, experts were interviewed by the heads of health care authorities and medical organizations regarding development of strategy of medical care of children with disabilities. The expert survey was carried out with health care managers in Moscow, the Moscow oblast, Orenburg, Chelyabinsk, Samara, Ivanovo, Ryazan oblasts and the Republic of North Ossetia-Alania.*

*The analysis established that in 2018 the number of medical care organizations increased up to 6495, including medical institutions providing outpatient medical care (41.4%) and in-patient medical care (58.6%).*

## Реформы здравоохранения

*The analysis demonstrated that percentage of treated patients in day hospitals out of the total number of hospitalized patients (in hospitals) was 29,1% in 2018, while in 2009 this percentage was significantly lower — 15,6%, which indicates the intensification of the use of the bed fund of the UPC, which to some extent is associated with increased development of hospital-replacing technologies.*

*The results of SWOT analysis demonstrated that the strategic objectives of development of hospital-replacing technologies should be targeted to develop financial stability of health care, active position of the heads managers of health care institutions and medical organizations and introduction of innovations if needed.*

*It is necessary to develop modern management methods, rational application of health care resources, implementation of economic incentives in all components of health care system, ensure functioning of the system, including effective contract.*

*Keywords:* day hospital; twenty-four-hour hospital; hospital-replacing technologies; medical organizations; outpatient and inpatient care; development strategy.

**For citation:** Kalininskaya A. A., Konovalov O. E., Merekina M. D., Shlyafar S. I., Sulkina F. A. The hospital-substituting technologies: condition and strategic tasks of their development. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini.* 2020;28(3):438—443 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2020-28-3-438-443>

**For correspondence:** Kalininskaya A. A., doctor of medical sciences, professor, the chief 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: [akalininskaya@ya.ru](mailto:akalininskaya@ya.ru)

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

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

Received 15.12.2019  
Accepted 23.01.2020

## Введение

В Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2019 г. и на плановый период 2020—2021 гг. предусматривается уменьшение объема стационарной медицинской помощи за счет развития стационарзамещающих технологий (СЗТ)<sup>1</sup>.

Одним из основных ресурсов медицинской организации, позволяющих получить максимальный доход по всем источникам финансирования и аккумулирующих на себе большую часть прямых и косвенных затрат, является коечный фонд стационара [1].

Медицинская помощь, оказываемая в стационарных условиях (МОСУ), является самой дорогостоящей среди всех видов медицинской помощи. Финансирование МОСУ составляет более 60% расходов государственного сектора на здравоохранение [2].

Потребность в реструктуризации стационарной помощи не следует рассматривать как проблему, актуальную только для России. Многие страны ставят перед собой аналогичные задачи в стремлении построить систему охраны здоровья граждан, опирающуюся больше на первичную медико-санитарную помощь, чем на стационарную. Чрезмерная ориентация на стационарное лечение и сегодня остается насущной проблемой для многих стран мира [3].

В России традиционно доминировало стационарное лечение в системе оказания медицинской помощи. В последние годы в условиях дефицита ресурсов предпринимались различные меры по сокращению коечного фонда — от закрытия участковых и номерных районных больниц до простого уменьшения числа коек в стационарах разного профиля [4].

За последние годы сложились различные стационарзамещающие формы оказания медицинской помощи, предназначенные для пациентов, нуждаю-

щихся в профилактических, диагностических, лечебных или реабилитационных мероприятиях.

Экономическая целесообразность СЗТ заключается в существенно более низкой стоимости оказания медицинской услуги в дневном стационаре (ДС), чем в стационаре круглосуточного пребывания (СКП) [5, 6].

Режим работы ДС может строиться в две смены, при этом лечение в ДС является менее затратным, чем в СКП, достигается увеличение пролеченных пациентов и сокращение коечного фонда в СКП<sup>2</sup> [7].

Стоимость лечения в ДС, по данным ряда авторов, в 2—3 раза ниже таковой и СКП [8—11].

Однако существующая законодательная база и отсутствие инициативных финансовых механизмов заинтересованности руководителей медицинских организаций и лечащих врачей в сокращении сроков лечения пациентов в СКП не стимулируют развитие СЗТ.

Цель исследования — на основе анализа отчетных данных и SWOT-анализа рейтинга факторов, влияющих на внедрение ДС, сформировать стратегические задачи развития СЗТ.

Задачи исследования: проанализировать основные показатели работы ДС и СКП в России за 2009—2018 гг.; на основании проведенного SWOT-анализа определить факторы, влияющие на внедрение ДС, сформировать стратегические задачи их развития.

## Материалы и методы

Методы исследования — статистический, непосредственного наблюдения, социологический, SWOT-анализ. В процессе исследования нами были проанализированы формы федерального статистического наблюдения № 14 и отраслевого статистического наблюдения № 14дс, касающихся показателей деятельности СКП и ДС в России за 2009—2018 гг.

<sup>1</sup>Постановление Правительства Российской Федерации от 10.12.2018 № 1506 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов».

<sup>2</sup>Методические рекомендации Минздрава России № 2002/106 «Организация стационарзамещающих форм медицинской помощи населению». Утверждены 4.11.2002 г.

Показатели деятельности ДС в МОСУ и МОАУ и СКП в Российской Федерации в 2009—2018 гг. (по данным форм отраслевого статистического наблюдения № 14дс и федерального статистического наблюдения № 14)

| Показатель                        | Год        |            |            |            |            |            |            |            |            |            |
|-----------------------------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
|                                   | 2009       | 2010       | 2011       | 2012       | 2013       | 2014       | 2015       | 2016       | 2017       | 2018       |
| Число выписанных пациентов из ДС  |            |            |            |            |            |            |            |            |            |            |
| МОСУ                              |            |            |            |            |            |            |            |            |            |            |
| абс. ед.                          | 2 122 196  | 2 211 692  | 2 204 300  | 2 072 926  | 2 152 412  | 2 546 836  | 2 879 639  | 2 965 358  | 3 042 232  | 3 128 534  |
| в % к 2009 г.                     | 100,0      | 104,2      | 103,9      | 97,7       | 101,4      | 120,0      | 135,7      | 139,7      | 143,35     | 147,4      |
| на 1 тыс. населения               | 15,0       | 15,6       | 15,4       | 14,5       | 15,0       | 17,4       | 19,7       | 20,2       | 20,7       | 21,3       |
| Средняя длительность лечения, дни | 11,1       | 11,2       | 11,0       | 10,9       | 10,5       | 10,3       | 10,0       | 9,8        | 9,7        | 9,5        |
| Число выписанных пациентов из ДС  |            |            |            |            |            |            |            |            |            |            |
| МОАУ                              |            |            |            |            |            |            |            |            |            |            |
| абс. ед.                          | 3 596 024  | 3 770 444  | 3 956 622  | 4 155 407  | 4 425 304  | 4 903 051  | 5 033 567  | 5 016 417  | 5 103 434  | 5 146 557  |
| в % к 2009 г.                     | 100,0      | 104,85     | 110,0      | 115,55     | 123,1      | 136,35     | 140,0      | 139,5      | 141,9      | 143,1      |
| на 1 тыс. населения               | 25,3       | 26,6       | 27,7       | 29,0       | 30,8       | 33,6       | 34,4       | 34,2       | 34,8       | 35,1       |
| Средняя длительность лечения, дни | 11,4       | 11,6       | 11,6       | 11,5       | 11,4       | 11,1       | 10,8       | 10,6       | 10,5       | 10,4       |
| Число выписанных из ДС            |            |            |            |            |            |            |            |            |            |            |
| СКП                               |            |            |            |            |            |            |            |            |            |            |
| абс. ед.                          | 5 718 220  | 5 982 136  | 6 160 922  | 6 228 333  | 6 577 716  | 7 449 887  | 7 913 206  | 7 981 775  | 8 145 666  | 8 275 091  |
| в % к 2009 г.                     | 100,0      | 104,6      | 107,7      | 108,9      | 115,0      | 130,3      | 138,4      | 139,6      | 142,45     | 144,7      |
| на 1 тыс. населения               | 40,3       | 42,15      | 43,1       | 43,5       | 45,8       | 51,0       | 54,1       | 54,4       | 55,5       | 56,4       |
| Средняя длительность лечения, дни | 11,3       | 11,4       | 11,4       | 11,3       | 11,1       | 10,8       | 10,5       | 10,3       | 10,2       | 10,1       |
| Число выписанных из СКП           |            |            |            |            |            |            |            |            |            |            |
| абс. ед.                          | 30 981 526 | 30 847 394 | 30 418 975 | 30 321 913 | 30 068 735 | 30 334 131 | 29 729 235 | 29 546 150 | 29 063 003 | 29 009 962 |
| в % к 2009 г.                     | 100,0      | 99,6       | 98,2       | 97,9       | 97,0       | 97,9       | 96,0       | 95,4       | 93,8       | 93,6       |
| на 1 тыс. населения               | 218,3      | 217,4      | 212,8      | 211,7      | 209,5      | 207,6      | 203,1      | 201,4      | 197,9      | 197,6      |
| Средняя длительность лечения, дни | 12,8       | 12,5       | 12,4       | 12,2       | 12,0       | 11,7       | 11,35      | 11,1       | 10,8       | 10,6       |

Проведен анализ обеспеченности койками населения в СКП и в ДС на базе МОСУ и медицинских организаций, оказывающих помощь в амбулаторных условиях (МОАУ) в Российской Федерации за 2009—2018 гг. Рассчитана доля выписанных пациентов из СКП и из ДС на базе МОСУ и МОАУ.

Опрошены эксперты — руководители органов управления здравоохранением и медицинских организаций — по вопросу формирования стратегии развития ДС на базе МОАУ и МОСУ (SWOT-анализ). Заполнено 120 экспертных карт опроса руководителей здравоохранения в 8 субъектах Российской Федерации (г. Москва, Московская, Оренбургская, Челябинская, Самарская, Ивановская, Рязанская области и Республика Северная Осетия — Алания).

Анализ экспертных карт проводился по нескольким направлениям:

- оценка каждого из факторов на основе получения средневзвешенной величины;
- причинно-следственный анализ мнения руководителей здравоохранения о внедрении ДС, их отношения к целесообразности внедрения этой формы.

### Результаты исследования

Анализ показал, что в 2018 г. в стране число медицинских организаций, имеющих ДС, составило 6495, из них 41,4% — МОСУ, 58,6 — МОАУ.

Исследование свидетельствует о незначительном превышении (17,2%) доли медицинских организаций, имеющих ДС на базе МОАУ, по сравнению с числом ДС на базе МОСУ. Следует отметить, что первичное звено здравоохранения нуждается в развитии СЗТ, а стоимость лечения в ДС на базе МОАУ значительно ниже, чем на базе МОСУ.

За 2009—2018 гг. число пролеченных пациентов в ДС возросло на 44,7%, на базе МОАУ — на 43,1%, на базе МОСУ — на 47,4% (табл. 1).

В СКП за изучаемый период число пролеченных пациентов увеличилось более чем вдвое (с 218,3 до 197,6 на 1 тыс. населения), при этом число коек в СКП снизилось на 19,3% (с 90,1 до 71,2 на 10 тыс. населения), средняя длительность лечения в СКП также снизилась с 11,3 до 10,1 дня.

Эти показатели следует оценить позитивно с позиции ресурсосбережения, при этом следует отметить, что этот позитив связан в большей степени с активизацией развития СЗТ.

Анализ показал, что доля пролеченных пациентов в ДС от общей численности госпитализированных пациентов суммарно в СКП и в ДС в 2018 г. составила 29,1%, в 2009 г. она была ниже (15,6%).

Процентное соотношение всех пациентов, выписанных из СКП и ДС МОСУ и МОАУ, было следующим: в 2009 г. СКП — 84,4%, ДС МОСУ — 5,8%, ДС МОАУ — 9,8%, в 2018 г. эти показатели составили 77,8; 8,4; 13,8% соответственно. Рост числа пациентов, лечившихся в ДС, на фоне снижения доли пролеченных в СКП, является положительным изменением, однако процесс протекает крайне медленно и незначительно. Учитывая большую долю экстренных госпитализаций в РФ (48,2%), следует определить значимость ДС как плановую профилактическую госпитализацию пациентов с хронической патологией. Особо значима такая форма работы в ДС на базе МОАУ, однако она внедряется крайне медленно.

Проведенное изучение средней длительности лечения пациентов в СКП и в ДС за 10 лет анализа показало, что средняя длительность лечения пациентов в СКП снизилась с 12,8 до 10,6 дня, в ДС суммарно на базе МОСУ и МОАУ — с 11,3 до 10,1 дня, в ДС

Ранжирование по значимости факторов, влияющих на внедрение ДС на базе МОАУ и МОСУ

| Фактор  | Средневзвешенная оценка | Ранговое место |
|---|-------------------------|----------------|
| <b>Значимы для внедрения</b>  |                         |                |
| Поддержка администрации   | 1,7                     | 1              |
| Поддержка вышестоящего органа управления здравоохранением   | 1,35                    | 2              |
| Поддержка руководителя медицинской организации  | 1,21                    | 4              |
| Заинтересованность врачей ДС  | 1,19                    | 5              |
| Внедрение финансовых механизмов стимулирования развития СЗТ   | 1,22                    | 3              |
| <b>Необходимы для внедрения СЗТ</b>   |                         |                |
| Нормативно-правовые документы   | 1,87                    | 1              |
| Создание ДС разного профиля   | 1,83                    | 2              |
| Технологии лечения пациентов в ДС разного профиля   | 1,76                    | 5              |
| Наличие специального помещения для ДС   | 1,75                    | 6              |
| Лекарственное обеспечение пациентов в ДС  | 1,49                    | 7              |
| Выделение штатов для дневных стационаров  | 1,82                    | 3              |
| Материальное стимулирование медицинских работников  | 1,8                     | 4              |
| <b>Препятствуют внедрению</b>   |                         |                |
| Отсутствие заинтересованности у руководителей медицинской организации в создании ДС на базе МО-СУ в связи с уменьшением числа коек круглосуточного пребывания | 1,79                    | 4              |
| Отсутствие заинтересованности врачей в переводе пациентов на лечение в ДС   | 1,71                    | 5              |
| Отсутствие необходимых ресурсов (помещения, лекарственных средств, оборудования и др.)  | 1,3                     | 6              |
| Несовершенство нормативно-правовых документов, регламентирующих деятельность ДС   | 2,81                    | 2              |
| Несовершенство принципов финансирования ДС  | 2,88                    | 1              |
| Слабая интеграция и координация в деятельности МОСУ, МОАУ и ДС  | 2,71                    | 3              |
| <b>Необходимы для ускорения внедрения</b>   |                         |                |
| Приоритетность развития ДС МОАУ   | 2,97                    | 1              |
| Совершенствование организационных форм работы ДС (в две-три смены и др.)  | 2,92                    | 3              |
| Использование механизма финансирования МО, стимулирующего развития ДС   | 2,94                    | 2              |
| Информационная поддержка СЗТ  | 1,82                    | 5              |
| Улучшение материально-технической базы ДС на базе МОАУ  | 1,83                    | 4              |
| Легализация платных услуг в ДС по утвержденной номенклатуре   | 1,71                    | 6              |

МОСУ — с 11,1 до 9,5 дня, в ДС МОАУ — с 11,4 до 10,4 дня. Снижение сроков лечения пациентов в СКП можно связать с развитием ДС на базе МОСУ как формы долечивания пациентов. Однако показатели средних сроков лечения пациентов в стационарах в нашей стране значительно выше, чем за рубежом, где СЗТ развиты значительно шире и имеют разные формы: ДС, стационары одного дня, СКП, стационары на дому, службы оказания медицинской помощи на дому. Эти формы работы широко развились и в нашей стране в 1960—1980-е годы [6, 7].

С целью определения стратегических задач активизации развития СЗТ нами была использована методика SWOT-анализа формирования стратегических задач для внедрения ДС.

Использованный комплексный подход позволил изучить процесс внедрения ДС на базе МОАУ и МОСУ с разных позиций, выявить основные причинно-следственные связи и разработать конкретные предложения интенсификации процесса внедрения.

Ранжирование факторов, влияющих на внедрение ДС, проводилось по четырем разделам, отражающим различные аспекты внедрения ДС: необходимость внедрения СЗТ, их значимость и механизмы ускорения развития, причины, препятствующие внедрению ДС.

Рейтинг факторов, влияющих на внедрение ДС, представлен в табл. 2.

Анализ показал, что наиболее значимые для внедрения факторы связаны с заинтересованностью или политической волей руководителей различных уровней управления. Административные механизмы в управлении инновационным процессом в от-

расли остаются доминирующими, но не используются в должной степени.

Следующей значимой составляющей, влияющей на внедрение ДС, является введение финансовых механизмов, стимулирующих развитие СЗТ. Важным фактором, стимулирующим внедрение СЗТ, является поддержка руководителей медицинских организаций, материальная заинтересованность врачей, работающих в ДС.

По мнению экспертов, для внедрения СЗТ необходим пересмотр нормативных документов, регламентирующих их деятельность, создание ДС разного профиля, выделение штатов ДС, решение вопросов материального стимулирования медицинского персонала, работающего в ДС, разработка технологии лечения пациентов в ДС разного профиля.

К факторам, препятствующим внедрению ДС, отнесены несовершенство принципов финансирования ДС, нормативно-правовых документов, регламентирующих работу ДС, слабая интеграция и координация деятельности МОСУ, МОАУ и ДС, отсутствие у руководителей заинтересованности в организации ДС на базе МОАУ в связи с уменьшением числа коек в СКП, низкая заинтересованность врачей стационаров в переводе пациентов на лечение в ДС.

Для ускорения внедрения ДС необходимы приоритетность развития ДС МОАУ, использование механизмов финансирования организации, стимулирующих развитие ДС, совершенствование организационных форм работы ДС в две-три смены, улучшение материально-технической базы ДС на базе

МОАУ, информационная поддержка СЗТ, легализация платных услуг в ДС (см. табл. 2).

В числе внешних возможностей и стратегических задач развития стационарзамещающих технологий следующие: финансовая стабильность здравоохранения; активная позиция руководителей органов управления здравоохранения и медицинских организаций, интеграция и координация деятельности МОСУ, МОАУ и ДС, приоритетность развития ДС на базе МОАУ, экономическая грамотность руководителей медицинских организаций, улучшение материально-технической базы ДС, бóльшая самостоятельность главных врачей в части распределения статей расходов в медицинской организации.

### Обсуждение

Стационарзамещающие технологии оказания медицинской помощи являются одной из эффективных форм ресурсосбережения. Темпы их внедрения остаются необоснованно низкими, недостаточно развиваются профильные ДС в силу сохраняющихся консервативных механизмов финансирования и управления отраслью, продолжающей оставаться невосприимчивой к процессам структурно-организационных преобразований.

В системе здравоохранения отсутствуют финансовые механизмы, стимулирующие развитие стационарзамещающих форм работы, не решены вопросы финансового и ресурсного обеспечения, отсутствует заинтересованность руководителей и врачей в организации ДС.

Следует отметить, что стратегическими задачами развития стационарзамещающих технологий являются разработка механизмов, стимулирующих их развитие, решение вопросов финансового и ресурсного обеспечения. Необходима заинтересованность руководителей и врачей в организации СЗТ, в первую очередь ДС на базе МОАУ.

### Заключение

Следует позитивно оценить увеличение доли пациентов, пролеченных в ДС на базе МОАУ, в общей численности госпитализированных пациентов, так как именно эта форма работы экономически целесообразна и социально значима.

Результаты анализа свидетельствуют об интенсификации использования коечного фонда в СКП. Увеличилось почти вдвое число пролеченных пациентов, при том что обеспеченность койками снизилась на 19,3%. Однако процесс развития СЗТ в стране протекает крайне медленно.

Стратегические задачи развития СЗТ должны быть направлены на повышение финансовой стабильности здравоохранения, необходима активная позиция органов управления здравоохранением и медицинских организаций на внедрение инноваций, современных методов управления, рациональное использование ресурсов. Основным направлением деятельности медицинских организаций является выработка во всех звеньях здравоохранения эконо-

мических стимулов, обеспечивающих функционирование системы и использование ресурсосберегающих технологий. Следует определить приоритетность развития ДС на базе МОАУ как значимую форму работы для первичного звена здравоохранения в качестве профилактической госпитализации пациентов с хронической патологией.

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

### ЛИТЕРАТУРА

1. Карпов О. Э., Никитенко Д. Н., Фатеев С. А., Дьяченко П. С. Проектирование структуры коечного фонда медицинского центра с использованием информационных технологий. В кн.: Автоматизация процессов, цифровые и информационные технологии в управлении и клинической практике лечебного учреждения. М.: Деловой экспресс; 2016. С. 111—22.
2. Новик И. И., Русенчик А. И., Седых А. И., Ясюля Т. В. Коечный фонд: сокращение или репрофилирование? *Вопросы организации информатизации здравоохранения*. 2014;(1):63—7.
3. The World Health Report 2008. Primary Health Care. Now more, then ever. Geneva: WHO; 2008.
4. Payne S. M. Identifying and managing inappropriate hospital utilization: a policy synthesis. *Health Serv. Res.* 1987;22(5):709—69.
5. Солодухин Д. П., Толмачев Н. Е. Изучение рационального использования коечного фонда в отделениях терапевтического профиля городских больниц. *Медицина*. 2013;(1):23—8.
6. Дзуганов М. Д., Шабунова А. А., Калашников К. Н. Опыт постиндустриальных стран в реструктуризации медицинской помощи и уроки для России. *Проблемы развития территории*. 2016;82(2):65—81.
7. Федоткина С. А., Карайланов М. Г., Русев И. Т. Рациональное использование стационарзамещающих технологий и форм оказания медицинской помощи. *Вестник Санкт-Петербургского университета. Медицина*. 2017;12(2):179—89.
8. Черниенко Е. И., Волнухин А. В., Дробязко Н. А. Анализ эффективности стационарзамещающих технологий на примере многопрофильной поликлиники с отделением общей врачебной практики. *Экономика здравоохранения*. 2008;(1):36—40.
9. Буракова Т. С. Должное качество при сокращении расходов (опыт работы дневного стационара НОКДЦ). Новосибирск: Новосибирская областная ассоциация врачей; 2009.
10. Лебедев Н. Н., Решетников С. В., Шихметов А. Н., Решетников В. Н. Стационарзамещающие технологии в многопрофильном клинко-диагностическом центре. *Стационарзамещающие технологии: Амбулаторная хирургия*. 2017;(1—2):9—14.
11. Чубирко М. И., Антоненков Ю. Е., Чубирко Ю. М. Новые формы оказания медицинской помощи в России и Воронежской области. *Вестник новых медицинских технологий*. 2018;(2):122—6.

Поступила 15.12.2019  
Принята в печать 23.01.2020

### REFERENCES

1. Karpov O. E., Nikitenko D. N., Fateev S. A., Dyachenko P. S. Designing the structure of the bed fund of a medical center using information technology. In: Automation of processes, digital and information technologies in the management and clinical practice of a medical institution [Avtoatizatsiya processov, cfroyve i informacionnye tehnologii v upravlenii i klinicheskoi praktike echebnogo uchrezhdeniya]. Moscow: Business Express; 2016. P. 111—22 (in Russian).
2. Novik I. I., Rosenchik A. I., Sedykh A. I., Yasulya T. V. Bed fund: downsizing or reprofiling? *Voprosy organizatsii informatsionnoy zdavookhraneniya*. 2014;(1):63—7 (in Russian).
3. The World Health Report 2008. Primary Health Care. Now more, then ever. Geneva: WHO; 2008.
4. Payne S. M. Identifying and managing inappropriate hospital utilization: a policy synthesis. *Health Serv. Res.* 1987;22(5):709—69.
5. Solodukhin D. P., Tolmachev N. E. The study of the rational use of hospital beds in the therapeutic departments of city hospitals. *Medicina*. 2013;(1):23—8 (in Russian).
6. Dzukanov M. D., Shabunova A. A., Kalashnikov K. N. The experience of post-industrial countries in the restructuring of medical care

Реформы здравоохранения

- and lessons for Russia. *Problemy rtazviniya territorij*. 2016;85(2):65—81 (in Russian).
7. Fedotkina S. A., Karaylanov M. G., Rusev I. T. Rational use of hospital-replacing technologies and forms of medical care. *Vestnik Sankt-Petersburgskogo Universiteta. Medicina*. 2017;12(2):179—89 (in Russian).
  8. Chernienko E. I., Volnukhin A. V., Drobyazko N. A. Analysis of the effectiveness of hospital-replacing technologies using the example of a multidisciplinary clinic with a department of general practice. *Ekonomika zdravookhraneniya*. 2008;(1):36—40 (in Russian).
  9. Burakova T. S. Proper quality while reducing costs (work experience of the NOCDC day hospital) [*Dolznoe kachestvo pri sokrashchenii raskhodov (opyt raboty dnevnoy stacionara NOKDTs)*]. Novosibirsk: Novosibirsk Regional Association of Doctors; 2009 (in Russian).
  10. Lebedev N. N., Reshetnikov S. V., Shikhmetov A. N., Reshetnikov V. N. Hospital-replacing technologies in a multidisciplinary clinic-diagnostic center. *Stacionarozameshayushie tehnologii. Avbulatornaya hirurgiya*. 2017;(1-2):9—14 (in Russian).
  11. Chubirko M. I., Antonenkov Yu. E., Chubirko Yu. M. New forms of medical care in Russia and the Voronezh region. *Vestnik novykh meditsinskih tehnologij*. 2018;(2):122—6 (in Russian).

© Коллектив авторов, 2020  
УДК 614.2

**Бабенко А. И.<sup>1</sup>, Кострубин С. А.<sup>2</sup>, Бабенко Е. А.<sup>1</sup>**

## **ВОСТРЕБОВАННОСТЬ МЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ ПРИ ОКАЗАНИИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ВЗРОСЛОМУ НАСЕЛЕНИЮ В ПОЛИКЛИНИКЕ**

<sup>1</sup>ФГБНУ «Научно-исследовательский институт комплексных проблем гигиены и профессиональных заболеваний», 654041, г. Новокузнецк;  
<sup>2</sup>БУЗОО «Городская стоматологическая поликлиника № 4 «Люксдент», 644092, г. Омск

*Высокая распространенность стоматологических заболеваний, повышение требовательности населения к доступности и качеству стоматологической помощи предопределяют выработку соответствующих управленческих решений. Для этого необходимо определить приоритеты востребованности медицинских технологий в стоматологической поликлинике, что явилось целью данного исследования.*

*По данным обращаемости 37,3 тыс. взрослого населения в стоматологическую поликлинику и проведения более 200 тыс. стоматологических манипуляций, составляющих 13 групп технологий, дана оценка значимости технологий, реализуемых при отдельных стоматологических заболеваниях.*

*Проведен расчет коэффициента относительной важности и его интегрированная оценка. Установлено, что основная масса реализуемых технологий в стоматологической поликлинике направлена на лечение кариеса зубов и других поражений тканей зуба и составляет 37,4% объема стоматологической помощи, пульпитов (20,9%), периодонтитов и периапикальной патологии (25,1%). Наиболее востребованными технологиями являются лечение кариеса и восстановление коронки зуба, общедиagnostические процедуры, обезболивание, осмотр и консультирование, а также профилактические мероприятия.*

*Установленная количественная значимость стоматологических технологий определяет перспективу их востребованности и основные позиции стоматологической поликлиники при формировании стратегии ее развития.*

**Ключевые слова:** стратегическое планирование; стоматологическая заболеваемость; востребованность стоматологических технологий.

**Для цитирования:** Бабенко А. И., Кострубин С. А., Бабенко Е. А. Востребованность медицинских технологий при оказании стоматологической помощи взрослому населению в поликлинике. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2020;28(3):444—448. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2020-28-3-444-448>

**Для корреспонденции:** Бабенко Анатолий Иванович, д-р мед. наук, профессор, главный научный сотрудник, заведующий лабораторией медико-социальных проблем и стратегического планирования в здравоохранении, НИИ комплексных проблем гигиены и профессиональных заболеваний, e-mail: bai@centercem.ru

**Babenko A. I.<sup>1</sup>, Kostrubin S. A.<sup>2</sup>, Babenko E. A.<sup>1</sup>**

## **THE DEMAND FOR MEDICAL TECHNOLOGIES DURING PROVISION OF STOMATOLOGICAL CARE TO ADULT POPULATION IN POLYCLINIC**

<sup>1</sup>The Federal State Budget Scientific Institution "The Research Institute of Complex Problems of Hygiene and Occupational Diseases", 654041, Novokuznetsk, Russia;

<sup>2</sup>The Budget Health Care Institution of Omsk Oblast "The Municipal Stomatological Polyclinic № 4 'Luxdent'", 644092, Omsk, Russia

*The high prevalence of dental diseases, increase of population exactingness to availability and quality of dental medical care predetermine the development of relevant management decisions. The purpose of study was to define the priorities of demand of medical technologies in dental polyclinic.*

*The evaluation of importance of the technologies implemented in case of particular dental diseases was given based on analysis of 37.3 thousand visits of adult population to dental polyclinic and implementation of more than 200 thousand dental manipulations. The 13 groups of technologies applied were established. The calculation of the coefficient of relative importance and its integrated evaluation was carried out.*

*It is established that most of implemented technologies in dental polyclinic were targeted to treatment of caries of teeth and other defects of tissues of tooth that made 37.4% of all dental medical care provided and also pulpitis (20.9%), periodontitis and periapical pathology (25.1%). The most demanded technologies are treatment of caries, restoration of crown of tooth, all-diagnostic procedures, anesthesia, survey and consultation. The preventive manipulations consisted 69.2% of all important for patient technologies.*

*The established quantitative importance of dental technologies defines perspective of their demand and main positions of dental polyclinic in development of corresponding strategy.*

**Keywords:** strategic planning; dental incidence; demand of dental technologies.

**For citation:** Babenko A. I., Kostrubin S. A., Babenko E. A. The demand for medical technologies during provision of stomatological care to adult population in polyclinic. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2020;28(3):444—448 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2020-28-3-444-448>

**For correspondence:** Babenko A. I., doctor of medical sciences, professor, the Head of the Laboratory of Medical Social Problems and Strategic Planning of the Federal State Budget Scientific Institution "The Research Institute of Complex Problems of Hygiene and Occupational Diseases". e-mail: bai@centercem.ru

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

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

Received 18.09.2019  
Accepted 23.01.2020

Одной из стратегических задач развития здравоохранения является профилактика стоматологических заболеваний и совершенствование организа-

ции стоматологической помощи населению. Определенные элементы решения этих проблем отражены в постановлении Правительства РФ от 21.03.2017

## Реформы здравоохранения

№ 394 «О первичной профилактике стоматологических заболеваний среди населения Российской Федерации» на 2015—2020 гг.

Вместе с тем с каждым годом повышается требовательность населения к доступности и качеству стоматологических услуг [1, 2], что предопределяет выработку соответствующих управленческих решений и разработку соответствующих методов планирования стоматологической помощи [3—5]. Исследования последних лет в большинстве случаев связаны с обеспечением доступности и качества стоматологической помощи [6—9], медико-социальной характеристикой пациентов стоматологических учреждений [10, 11] и факторами их обращаемости [12, 13], экономической деятельностью частных, некоммерческих и коммерческих организаций [14], с принятием управленческих решений [15, 16], разработкой и внедрением новых маркетинговых технологий управления [17, 18]. Однако в этих исследованиях не рассматривалась перспектива востребованности стоматологических технологий как элемента стратегического планирования в управлении стоматологической организацией. Целью исследования стало определение приоритетов востребованности медицинских технологий в стоматологической поликлинике, оказывающей помощь взрослому населению.

### Материалы и методы

На основании обращаемости 37,3 тыс. взрослого населения г. Омска в стоматологическую поликлинику № 3 «Люксдент» и проведения более 200 тыс. манипуляций общего, терапевтического и хирургического профиля, составляющих в целом 13 основных групп технологий, была дана оценка значимости рассматриваемых технологий, реализуемых при отдельных видах стоматологических заболеваний. Среди заболеваний рассматривались дефекты развития зубов, кариес зубов, пульпиты, периодонтиты, гингивиты и пародонтиты, челюстно-лицевая патология, прочие стоматологические заболевания.

К технологиям общего профиля были отнесены: первичное стоматологическое обследование, включающее осмотр, консультацию, оформление документации, оказание разовой стоматологической помощи. В эту же группу технологий общего характера входят проведение анестезии, общедиagnostические и общелечебные процедуры, а также оздоровительные и профилактические процедуры, гигиеническое обучение и уход за полостью рта.

Группу терапевтических технологий составили: лечение кариеса (неосложненного), восстановление коронки зуба с более сложным поражением и большим объемом работ, лечение корневых каналов внутренней ткани зуба (эндодонтические технологии), пародонтологическое лечение и отдельные технологии реставрационного (эстетического) характера.

В группе технологий хирургического профиля рассматривались: удаление зубов, общехирургические процедуры (послеоперационный осмотр, перевязка, остановка кровотечения), операции на челюсти и пародонтологической области, зубосохраняю-

щие операции, имплантация, лечение других органов полости рта.

Для оценки значимости технологий рассчитывались коэффициенты относительной важности (КОВ) отдельной стоматологической патологии среди других причин обращаемости, а также КОВ по каждой реализуемой стоматологической технологии. Интегрированная оценка этих коэффициентов позволила установить приоритеты востребованности медицинских технологий в стоматологической поликлинике.

### Результаты исследования

Среди общего количества пациентов поликлиники 88,4% обращались по поводу заболеваний зубов и полости рта, 11,6% проходили стоматологическое обследование.

Основными патологиями, с которыми обращалось население, были периодонтиты (31,3%) и кариес зубов (30,1%). Лечились по поводу пульпитов 15,9%, гингивитов и пародонтитов — 6,7%. Прочие заболевания органов полости рта составили 3,2%, дефекты развития зубов — 0,7%, а оказание стоматологической помощи при других заболеваниях — 0,5%.

Формирующийся поток пациентов в стоматологической поликлинике, наличие патологии предопределяют реализацию соответствующих медицинских технологий. Среди всех производимых работ 51,7% приходится на технологии общего характера, 40,7% — терапевтического и 7,6% — хирургического профиля. Основная масса (37,4%) реализуемых технологий была связана с лечением кариеса зубов и других поражений тканей зуба, 25,1% стоматологической помощи определили наличие периодонтита и периапикальная патология, 20,9% — пульпиты.

Удельный вес значимости других видов стоматологической патологии при реализации технологий был несколько ниже. На гингивиты и заболевания пародонта приходилось 9,2% всего объема стоматологической помощи, на лечение челюстно-лицевой патологии и заболеваний слизистой оболочки полости рта — 1,9%, на исправление дефектов развития зубов — 0,4%, на стоматологическую помощь при других заболеваниях — 0,2%. Доля реализации стоматологических технологий при проведении стоматологического обследования составила 4,9%.

Дальнейший анализ включал определение структуры реализации стоматологических технологий при отдельных стоматологических заболеваниях, а также при проведении стоматологического обследования пациентов (см. таблицу).

Установлено, что при исправлении дефектов развития зубов в 26,3% случаев проводились хирургические операции, в 18,2% — технологии обезболивания, в 14,5% — удаление зубов, в 14% — общехирургические процедуры. На общие виды работ и общедиagnostические процедуры приходилось 13,2 и 9,2% соответственно. Остальные меры имели незначительный удельный вес (менее 5% по каждой).

В структуре стоматологической помощи при кариесе зубов ведущими были лечебные мероприятия для устранения кариозных поражений зуба (30,6%).

## Структура реализации стоматологических технологий при отдельных стоматологических заболеваниях (в %)

| Наименование технологии          | Дефекты развития зубов | Кариес зубов | Пульпиты | Периодонтиты | Гингивиты и пародонтиты | Челюстно-лицевая патология | Прочие стоматологические заболевания | Стоматологическое обследование |
|----------------------------------|------------------------|--------------|----------|--------------|-------------------------|----------------------------|--------------------------------------|--------------------------------|
| Общие виды работ                 | 13,2                   | 5,7          | 7,7      | 12,2         | 10,3                    | 11,8                       | 24,0                                 | 21,6                           |
| Анестезия                        | 18,2                   | 15,5         | 15,0     | 17,3         | 9,3                     | 17,0                       | 10,2                                 | 0,3                            |
| Общедиагностические              | 9,2                    | 7,6          | 13,6     | 11,9         | 7,3                     | 5,4                        | 6,8                                  | 31,6                           |
| Общелечебные                     | 1,5                    | 4,5          | 10,7     | 6,5          | 0,2                     | 0,4                        | 1,8                                  | 17,2                           |
| Профилактические                 | 3,1                    | 11,3         | 6,3      | 7,1          | 11,7                    | 3,5                        | 4,7                                  | 29,3                           |
| Лечение кариозных поражений зуба | —                      | 30,6         | 10,2     | 6,4          | 0,4                     | —                          | —                                    | —                              |
| Восстановление коронки зуба      | —                      | 15,9         | 9,0      | 5,7          | —                       | —                          | —                                    | —                              |
| Эндодонтические                  | —                      | 0,2          | 22,0     | 8,1          | —                       | —                          | —                                    | —                              |
| Пародонтологические              | —                      | 0,3          | 0,8      | 0,1          | 51,0                    | 1,0                        | —                                    | —                              |
| Реставрационные                  | —                      | 8,4          | 4,6      | 3,4          | 0,1                     | —                          | —                                    | —                              |
| Удаление зубов                   | 14,5                   | —            | —        | 16,0         | 7,5                     | 11,9                       | 7,6                                  | —                              |
| Общехирургические                | 14,0                   | —            | 0,1      | 2,4          | 1,0                     | 30,2                       | 33,8                                 | —                              |
| Операции                         | 26,3                   | —            | —        | 2,9          | 1,2                     | 18,8                       | 11,1                                 | —                              |
| Всего...                         | 100,0                  | 100,0        | 100,0    | 100,0        | 100,0                   | 100,0                      | 100,0                                | 100,0                          |

Примечание. Прочерк — нет данных.

Существенную долю составляли также технологии по восстановлению коронки зуба (15,9%), обезболивающие процедуры (15,5%) и профилактические мероприятия (11,3%). Среди дополняющих технологий при лечении кариеса можно отметить реставрационные (8,4%), общедиагностические (7,6%), общелечебные (4,5%) технологии и в целом общие виды работ (5,7%). Эндодонтические и пародонтологические технологии практически не востребованы.

Удельный вес значимости пульпитов при обращении за стоматологической помощью составил 20,9%. При лечении этой патологии основную долю мер определяют эндодонтические технологии, составляющие 22%. В 15% случаев применялись обезболивающие процедуры, в 13,6% — общедиагностические манипуляции. Определенную долю значимости имели также технологии по лечению кариозных поражений (10,2%), восстановлению коронки зуба (9,3%) и общелечебные меры (10,7%). Общие виды работ, профилактические мероприятия и реставрационные технологии составили 7,7; 6,3 и 4,6% соответственно.

При лечении периодонтита и периапикальных абсцессов в большей степени задействованы обезболивающие процедуры (17,3%), технологии по удалению зубов (16%), общедиагностические манипуляции (11,9%) и отдельные виды общих работ (12,2%). В дополнение к этим мерам используется широкий спектр других технологий: эндодонтические (в 8,1% случаев), профилактические (7,1%), общелечебные (6,5%), лечение кариозных полостей (6,4%), восстановление коронки зуба (5,7%). Имеют определенную значимость реставрационные технологии, операции на челюсти и пародонте, общехирургические. Таким образом, при лечении периодонтитов применяется практически весь набор стоматологических технологий общего, терапевтического и хирургического профилей.

Лечение гингивитов и болезней пародонта более чем наполовину связано с применением пародонтологических технологий (51%). В дополнение к ним в 11,7% случаев реализуются профилактические меро-

приятия, в 10,3% проводятся общие виды работ, в 9,3% — обезболивание, в 7,5% — удаление зубов и в 7,3% — общедиагностические процедуры. Остальные пять групп технологий имеют незначительную долю, составляя менее 1,3% по каждой. В целом же удельный вес этой патологии среди общего объема обращений составил 9,2%.

При лечении челюстно-лицевой патологии и других заболеваний слизистой оболочки полости рта, составляющих всего 1,9% обращаемости, наиболее применяемы общехирургические технологии (30,2%). На основную группу операционных технологий приходится 18,8%. В 17% случаев их сопровождают обезболивающие процедуры, в 11,8% — общие виды работ, в 5,4% — общедиагностические манипуляции. При лечении данной группы заболеваний в 11,9% случаев приходится прибегать к удалению зубов и в 3,5% — использовать профилактические меры.

В стоматологической поликлинике приходится также оказывать стоматологическую помощь при прочих заболеваниях и травмах. Несмотря на то что такие обращения составляют всего 0,2%, определенные виды стоматологических технологий используются.

Прежде всего реализуются технологии общехирургического характера и общие виды работ, составляющие 33,8 и 24% соответственно. Операционные технологии на челюсти, пародонте и слизистой оболочке полости рта приходится применять в 11,1% случаев. В 10,2% случаев проводятся обезболивающие процедуры, в 7,6% — удаление зубов, в 6,8% — общедиагностические и в 4,7% — профилактические мероприятия. Терапевтические технологии обеспечивают всего лишь 1,8% обращений по данному поводу, так как в основном оказание стоматологической помощи носит экстренный характер.

Определенное количество технологий реализуется при проведении стоматологического обследования, доля их среди всего объема услуг составляет 4,9%. При этом в основном применяются общедиагностические (31,6%) и профилактические техноло-

## Реформы здравоохранения

гии (29,3%). В дополнение к ним используются общие виды работ (21,5%) и общелечебные процедуры (17,2%).

Для определения значимости отдельных технологий в общем объеме стоматологической помощи был проведен расчет КОВ с учетом удельного веса причины обращения среди всех причин.

Расчет КОВ и их интегрированная оценка позволили определить значимость отдельных видов стоматологических технологий при оказании помощи взрослому населению в поликлинике. Было установлено, что наибольшую значимость при стоматологической помощи в поликлинике имеют технологии, связанные с лечением кариозных поражений, на которые приходится 15,2%. Высока востребованность обезболивающих и общедиagnostических процедур, составляющих 14,6 и 11% значимости всех технологий соответственно.

К средней группе востребованности технологий можно отнести профилактические мероприятия (9,9%), технологии по восстановлению коронки зуба (9,3%) и общие виды работ (9,2%).

Менее значимы эндодонтические и общелечебные процедуры, на которые приходится 6,4 и 6,7% соответственно. По 5% удельного веса значимости имеют пародонтологические и реставрационные технологии, а также удаление зубов. Общехирургические технологии и оперативные вмешательства составили всего 1,3—1,4% значимости.

Особую важность среди всего спектра рассмотренных технологий имеет комплекс профилактических мер, реализуемых в стоматологической поликлинике. Среди этой группы технологий наиболее часто применяется обучение пациентов гигиене полости рта, проведение профессиональных гигиенических манипуляций по сохранению эмали зуба и улучшению состояния десен, а также санитарно-просветительная работа, в том числе по соблюдению здорового образа жизни и своевременному обращению за медицинской помощью. Наибольший объем этой группы технологий реализуется при обращении пациентов по поводу кариеса зубов (42,6%), пародонтитов (17,9%), пульпитов (13,3%), гингивитов и пародонтитов (10,9%), а также при стоматологическом обследовании (14,5%).

### Заключение

Представленная структура значимости технологий свидетельствует об их востребованности относительно приоритета причин обращения пациентов за стоматологической помощью.

Приоритетными технологиями, востребованными при оказании стоматологической помощи взрослому населению в государственной поликлинике, являются лечение кариеса и восстановление коронки зуба, общедиagnostические процедуры, обезболивание, осмотр и консультирование, а также профилактические мероприятия, составляющие в сумме 69,2% значимости всех технологий.

Установленная количественная значимость стоматологических технологий определяет перспективу

их востребованности и основные позиции стоматологической поликлиники при формировании стратегии ее развития.

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

### ЛИТЕРАТУРА

1. Леонтьев В. К., Олесова В. Н. О реформировании и совершенствовании стоматологической службы России. Концептуальная модель. М.: Патриот; 2012.
2. Найговзина Н. Б., Лучинский А. В. Государственные гарантии на медицинскую стоматологическую помощь в амбулаторных условиях. *Стоматология*. 2015;94(4):12—5. doi: 10.17116/stomat201594412-15
3. Трусова Л. Н., Рассказова В. Н., Каращук Е. В., Косая А. В., Поточий В. А. Оценка деятельности стоматологических организаций государственной и частной системы здравоохранения. *Институт стоматологии*. 2012;(3):14—7. Режим доступа: <https://instom.spb.ru/catalog/article/9895>
4. Вязьмин А. Я., Подкорытов Ю. М., Клошников О. В. Компетентностный подход при подготовке молодых специалистов стоматологов. *Сибирский медицинский журнал (Иркутск)*. 2010;98(7):65—7. Режим доступа: <http://smj.ismu.baikal.ru/index.php/osn/issue/view/55/2010-7>
5. Шлыкова Е. А., Косолапов В. П., Сыч Г. В. Анализ лечебно-профилактической работы стоматологических учреждений Воронежской области. *Вестник Воронежского государственного университета. Серия: Химия. Биология. Фармация*. 2015;(1):137—41. Режим доступа: <http://www.vestnik.vsu.ru/pdf/chembio/2015/01/2015-01-23.pdf>
6. Багинский А. Л. Организация и качество поликлинической стоматологической помощи населению Крайнего Севера Красноярского края. *Журнал научных статей «Здоровье и образование в XXI веке»*. 2016;18(2):327—31. Режим доступа: [https://clinical-journal.co.uk/gallery/print\\_2016-18-2\\_p.327-331.pdf](https://clinical-journal.co.uk/gallery/print_2016-18-2_p.327-331.pdf)
7. Бобунов Д. Н., Мироненко А. Н., Сериков А. А. К вопросу об организации системы качества оказания медицинской помощи в стоматологических лечебно-профилактических учреждениях. *Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований*. 2014;(2—1):35—40. Режим доступа: <https://applied-research.ru/ru/article/view?id=4689>
8. Большов И. Н. Проблемы организации и повышения качества стоматологической помощи (по материалам социологического опроса врачей-стоматологов). *Проблемы стоматологии*. 2016;12(1):110—4. doi: 10.18481/2077-7566-2016-12-1-110-114
9. Кузнецов С. В. Анализ контроля качества и доступности медицинской помощи в рамках комплексной стоматологической реабилитации пациентов пожилого и старческого возраста. *Вестник Росздравнадзора*. 2014;(2):22—6. Режим доступа: <http://www.roszdravnadzor.ru/i/upload/images/2016/2/16/1455609266.47283-1-6573.pdf>
10. Некрылов В. А., Чесноков П. Е., Клименко Г. Я. Медико-социальная характеристика стоматологических больных (по материалам углубленного социологического исследования). *Врач-аспирант*. 2012;(4):57—64. Режим доступа: <http://www.sbook.ru/vrasp/archives/va201253.rar>
11. Лисовская Е. Д. Факторы, влияющие на комплаентность стоматологических пациентов. *Сибирское медицинское обозрение*. 2015;(6):92—5.
12. Иванова М. А., Куликова С. А. Обращаемость за стоматологической помощью прикрепленного контингента. *Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики*. 2014;(1):45—51. Режим доступа: <http://healthproblem.ru/files/pdf/50-pdf.pdf>
13. Галикеева А. Ш., Вагнер В. Д., Ларионова Т. К. Взаимосвязь стоматологической заболеваемости с некоторыми системными факторами риска. *Институт стоматологии*. 2016;(2):68—71. Режим доступа: <https://instom.spb.ru/catalog/article/10466/>
14. Матвеев Р. С., Викторов В. Н., Козлова Н. Е. Развитие стоматологической службы в России (обзор литературы). *Здравоохранение Чувашии*. 2013;(2):58—64. Режим доступа: [http://journal.giduv.com/numbers/2013/2/razvitie\\_stomatologicheskoy\\_sluzhby](http://journal.giduv.com/numbers/2013/2/razvitie_stomatologicheskoy_sluzhby)
15. Соловьев И. Р., Лопатин А. Ю., Сивков И. А., Буторина О. А., Кузьмин Ю. Ф. Стратегическое планирование и управление в работе частной стоматологической клиники. *Вестник Ураль-*

- ской медицинской академической науки. 2016;(1):17—22. Режим доступа: [http://vestnikural.ru/uploads/2016/academia-1\\_2016\\_017-022.pdf](http://vestnikural.ru/uploads/2016/academia-1_2016_017-022.pdf)
16. Жабоев М. М. Информационное сопровождение организации медицинской помощи больным стоматологическими заболеваниями в системе здравоохранения крупного города. *Проблемы стандартизации в здравоохранении*. 2013;(5—6):29—31.
  17. Горячев Н. А., Горячев Д. Н., Варламов С. В. Инновационный маркетинг в стоматологическом бизнесе. *Проблемы современной экономики*. 2017;(1):93—7. Режим доступа: [http://www.m-economy.ru/art\\_e.php?nArtId=5989](http://www.m-economy.ru/art_e.php?nArtId=5989)
  18. Курбанов З. О., Курбанов О. Р., Алиханов Т. М., Кучиев Г. Г., Магдиев Р. Т. Маркетинговые технологии как неотъемлемый инструмент повышения уровня и качества стоматологических услуг. *Известия Дагестанского государственного педагогического университета. Естественные и точные науки*. 2012;(4):71—8.
- Поступила 18.09.2019  
Принята в печать 23.01.2020
- ### REFERENCES
1. Leont'ev V. K., Olesova V. N. On the reform and improvement of dental services in Russia. Conceptual model [O reformirovanii i sovershenstvovanii stomatologicheskoy sluzhby v Rossii]. Moscow: Patriot; 2012 (in Russian).
  2. Naygovzina N. B., Luchinskiy A. V. State guarantees for medical dental care provided to the outpatients setting. *Stomatologiya*. 2015;94(4):12—5. doi: 10.17116/stomat201594412-15 (in Russian).
  3. Trusova L. N., Rasskazova V. N., Karashchuk E. V., Kosaya A. V., Potocki V. A. Evaluation of dental organizations of public and private health systems. *Institut stomatologii*. 2012;(3):14—7. Available at: <https://instom.spb.ru/catalog/article/9895> (in Russian).
  4. Vyazmin A. Ya., Podkorytov Yu. M., Kljushnikov O. V. Competence approach to preparation of young experts-stomatologists. *Sibirskij Medicinskij Zhurnal (Irkutsk)*. 2010;98(7):65—7. Available at: <http://smj.ismu.baikal.ru/index.php/osn/issue/view/55/2010-7> (in Russian).
  5. Shlykova E. A., Kosolapov V. P., Sych G. V. Analysis of medical and preventive work in dental facilities of the Voronezh Region. *Vestnik Voronezhskogo gosudarstvennogo universiteta. Seriya: Khimiya. Biologiya. Farmatsiya*. 2015;(1):137—41. Available at: <http://www.vestnik.vsu.ru/pdf/chembio/2015/01/2015-01-23.pdf> (in Russian).
  6. Baginsky A. L. Organization and quality of out-patient dental care in Far North of the Krasnoyarsk Territory. *Zhurnal nauchnykh statey «Zdorov'e i obrazovanie v XXI veke» = The Journal of scientific articles "Health and Education Millennium"*. 2016;18(2):327—31. Available at: [https://clinical-journal.co.uk/gallery/print\\_2016-18-2\\_p.327-331.pdf](https://clinical-journal.co.uk/gallery/print_2016-18-2_p.327-331.pdf) (in Russian).
  7. Bobunov D. N., Mironenko A. N., Serikov A. A. The question of the system quality of medical care in the dental health-care facilities. *Mezhdunarodnyi zhurnal prikladnykh i fundamental'nykh issledovaniy*. 2014;(2—1):35—40. Available at: <https://applied-research.ru/ru/article/view?id=4689> (in Russian).
  8. Bolshov I. N. Problems of organizing and improving the quality of dental care (Based on the materials of social interview of dentists). *Problemy stomatologii*. 2016;12(1):110—4. doi: 10.18481/2077-7566-2016-12-1-110-114 (in Russian).
  9. Kuznetsov S. V. Evaluation of quality control and availability of medical care in comprehensive dental rehabilitation of elderly patients. *Vestnik Roszdravnadzora*. 2014;(2):22—6. Available at: <http://www.rozdravnadzor.ru/i/upload/images/2016/2/16/1455609266.47283-1-6573.pdf> (in Russian).
  10. Nekrylov V. A., Chesnokov P. E., Klimenko G. Ya. Medico-social characteristic of dental patients (on materials of an in-depth sociological study). *Vrach-aspirant*. 2012;(4):57—64. Available at: <http://www.sbook.ru/vrasp/archives/va201253.rar> (in Russian).
  11. Lisovskaya E. D. Factors affecting the dental patient compliance. *Sibirskoe medicinskoe obozrenie*. 2015;(6):92—5 (in Russian).
  12. Ivanova M. A., Kulikova S. A. Negotiability for the dental help of the attached contingent. *Sovremennye problemy zdravookhrantniya i meditsinskoj statistiki*. 2014;(1):45—51. Available at: <http://health-problem.ru/files/pdf/50-pdf.pdf> (in Russian).
  13. Galikeeva A. Sh., Wagner V. D., Larionova T. K. The relationship of dental morbidity and some systemic risk factors. *Institut stomatologii*. 2016;(2):68—71. Available at: <https://instom.spb.ru/catalog/article/10466/> (in Russian).
  14. Matveev R. S., Viktorov V. N., Kozlova N. E. Development of medical dental service in Russia (review of literature). *Zdravookhranenie Chuvashii*. 2013;(2):58—64. Available at: [http://journal.giduv.com/numbers/2013/2/razvitie\\_stomatologicheskoy\\_sluzhby](http://journal.giduv.com/numbers/2013/2/razvitie_stomatologicheskoy_sluzhby) (in Russian).
  15. Soloviev I. R., Lopatin A. Yu., Sivkov I. A., Butorina O. A., Kuzmin Yu. F. Strategic planning and management in private dental clinic. *Vestnik Ural'skoi meditsinskoj akademicheskoi nauki*. 2016;(1):17—22. Available at: [http://vestnikural.ru/uploads/2016/academia-1\\_2016\\_017-022.pdf](http://vestnikural.ru/uploads/2016/academia-1_2016_017-022.pdf) (in Russian).
  16. Zhaboyev M. M. Information support of dentistry healthcare organization in healthcare city system. *Problemy standartizatsii v zdravookhraneni*. 2013;(5-6):29—31 (in Russian).
  17. Goriachev N. A., Goriachev D. N., Varlamov S. V. Innovative marketing in stomatological business (Russia, Kazan'). *Problemy sovremennoy ekonomiki*. 2017;(1):93—7. Available at: [http://www.m-economy.ru/art\\_e.php?nArtId=5989](http://www.m-economy.ru/art_e.php?nArtId=5989) (in Russian).
  18. Kurbanov Z. O., Kurbanov O. R., Alikhanov T. M., Kuchiyev G. G., Magdiyev R. T. Marketing technologies as integral instrument of increase in level and quality of dental services. *Izvestiya Dagestanskogo gosudarstvennogo pedagogicheskogo universiteta. Estestvennyye i tochnyye nauki*. 2012;(4):71—8 (in Russian).

**Тер-Израелян А. Ю.**

## К ВОПРОСУ О ПОРЯДКЕ ОРГАНИЗАЦИИ СТАЦИОНАРНОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

ГБУЗ «Психиатрическая больница № 13 Департамента здравоохранения города Москвы», 109559, г. Москва

*В условиях реформирования психиатрической службы в РФ изучен порядок организации психиатрической помощи больным в стационарных условиях, эффективность лечения больных в психиатрическом стационаре за период 2015—2017 гг. В статье приведены результаты организации психиатрической помощи больным в специализированном стационаре на базе ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница № 13 Департамента здравоохранения города Москвы». Проанализировано число пациентов, пролеченных в стационаре по нозологическим формам, число пациентов по половой принадлежности, рассмотрены возрастные категории психически больных, формат профессионального статуса пациентов. Исследованы основные показатели деятельности психиатрического стационара: средняя длительность пребывания больного в стационаре, работа койки в году, оборот койки, число койко-дней. Обращено внимание на первичный выход больных на инвалидность, количество повторных госпитализаций в стационар, проблемы недобровольной госпитализации. Проведен анализ финансирования стационарной психиатрической помощи по пролеченным больным за исследованный период. Определен вектор оказания психиатрической помощи больным на современном этапе как внебольничной, стационарзамещающей.*

**Ключевые слова:** стационарная помощь; недобровольная госпитализация; деинституционализация; стигматизация; психиатрический стационар; стационарзамещающая помощь.

**Для цитирования:** Тер-Израелян А. Ю. К вопросу о порядке организации стационарной психиатрической помощи. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2020;28(3):449—453. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2020-28-3-449-453>

**Для корреспонденции:** Тер-Израелян Алексей Юрьевич, канд. мед. наук, доцент, главный врач ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница № 13 Департамента здравоохранения города Москвы», e-mail: [pb13@zdrav.mos.ru](mailto:pb13@zdrav.mos.ru)

**Ter-Israelyan A. Yu.**

## ON THE ISSUE OF STANDARDS OF ORGANIZATION OF HOSPITAL PSYCHIATRIC CARE

The State Budget Institution of Health Care “The Psychiatric Hospital № 13” of the Moscow Health Care Department, 109559, Moscow, Russia

*In the conditions of reforming psychiatric service in the Russian Federation, the procedure of organizing psychiatric care of patients in hospital, the effectiveness of treatment of patients in psychiatric hospital during 2015—2017 were analyzed. The article presents the results of study of organization of psychiatric care of patients in specialized hospital on the basis of Psychiatric clinical hospital № 13. The analysis covered number of patients treated in hospital by nosological forms; number of patients by gender. The age categories of mental patients and the format of professional status of patients were considered. The main indicators of psychiatric hospital activity were investigated: average duration of stay of patient in hospital, annual bed using, bed turnover, number of bed days. The attention was paid to primary output of patients with disabilities, number of re-hospitalizations and compulsory hospitalization. The analysis of financing of inpatient psychiatric care of treated patients for the study period of time was implemented. The vector of providing psychiatric care to patients at the stage of out-patient and hospital-replacing cases.*

**Key words:** inpatient care; compulsory hospitalization; deinstitutionalization; stigmatization; psychiatric hospital; inpatient care.

**For citation:** Ter-Israelyan A. Yu. On the issue of standards of organization of hospital psychiatric care. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2020;28(3):449—453 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2020-28-3-449-453>

**For correspondence:** Ter-Israelyan A. Yu., candidate of medical sciences, associate professor, the Head Physician of the State Budget Institution of Health Care “The Psychiatric Hospital № 13”. e-mail: [pb13@zdrav.mos.ru](mailto:pb13@zdrav.mos.ru)

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

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

Received 06.07.2019  
Accepted 23.01.2020

## Введение

Мировая тенденция деинституционализации [1, 2] психиатрической службы отразилась и на реформировании психиатрической службы Российской Федерации.

Реформы, проводимые в Москве, предполагают сокращение доли стационарной помощи, реорганизацию части коечного фонда, расширение объемов амбулаторной и стационарзамещающей помощи, сохранение преемственности между стационарными и внебольничными учреждениями [2].

В статье представлен анализ деятельности одного из ведущих психиатрических учреждений города Москвы — ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница № 13 Департамента здравоохранения города Москвы» (ГБУЗ «ПКБ № 13 ДЗМ») [3].

Цель исследования — на материале ГБУЗ «ПКБ № 13 ДЗМ» показать порядок организации психиатрической стационарной службы в городе Москве, представить актуальность тенденций реформирования стационарной психиатрической службы [4, 5] за 2015—2017 гг.

Пациенты, пролеченные в стационаре по заболеванию (МКБ-10) в 2015—2017 гг.

| Наименование нозологической единицы  | 2015 г.    |      | 2016 г.    |      | 2017 г.    |      |
|--|------------|------|------------|------|------------|------|
|  | абс. число | %    | абс. число | %    | абс. число | %    |
| Органические психические расстройства, включая симптоматические (F0x)                        | 1566       | 24,0 | 1445       | 22,4 | 1309       | 20,0 |
| Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением ПАВ (F1x)       | 1111       | 16,8 | 1076       | 17,0 | 1061       | 16,1 |
| Шизофрения, шизотипические, бредовые расстройства (F2x)                                      | 3239       | 49,0 | 3380       | 52,4 | 3530       | 54,0 |
| Расстройства настроения (аффективные расстройства) (F3x)                                     | 224        | 3,4  | 214        | 3,32 | 244        | 3,7  |
| Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства (F4x)                      | 149        | 2,5  | 126        | 2,0  | 106        | 1,6  |
| Поведенческие синдромы, связанные с физиологическим нарушением и физическими функциями (F5x) | 2          | 0,03 | 1          | 0,02 | 2          | 0,03 |
| Расстройства личности и поведения в зрелом возрасте (F6x)                                    | 76         | 1,18 | 32         | 0,5  | 77         | 1,2  |
| Умственная отсталость (F7x)  | 176        | 2,7  | 147        | 2,3  | 197        | 3,0  |
| Эмоциональные расстройства и расстройства поведения в детском и подростковом возрасте        |            |      |            |      |            |      |
| F9x  | 0          | 0    | 0          | 0    | 1          | 0,01 |
| F99  | 1          | 0,02 | 0          | 0    | 17         | 0,3  |
| Всего...   | 6629       | 100  | 6444       | 100  | 6592       | 100  |

### Материалы и методы

Ретроспективное исследование проведено с использованием методов изучения и обобщения опыта, социологического, сравнительного анализа. В статье проведен анализ количественных и качественных показателей этих видов психиатрической деятельности, социально-возрастных характеристик психически больных пациентов, коечного фонда, посещений больными врачей-психиатров, финансирования психиатрической службы за последние 3 года (2015—2017 гг. включительно) в стационаре ГБУЗ «ПКБ № 13 ДЗМ».

### Результаты исследования

Состав пролеченных в психиатрическом стационаре показал наибольший удельный вес пациентов:

- с расстройствами шизофренического регистра (по МКБ-10, F2x);
- с увеличением доли пролеченных пациентов с 49% в 2015 г. до 54% в 2017 г.;
- с органическими расстройствами (по МКБ-10, F0x) соответственно по годам: 16,8% в 2015 г., 17,6% в 2016 г., 16,1 в 2017 г.;
- с психическими расстройствами и расстройствами поведения, связанными с употреблением психоактивных веществ (по МКБ-10, F1x) в 2015 г. — 16,8%, в 2016 г. — 17%, в 2017 г. 16,1% (табл. 1).

Максимальная доля пролеченных в стационаре пациентов представлена женщинами, пролеченных мужчин было несколько меньше (табл. 2). На протяжении исследованного периода тенденция соотношения госпитализации и лечения мужчин и женщин в психиатрическом стационаре существенно не менялась.

Возрастной контингент больных, пролеченных в стационаре, представлен пятью основными группами. Наибольший удельный вес составляет группа лиц 30—49 лет, затем 50—69 лет и старше 70 лет. Завершающая возрастная категория пролеченных приходится на молодой возраст (18—29 лет). Единичные случаи пролеченных пациентов в психиатрическом

стационаре представлены поведенческими синдромами.

Невысок процент пролеченных пациентов в возрастной группе до 18 и 18—29 лет. Он позволяет предполагать, что пациенты молодого возраста чаще лечатся амбулаторно либо в дневном психиатрическом стационаре, предупреждая лечение в психиатрическом стационаре, что является положительным фактором для оказания внебольничной помощи пациентам (табл. 3).

В табл. 4 отражена профессиональная занятость лиц с психическими расстройствами. Прежде всего обращает на себя внимание разница в количестве работающих и не работающих (безработных) лиц: 11 и 0,2% в 2015 г.; 7,5 и 0,4% в 2016 г.; 7,5 и 0,1% в 2017 г. соответственно.

Если учесть группы студентов и иждивенцев, доля которых составляет 6; 6,9 и 8,7% соответственно, то можно говорить о том, что такая ситуация отражает социально-экономическое неблагополучие на данной территории.

Таблица 2

Пациенты, пролеченные в психиатрическом стационаре, по половой принадлежности в 2015—2017 гг.

| Год  | Мужчины    |       | Женщины    |       |
|------|------------|-------|------------|-------|
|      | абс. число | %     | абс. число | %     |
| 2015 | 3401       | 51,56 | 3143       | 47,54 |
| 2016 | 3252       | 50,46 | 3169       | 49,44 |
| 2017 | 3398       | 51,55 | 3146       | 48,45 |

Таблица 3

Возрастной состав пролеченных в стационаре в 2015—2017 гг.

| Год  | Возрастная категория |      |            |      |            |       |            |       |               |      |
|------|----------------------|------|------------|------|------------|-------|------------|-------|---------------|------|
|      | до 18 лет            |      | 18—29 лет  |      | 30—49 лет  |       | 50—69 лет  |       | старше 70 лет |      |
|      | абс. число           | %    | абс. число | %    | абс. число | %     | абс. число | %     | абс. число    | %    |
| 2015 | 0                    | 0    | 907        | 14,0 | 2528       | 38,44 | 1992       | 30,55 | 1117          | 17,0 |
| 2016 | 2                    | 0,03 | 872        | 13,5 | 2512       | 39,0  | 1945       | 30,4  | 1090          | 17,0 |
| 2017 | 1                    | 0,02 | 1004       | 15,3 | 2568       | 39,0  | 1989       | 30,4  | 982           | 15,0 |

Реформы здравоохранения

Таблица 4

Профессиональный статус пациентов, пролеченных в стационаре в 2015—2017 гг.

| Статус пациента                                       | 2015 г.    |      | 2016 г.    |      | 2017 г.    |      |
|---|------------|------|------------|------|------------|------|
|   | абс. число | %    | абс. число | %    | абс. число | %    |
| Рабочий   | 286        | 4,31 | 204        | 3,2  | 200        | 3,0  |
| Служащий  | 155        | 2,5  | 146        | 2,26 | 162        | 2,5  |
| С прочими видами работ                                | 279        | 4,20 | 119        | 2,0  | 122        | 2,0  |
| Пенсионер по возрасту                                 | 756        | 11,5 | 790        | 12,3 | 736        | 11,2 |
| Пенсионер по инвалидности                             | 3748       | 56,5 | 3621       | 56,1 | 3597       | 55,0 |
| Безработный (получающий пособие по безработице)       | 14         | 0,2  | 26         | 0,4  | 11         | 0,1  |
| Студент   | 14         | 0,2  | 10         | 0,2  | 10         | 0,2  |
| Пациент с другими видами государственного обеспечения | 37         | 0,6  | 39         | 0,6  | 66         | 1,0  |
| Иждивенец   | 388        | 5,8  | 431        | 6,7  | 558        | 8,5  |
| Прочие  | 952        | 14,2 | 1058       | 16,4 | 1130       | 17,3 |
| Всего...  | 6629       | 100  | 6444       | 100  | 6592       | 100  |

Большую часть обследуемого контингента представляют пенсионеры по возрасту, по инвалидности, лица с другими видами социального обеспечения соответственно.

Таким образом, можно говорить о невысокой устойчивости инвалидов по заболеванию, лиц зрелого и пожилого возраста к негативным социально-экономическим изменениям общественной жизни.

За исследованный период коечный фонд сократился на 30,8%. Уменьшилась средняя длительность пребывания больного в стационаре на 16,1%, увеличился оборот койки, уменьшилось число койко-дней в 1,2 раза, увеличилась работа койки в году (табл. 5).

Из представленных в табл. 6 данных видно, что первичный выход на инвалидность в стационарных условиях уменьшился на 0,9% в сравнении с 2015 г., что обусловлено неснижением контингента пенсионеров по инвалидности; значение этого показателя за последние 3 года остается стабильным при небольшой тенденции к уменьшению. Снижение показателя первичного выхода на инвалидность, вероятнее всего, связано с переходом части больных этого контингента в амбулаторную службу (дневной стационар) в связи с сокращением стационарных коек в 2016 г. на 18,3%, в 2017 г. — на 15,3%.

Заметно уменьшилось число пациентов стационара, лечившихся в нем более года. Доля повторных госпитализаций (регоспитализаций) несколько увеличилась, потому что больные из амбулаторной сети, минуя лечение в дневном стационаре, сразу направлялись врачами-психиатрами, бригадами ско-

Таблица 5

Показатели деятельности психиатрического стационара ГБУЗ «ПКБ № 13 ДЗМ» за 2015—2017 гг.

| Год  | Коечный фонд, абс. ед. | Средняя длительность пребывания больного в стационаре, дни | Работа койки в году, дни | Оборот койки | Число койко-дней за год, по выбывшим больным, абс. ед. |
|------|------------------------|--|--------------------------|--------------|--|
| 2015 | 1040                   | 51   | 322                      | 6,3          | 334 869  |
| 2016 | 850                    | 47   | 363                      | 7,6          | 308 982  |
| 2017 | 720                    | 41   | 383                      | 9,0          | 277 429  |

Таблица 6

Качественные показатели деятельности стационара в 2015—2017 гг.

| Год  | Первичный выход на инвалидность |     | Число пациентов, лечившихся больше года |      | Повторное количество госпитализаций | Число пациентов, пролеченных недобровольно |      | Число больных, пролеченных за год |
|------|---------------------------------|-----|---|------|-------------------------------------|--|------|-----------------------------------|
|      | абс. число                      | %   | абс. число                              | %    |                                     | абс. число                                 | %    |                                   |
| 2015 | 177                             | 2,7 | 22                                      | 0,3  | 27                                  | 2274                                       | 34,3 | 6629                              |
| 2016 | 138                             | 2,1 | 5                                       | 0,02 | 27                                  | 1920                                       | 29,7 | 6444                              |
| 2017 | 97                              | 1,5 | 3                                       | 0,05 | 30                                  | 1860                                       | 28,2 | 6592                              |

рой медицинской помощи в стационарное отделение.

Уменьшилось число пациентов, пролеченных в недобровольном порядке (по ст. 29 Закона «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании») [6]. Снижение этого показателя обусловлено эффективной работой амбулаторной службы, дневного стационара и его структурных подразделений.

Проанализированные показатели деятельности психиатрического стационара говорят о постепенном смещении акцента от стационарной к внебольничной психиатрической помощи, что соответствует концепции развития психиатрической помощи в городе Москве.

Анализ финансирования стационарной психиатрической помощи по пролеченным больным показал, что стоимость лечения одного больного за 2015—2017 гг. уменьшилась в 1,06 раза в основном за счет уменьшения коечного фонда. Также уменьшилась стоимость всех пролеченных психиатрических больных по годам, что обусловлено уменьшением коечного фонда и числа пролеченных больных (табл. 7). Эта ситуация обусловлена еще и тем, что с 2016 г. в связи с внесением изменений в профиль коечного фонда и в целях оптимизации работы коечного фонда было проведено его сокращение (Распоряжение от 27.03.2017 № 2 ГБУЗ «ПКБ № 13 ДЗМ»).

Уменьшение коечного фонда произошло в 2015—2017 гг. на 30,8%. Был перепрофилирован и передан в амбулаторную службу дневной стационар Филиала № 1 ГБУЗ «ПКБ № 13 ДЗМ», в связи с чем не произошло сокращения как такового коечного фонда больницы. Он был перераспределен во внебольничную сеть, сохранив при этом свои функции, но уже в другом качестве, в другом структурном подразделении — дневном стационаре — также сохранился штат сотрудников с реструктуризацией в другое подразделение, увеличением числа ставок медицинско-

Таблица 7

Финансирование деятельности психиатрического стационара по пролеченным больным в 2015—2017 гг.

| Год  | Стоимость лечения одного больного, руб. | Стоимость лечения всех больных, руб. |
|------|---|--------------------------------------|
| 2015 | 148 845                                 | 974 041 930,80                       |
| 2016 | 149 905                                 | 962 539 890,71                       |
| 2017 | 140 289                                 | 913 278 443,31                       |

го персонала и увеличением заработной платы медицинских работников.

Нужно отметить, что процесс деинституционализации должен проходить постепенно с параллельным развитием внебольничной психиатрической службы, сокращением длительности госпитализации, преемственностью между различными этапами оказания психиатрической помощи: стационаром (больницей), дневным стационаром, амбулаторным звеном.

Таким образом, несмотря на развитую сеть оказания психиатрической стационарной помощи пациентам в настоящее время — время перемен, происходящих и в психиатрической службе, — продолжают сохраняться некоторые негативные моменты оказания данного вида помощи: стигматизация, навешивание на больного ярлыка «психически больной».

Стигматизация психически больных может привести к их дискриминации в обществе. К таким лицам начинают относиться предвзято, частично ограничивают в правах, лишают должной помощи.

Другим негативным моментом при оказании больным стационарной психиатрической помощи являются повторные госпитализации; по нашим данным, в 2015 г. их доля составила 27%, в 2017 г. — 30%. Повторные госпитализации обусловлены частично неэффективностью лечения больных в стационаре, отсутствием либо недостатком преемственности в структурных звеньях (врач-психиатр, клинический психолог, специалист по социальной работе), необходимостью использовать бригадный подход в лечении психически больных пациентов, учитывать комплексный характер параметров, выявленных во время обследования и лечения пациента, т. е. его клинические, психологические и социальные аспекты.

Пребывание в закрытом психиатрическом стационаре — это явление, сопряженное с достаточно высокой десоциализирующей составляющей, вследствие которой у больных развивается негативное расстройство — госпитализм.

К негативным аспектам в работе психиатрической стационарной службы можно отнести недостаточный мониторинг за состоянием больного после выписки из стационара, большую длительность пребывания в стационаре, чем требует состояние их здоровья (8—10% от всего количества пролеченных пациентов).

Таким образом, важными представляются вопросы не только ресурсного обеспечения стационарного звена психиатрической службы, но и оценки его деятельности, связанные с достижением структурной и локальной эффективности [7].

Важным внутренним резервом для ускорения реструктуризации в психиатрической стационарной службе является повышение эффективности использования коечного фонда [6]. В среднем по России за 2005—2009 гг. он стабилизировался на уровне 5,2—5,3. В ГБУЗ «ПКБ № 13 ДЗМ» за последние 3 года он увеличился с 6,3 в 2015 г. до 9 в 2017 г.

Один из факторов, способствующих повышению оборота койки, — число дней работы койки в году — приблизился в 2015 г. к нормативному и составил 322 дня, в 2016 г. — 363 дня, в 2017 г. — 383 дня, т. е. за счет этого фактора койка в году используется достаточно интенсивно. В нашем случае койка работала в 2017 г. с перегрузкой, поэтому дальнейшее сокращение коечного фонда с учетом этого фактора должно проводиться в режиме «ручного управления».

Важным ориентиром оптимизации коечного фонда должна оставаться доступность населению получения качественной и квалифицированной психиатрической помощи в условиях стационара.

Дорогостоящая психиатрическая койка и в наши дни частично выполняет патронажно-приятную функцию: по данным некоторых авторов, до 80% больных находятся в психиатрическом стационаре по социальным показаниям, в том числе по причине бездомности [5]. Остается высоким (27—30%) уровень регоспитализации, хотя, как утверждают исследователи [7], она может быть предотвращена благодаря развитию стационарзамещающих видов и форм помощи.

### Заключение

Исследованием отмечено увеличение доли больных с органическими, включая симптоматические, расстройствами, снижение числа больных наркологического профиля, сохранение на достаточно высоком уровне числа больных с расстройствами шизофренического регистра, снижение количества госпитализаций, увеличение числа больных, получающих внебольничную помощь амбулаторно, в дневном стационаре.

Финансовые ресурсы стационарного звена психиатрической службы занимают значительное место в общем объеме соответствующих ресурсов здравоохранения, однако используются недостаточно эффективно. Более низкие темпы реструктуризации в психиатрической службе по сравнению с общеотраслевыми показателями, отсутствие эффекта от оптимизации коечного фонда указывают на низкую структурную эффективность психиатрической службы в целом. Поэтому следует активнее задействовать имеющиеся резервы для улучшения использования в стационарах коечного фонда. Проведение этих мероприятий будет способствовать повышению эффективности функционирования психиатрической помощи всех уровней [8].

В лечении психически больного должна присутствовать преемственность при оказании помощи на различных ее этапах, в том числе в психиатрическом стационаре, территориальная доступность.

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

### ЛИТЕРАТУРА

1. Европейская декларация по охране психического здоровья. ВОЗ, 2005. Режим доступа: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/107625/E85445R.pdf;jsessionid=>

Реформы здравоохранения

- B2A38C52FAA70F094414E5B79B39D71C?sequence=3 (дата обращения 01.09.2019).
2. Гурович И. Я., Шмуклер А. Б., Голланд В. Б., Зайченко Н. М. Психиатрическая служба в России в 2005—2011 гг. (динамика показателей и анализ процессов развития). М.: Медпрактика; 2012.
  3. Шашкова Н. Г., Бабушкина Е. И. Больные шизофренией с частыми и длительными госпитализациями и перспективы для них альтернативных форм помощи. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2003;13(2):107—11.
  4. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике. СПб.: АДИС; 1994.
  5. Ястребов В. С., Шевченко Л. С., Солохина Т. А., Творогова Н. А. Внутренние резервы финансирования психиатрической помощи. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2007;(2):28—33.
  6. Хальфин Р. А., Ястребов В. С., Митина И. А., Митин В. Г. Национальные психиатрические службы на рубеже столетий. *Психиатрия*. 2004;(2):14—28.
  7. Ter-Israelyan A. Yu. Experience in improving the organization of primary health care for patients suffering from mental diseases in the capital region. *Scientific and practical journal "Danish scientific journal"*. 2018;19(2):30—1.
- Поступила 06.07.2019  
Принята в печать 23.01.2020
- REFERENCES
1. European Declaration on mental health. WHO; 2005. Available at: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/107625/E85445R.pdf;jsessionid=B2A38C52FAA70F094414E5B79B39D71C?sequence=3> (accessed 01.02.2019).
  2. Gurovich I. Ya., Shmukle A. B., Holland V. B., Zaichenko N. M. Psychiatric service in Russia in 2005—2011 (trend data and development processes analysis). [*Psikhiatricheskaya sluzhba v Rossii v 2005—2011 gg. (dinamika pokazateley i analiz protsessov razvitiya)*]. Moscow: Medical practice; 2012 (in Russian).
  3. Shashkova N. G., Babushkina E. I. Schizophrenics often hospitalized for long periods of time and perspectives of alternative medical care forms for them. *Socialnaya i klinicheskaya psichiatriya*. 2003;13(2):107—11 (in Russian).
  4. International classification of diseases (10<sup>th</sup> ed.). Classification of psychic and behaviour disorders. Clinical description and guidelines on diagnosis (МКБ-10) [*Mezhdunarodnaya klassifikatsiya bolezney (10-y peresmotr). Klassifikatsiya psikhicheskikh i povedencheskikh rasstroystv. Klinicheskie opisaniya i ukazaniya po diagnostike*]. St. Petersburg: ADIS; 1994 (in Russian).
  5. Yastrebov V. S., Shevchenko L. S., Solokhina T. A., Tvorogova N. A. Internal reserve for psychiatric care financing. *Socialnaya i klinicheskaya psichiatriya*. 2007;(2):28—33 (in Russian).
  6. Khalfin R. A., Yastrebov V. S., Mitina I. A., Mitin V. G. National psychiatric services at the turn of the centuries. *Psichiatriya*. 2004;(2):14—28 (in Russian).
  7. Ter-Israelyan A. Yu. Experience in improving the organization of primary health care for patients suffering from mental diseases in the capital region. *Scientific and practical journal "Danish scientific journal"*. 2018;19(2):30—1.

1. European Declaration on mental health. WHO; 2005. Available at: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/107625/E85445R>.

© Коллектив авторов, 2020  
УДК 614.2

Новиков А. П.<sup>1</sup>, Гиль А. Ю.<sup>2</sup>, Савчук С. А.<sup>2</sup>, Апполонова С. А.<sup>2</sup>, Хальфин Р. А.<sup>2</sup>

## ОРГАНИЗАЦИЯ ХИМИКО-ТОКСИКОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ И МЕДИЦИНСКОГО ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЯ ЛИЦ НА СОСТОЯНИЕ АЛКОГОЛЬНОГО ОПЬЯНЕНИЯ, ФАКТ УПОТРЕБЛЕНИЯ НАРКОТИЧЕСКИХ И ИНЫХ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ В ХАНТЫ-МАНСЬСКОМ АВТОНОМНОМ ОКРУГЕ — ЮГРЕ

<sup>1</sup>БУ ХМАО-Югры «Сургутская клиническая психоневрологическая больница» Минздрава России, 628415, г. Сургут;  
<sup>2</sup>ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет имени И. М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), 109004, г. Москва

*Проведен анализ организации химико-токсикологической службы в Ханты-Мансийском автономном округе — Югре. Введение трехуровневой системы оказания наркологической помощи населению и соблюдение принципа зональности позволило выстроить трехуровневую этапную систему химико-токсикологических исследований в регионе и добиться равной доступности химико-токсикологических исследований и системы медицинского освидетельствования на всей территории округа. Инвестиции в оснащение химико-токсикологических лабораторий современным оборудованием, повышение квалификации специалистов и развитие кадрового потенциала, сотрудничество с ведущими научными центрами и профессиональными сообществами за пределами региона позволили проводить своевременную идентификацию новых психоактивных веществ, оперативно реагировать на случаи массовых отравлений психоактивными веществами и внедрять новые методы химико-токсикологических исследований в медицинские организации ХМАО-Югры.*

**Ключевые слова:** химико-токсикологическая служба; медицинское освидетельствование; алкогольное опьянение; наркотики; психоактивные вещества; ХМАО-Югра.

**Для цитирования:** Новиков А. П., Гиль А. Ю., Савчук С. А., Апполонова С. А., Хальфин Р. А. Организация химико-токсикологической службы и медицинского освидетельствования лиц на состояние алкогольного опьянения, факт употребления наркотических и иных психоактивных веществ в Ханты-Мансийском автономном округе — Югре. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2020;28(3):.454—458 DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2020-28-3-454-458>

**Для корреспонденции:** Новиков Андрей Петрович, главный внештатный специалист по наркологии-психиатрии Департамента здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа — Югры, Россия, главный врач БУ ХМАО-Югры «Сургутская клиническая психоневрологическая больница», e-mail: [zvln00005@gmail.com](mailto:zvln00005@gmail.com)

Novikov A. P.<sup>1</sup>, Gil A. Yu.<sup>2</sup>, Savchuk S. A.<sup>2</sup>, Appolonova S. A.<sup>2</sup>, Khalfin R. A.<sup>2</sup>

## THE ORGANIZATION OF CHEMICAL TOXICOLOGICAL SERVICE AND MEDICAL EXAMINATION OF PERSONS FOR CONDITION OF ALCOHOL DRUNKENNESS, FACT OF CONSUMPTION OF DRUG AND OTHER PSYCHOACTIVE SUBSTANCES IN THE KHANTY-MANSI AUTONOMOUS OKRUG-YUGRA

<sup>1</sup>The Budget Institution of the Khanty-Mansi Autonomous Okrug-Yugra “The Surgut Clinical Psycho-neurological Hospital” of Minzdrav of Russia, 628415 Surgut, Russia;

<sup>2</sup>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 article presents the analysis of organization of chemical-toxicological service and in the Khanty-Mansi Autonomous Okrug—Yugra. The introduction of three-level system for provision of addiction medical care of population and implementation of the principle of zoning made it possible to organize three-level system of chemical-toxicological service that permitted to achieve equal access to chemical-toxicological and addiction care services in all territories of the region. The investments in chemical-toxicological laboratories, supply of modern equipment, advanced training of laboratory specialists, cooperation with leading research centers and professional communities outside of the region allowed timely and accurately identify psychoactive substances, prompt response in cases of mass poisoning with novel psychoactive substances, and quick introduction of advanced methods of chemical-toxicological examination to the medical organizations of the large industrial northern region of Russia.*

**Keywords:** chemical-toxicological service; medical examination; alcohol intoxication; drug addiction; psychoactive substances.

**For citation:** Nivikov A. P., Gil A. Yu., Savchuk S. A., Appolonova S. A., Khalfin R. A. The organization of chemical toxicological service and medical examination of persons for condition of alcohol drunkenness, fact of consumption of drug and other psychoactive substances in the Khanty-Mansi Autonomous Okrug-Yugra. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2020;28(3):454—458 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2020-28-3-454-458>

**For correspondence:** Nivikov A. P., the Head Out-of-Staff Specialist of Narcology-Psychiatry of the Health Care Department of the Khanty-Mansi Autonomous Okrug-Yugra, the Head Physician of the Budget Institution of the Khanty-Mansi Autonomous Okrug-Yugra “The Surgut Clinical Psycho-neurological Hospital”. e-mail: [zvln00005@gmail.com](mailto:zvln00005@gmail.com)

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

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

Received 08.10.2019  
Accepted 23.01.2020

### Введение

Последние несколько лет развития здравоохранения Российской Федерации характеризовались модернизацией государственной наркологической службы, осуществляемой в соответствии с Указом

Президента Российской Федерации от 07.05.2012 № 598 [1] и Приказом Минздрава России от 05.06.2014 № 263 [2]. Результатом этих изменений стало значительное улучшение санитарно-технического состояния и материально-технической осна-

## Реформы здравоохранения

ценности медицинских наркологических учреждений, организация системы профилактики немедицинского потребления психоактивных веществ (ПАВ), внедрение комплексного лечебно-реабилитационного процесса и системы раннего выявления лиц с риском развития наркологических расстройств, разработка комплекса нормативно-правовых документов по организации всех вышеуказанных видов медицинской деятельности [3].

Однако, несмотря на достигнутые положительные изменения в организации специализированной медицинской помощи по профилю «психиатрия-наркология», остаются нерешенными проблемы, которые препятствуют дальнейшему совершенствованию системы наркологической помощи и оптимизации ее деятельности. В частности, система раннего выявления лиц с наркологическими расстройствами (все формы профилактических медицинских осмотров и медицинских освидетельствований) по-прежнему не выявляет потребителей ПАВ. Это является следствием того, что используемые предварительные методы химико-токсикологических исследований (ХТИ) [4] не определяют большинство новых ПАВ, которые постоянно появляются на нелегальном наркорынке и определяют основные его объемы. Это обуславливает необходимость совершенствования организации химико-токсикологической службы (ХТС), включая этапность ХТИ, внедрение в практику современных методов ХТИ.

В Ханты-Мансийском автономном округе — Югре (ХМАО-Югра) в последние годы проводилась работа по совершенствованию организации наркологической помощи, включая ХТС и систему медицинского освидетельствования лиц на состояние алкогольного опьянения, факт употребления наркотических и иных психоактивных веществ, в связи с чем возникла необходимость в проведении анализа этих изменений.

### Материалы и методы

В работе применялся метод описательного анализа организации ХТС как неотъемлемой части специализированной медицинской помощи по профилям «психиатрия» и «психиатрия-наркология» и системы медицинского освидетельствования на состояние опьянения и употребление ПАВ. Также был произведен поиск и анализ нормативных правовых документов федерального и регионального уровня, регламентирующих организацию наркологической и химико-токсикологической службы в ХМАО-Югре. Описаны общие принципы и уровни организации наркологической службы и медицинского освидетельствования, категории лиц и ситуации, в которых предусмотрено проведение медицинского освидетельствования, организация, применяемые методики и оснащение ХТС, сотрудничество с научными центрами, профессиональными организациями и сообществами.

### Результаты исследования

**Общие принципы и уровни организации наркологической службы и медицинского освидетель-**

**ствования.** На основании приказа Департамента здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа — Югры от 31.12.2014 № 1428 «О совершенствовании оказания наркологической помощи на территории Ханты-Мансийского автономного округа — Югры» с 1 января 2015 г. на территории автономного округа была организована трехуровневая система оказания наркологической помощи населению.

*Первый уровень (I; муниципальный)* — это уровень первичной медико-санитарной медицинской помощи, который осуществляется в 20 кабинетах медицинского освидетельствования на состояние опьянения (наркотического или иного токсического опьянения) в составе многопрофильных медицинских организаций в муниципальных образованиях автономного округа.

*Второй уровень (II; межмуниципальный)* — это уровень специализированной медицинской помощи, который осуществляется в пяти психоневрологических больницах: БУ ХМАО-Югры «Сургутская клиническая психоневрологическая больница» (г. Сургут), БУ ХМАО-Югры «Ханты-Мансийская психоневрологическая больница» (г. Ханты-Мансийск), БУ ХМАО-Югры «Нижневартовская психоневрологическая больница» (г. Нижневартовск), БУ ХМАО-Югры «Советская психоневрологическая больница» (пос. Алябьевский, Советский район), БУ ХМАО-Югры «Психоневрологическая больница им. Святой Преподобномученицы Елизаветы» (г. Мегион).

*На третьем (III; региональном) уровне* оказывается специализированная наркологическая помощь в БУ ХМАО-Югры «Сургутская клиническая психоневрологическая больница» — головной медицинской организации наркологической службы автономного округа.

Кроме подразделения службы на три уровня, для обеспечения равной доступности наркологической службы для всего населения округа в регионе применен зональный принцип организации. Этим же приказом были созданы пять зон обслуживания психоневрологическими больницами. Зоны расположены вокруг крупных городов (Сургут, Ханты-Мансийск, Нижневартовск, Мегион) и поселка Алябьевский Советского района. Специализированные медицинские организации в этих центрах обеспечивают специализированной медицинской помощью жителей близлежащих населенных пунктов с учетом транспортной доступности.

Медицинские освидетельствования на состояние опьянения проводятся в пяти психоневрологических больницах с 2003 г. В настоящее время медицинские освидетельствования на состояние опьянения проводятся также в 20 кабинетах в составе многопрофильных медицинских организаций в муниципальных образованиях автономного округа, что позволяет полностью охватить всю территорию автономного округа.

Врачебный медицинский персонал медицинских организаций I уровня оказания наркологической помощи осуществляет освидетельствование в соответ-

ствии с приказом Минздрава России от 14.07.2003 № 308 «О медицинском освидетельствовании на состояние опьянения». Персонал регулярно проходит обучение в БУ ХМАО-Югры «Сургутская клиническая психоневрологическая больница» на семинарах для обучения врачей вопросам медицинского освидетельствования с выдачей заверенных справок о прохождении специальной подготовки.

**Категории лиц и ситуации, в которых предусмотрено проведение медицинского освидетельствования.** Проведение медицинских освидетельствований на состояние опьянения в ХМАО-Югре осуществляется в соответствии с Порядком проведения медицинского освидетельствования на состояние опьянения (алкогольного, наркотического или иного токсического), утвержденным приказом Минздрава России от 18.12.2015 № 933н.

В 2016 г. перечень категорий лиц, для которых требуется проведение медицинского освидетельствования, был расширен. Во исполнение Федерального закона от 13.06.2015 № 230-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации» в целях реализации медицинского освидетельствования на предмет потребления наркотических средств, психотропных, иных токсичных веществ и их метаболитов для отдельных категорий работников был реализован приказ Департамента здравоохранения ХМАО-Югры от 25.02.2016 № 170 «Об алгоритме проведения химико-токсикологических исследований наличия в организме наркотических средств, психотропных, иных токсических веществ и их метаболитов при медицинском освидетельствовании отдельных категорий работников на территории Ханты-Мансийского автономного округа — Югры». Проведение ХТИ при медицинском освидетельствовании было расширено:

- для лиц, получающих лицензии на приобретение оружия;
- для работников ведомственной охраны и частных детективов;
- для работников авиационного, водного и железнодорожного транспорта, подразделений транспортной безопасности;
- для сотрудников органов внутренних дел;
- для лиц, поступающих на военную службу по контракту;
- для иностранцев, получающих (продляющих) патенты.

Медицинское освидетельствование во всех случаях начинается с исследования выдыхаемого воздуха на наличие алкоголя. После этого врачом-специалистом (при его отсутствии — фельдшером) производится сбор жалоб, анамнеза и осмотр в целях выявления клинических признаков опьянения. Последние выражаются в изменении психической деятельности (эмоциональная неустойчивость), вегетативно-сосудистых реакций (сужение или расширение зрачков), в нарушении двигательной сферы (неустойчивость в позе Ромберга).

Порядком установлено, когда производится отбор биологического материала (моча, кровь) для на-

правления на ХТИ. Прописаны правила их проведения. Приведена новая форма акта медицинского освидетельствования.

**Организация ХТС.** При организации ХТС ХМАО-Югры учитывался ряд факторов, характерных для автономного округа: сложные климатогеографические условия, ограниченность дорожно-транспортной сети (сезонность функционирования транспортной схемы в осенне-весенний период), наличие труднодоступных и отдаленных поселков, территорий компактного проживания коренных малочисленных народов Севера (низкая плотность населения, примерно 3 человека на 1 км<sup>2</sup>). В связи с этим основной задачей было обеспечение равнодоступности ХТИ для всех групп населения автономного округа. Введение трех уровней организации наркологической службы позволило реализовать и трехуровневую систему химико-токсикологического обследования граждан на предмет употребления наркотических средств и психотропных веществ, в том числе алкоголя, в пяти зонах обслуживания психоневрологическими больницами. Официально трехуровневая система организации ХТС была внедрена с 01.12.2018 г. на основании приказа Департамента здравоохранения ХМАО-Югры от 26.10.2018 № 1128 «О совершенствовании оказания наркологической помощи и химико-токсикологических исследований на территории Ханты-Мансийского автономного округа — Югры». Реализация данной модели позволила осуществлять этапы проведения ХТИ различных биологических объектов (моча, волосы, ногти), соблюдать принципы территориальности, а также компенсировать неравномерный уровень развития химико-токсикологической диагностики на территории автономного округа, в целом обеспечив равную доступность ХТИ для всего населения округа. В связи с реализацией данной трехуровневой системы дальнейшее расширение сети химико-токсикологических лабораторий в округе не потребовалось.

**Первый уровень (муниципальный).** На данном уровне первичной медико-санитарной помощи проводятся предварительные ХТИ с использованием иммунохроматографических (иммунохимических) методов исследования в биологических объектах. Все кабинеты укомплектованы обученными специалистами и имеют лицензии на медицинское освидетельствование на состояние опьянения.

**Второй уровень (межмуниципальный).** На данном уровне в пяти психоневрологических больницах проводятся подтверждающие ХТИ в биологических объектах. Все учреждения имеют лицензии по профилю «лабораторная диагностика» для проведения медицинского освидетельствования на состояние опьянения, оснащены газовыми хроматографами (ГХ) с масс-спектрометрическим детектированием (ГХ-МС). Оснащение ГХ психоневрологических больниц автономного округа началось в 2003 г. Химико-токсикологические лаборатории укомплектованы обученными квалифицированными кадрами. Нижневартовская психоневрологическая больница рутинно применяет метод высокоэффективной жид-

## Реформы здравоохранения

костной хроматографии с масс-селективным детектированием, который существенно расширяет возможности ХТС в определении конкретных психоактивных веществ.

На третьем (региональном) уровне на базе головной медицинской организации наркологической службы автономного округа БУ ХМАО-Югры «Сургутская клиническая психоневрологическая больница» внедряются новые методы диагностики и проведения исследований, а также подготовки проб. Осуществляется повышение квалификации специалистов и совершенствование приобретенных навыков по ХТИ. Проводятся экспертные исследования по сложным случаям. Ежегодно осуществляется обновление баз библиотек хроматографов.

Следует отметить, что Сургутская клиническая психоневрологическая больница выполняет организационную функцию, а Нижневартовская психоневрологическая больница — методическую функцию, направленную на совершенствование и внедрение в практику ХТИ методов пробоподготовки и определения психоактивных веществ.

Лабораторные исследования методом ГХ-МС спектрометрии (на наркотические средства и психотропные вещества) и методом ГХ (на этанол) проводятся в пяти психоневрологических больницах ХМАО-Югры за счет финансирования из окружного бюджета для всех медицинских учреждений округа и полностью удовлетворяют их потребность. Данные исследования проводятся в округе в полном объеме с 2003 г.

**Применяемые методики и оснащение химико-токсикологической службы.** В психоневрологических больницах ХМАО-Югры применяется широкий спектр методик проведения ХТИ, позволяющих в большинстве случаев идентифицировать наркотические вещества. Используемые методики также позволяют определять новые ПАВ и дизайнерские наркотики в различных биологических объектах и включают следующие методики:

- жидкостно-жидкостная экстракция веществ кислотной и нейтральной рН;
- жидкостно-жидкостная экстракция веществ кислотной и нейтральной рН с гидролизом и дериватизацией;
- жидкостно-жидкостная экстракция веществ щелочной и нейтральной рН;
- жидкостно-жидкостная экстракция веществ щелочной и нейтральной рН с гидролизом и дериватизацией;
- жидкостно-жидкостная экстракция с помощью готовых экстракционных пробирок (Токситуб А, Б);
- обнаружение амфетаминов;
- обнаружение ПАВ в крови;
- обнаружение ПАВ в ногтях и волосах.

Лаборатории оснащены современным аналитическим оборудованием. Медицинские организации на всех территориях округа также оснащены экспресс-анализаторами для предварительного ХТИ мочи на наркотические средства и ПАВ общим количеством

45 единиц (ИК 200609, АМ 2100 «Bee-Sure-S», анализатор видеоцифровой иммунохроматографический «Рефлеком»), что позволяет проводить и быстрый скрининг в рамках медицинского освидетельствования.

Возможности лабораторий округа покрывают потребность региона в определении ПАВ. Однако стремительное появление на рынке новых видов синтетических наркотиков требует своевременного обеспечения ХТС современным оборудованием для их быстрого обнаружения и дифференциации. В связи с этим в округе производится постоянная модернизация оборудования.

*Сотрудничество с Сеченовским Университетом, научными центрами, профессиональными организациями и сообществами.* Наркологическая служба ХМАО-Югры с целью повышения качества работы ХТС в 2018 г. инициировала сотрудничество с ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет)». В рамках соглашения о сотрудничестве (2018) ХТС ХМАО-Югры осуществляет взаимодействие с Сеченовским Университетом в следующих направлениях: развитие системы контроля качества ХТИ в биологических объектах на определение ПАВ, совершенствование Системы раннего оповещения о новых ПАВ (Early Warning Advisory on NPS), обмен опытом на региональном, федеральном и международном уровне, научно-исследовательская и научно-методическая деятельность, развитие информационно-просветительной деятельности в сфере ХТИ.

Обмен опытом проведения ХТИ производится также с ведущими научными центрами в области наркологии (ГБУЗ «Московский научно-практический центр наркологии» Департамента здравоохранения г. Москвы, ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В. П. Сербского» Минздрава России), и с профессиональными организациями и сообществами (ООО «Российская наркологическая лига», Профессиональное сообщество наркологов России «Ассоциация наркологов»). Данное сотрудничество позволяет на регулярной основе обновлять электронные базы библиотек газовых хромато-масс-спектрометров химико-токсикологических лабораторий психоневрологических больниц ХМАО-Югры для определения летучих веществ и других ПАВ токсического действия, принимаемых с целью одурманивания.

## Обсуждение

С 2015 г. в регионе ХМАО-Югра существенно усовершенствована организация наркологической службы. Была внедрена ее трехуровневая система с пятью зонами обслуживания психоневрологическими больницами.

Это позволило выстроить единую стандартизованную систему оказания наркологической и психиатрической помощи и обеспечить ее равнодоступность для всего населения автономного округа. Дан-

ная модель организации впоследствии также позволила с 2018 г. внедрить трехуровневую систему организации ХТС, обеспечив этапность и равнодоступность ХТИ и доступность медицинского освидетельствования на всех территориях округа. Ранее системой не предусматривались единый порядок маршрутизации и технологическая схема организации профилактического и лечебно-реабилитационного процесса по профилю «психиатрия-наркология» на территории всего автономного округа, она работала и регулировалась фактически в «ручном режиме». Также ранее зональный принцип был предусмотрен только в рамках методической работы, когда было выделено одно головное учреждение, которое курировало направления деятельности по профилю «психиатрия» и «психиатрия-наркология», что не позволяло в полной мере обеспечить равную доступность наркологической и психиатрической помощи, включая ХТИ и систему медицинского освидетельствования. Кроме того, до 2003 г. не во всех специализированных медицинских организациях по профилю «психиатрия-наркология» были организованы кабинеты медицинского освидетельствования в соответствии с требованиями актуального законодательства того времени и в связи с тем, что региональная система медицинского освидетельствования на состоянии опьянения находилась в процессе становления.

С 2015 г. был существенно расширен перечень категорий лиц, работников и ситуаций, для которых требуется проведение медицинского освидетельствования. Это позволило существенно влиять на контроль потребления алкоголя, наркотических средств и ПАВ в регионе на индивидуальном и популяционном уровнях и предотвращать проблемы, связанные с их употреблением. До 2015 г. проведение медицинского освидетельствования регламентировалось только среди водителей транспортных средств.

До 2018 г. система организации ХТИ не предусматривала проведения своевременной идентификации новых ПАВ в биологических объектах человека, оперативное реагирование на увеличение количества обращений граждан в медицинские организации с признаками передозировки неустановленными ПАВ, внедрение за короткое время новых методов ХТИ в медицинских организациях, обеспечение равной доступности ХТИ на территории автономного округа.

В целом выстроенная в соответствии со структурой наркологической службы и зонального принципа работы единая трехуровневая структура ХТС позволила объединить ее в общую систему на территории автономного округа, что обеспечило единство использования методик по обнаружению ПАВ и общую доступность ХТИ.

### Заключение

Совершенствование организации наркологической службы ХМАО-Югры с введением трехуровневой системы оказания наркологической помощи на-

селению и соблюдением принципа зональности позволило выстроить трехуровневую этапную систему ХТИ в регионе и добиться равной доступности ХТС и системы медицинского освидетельствования на всей территории округа. Инвестиции в оснащение химико-токсикологических лабораторий современным оборудованием, повышение квалификации специалистов и развитие кадрового потенциала, сотрудничество с ведущими научными центрами и профессиональными сообществами за пределами региона позволяют своевременно и точно идентифицировать новые ПАВ, оперативно реагировать на случаи массовых отравлений ими и внедрять новые методы ХТИ в медицинские организации ХМАО-Югры.

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

### ЛИТЕРАТУРА

1. Указ Президента РФ от 7 мая 2012 г. № 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения». *Справочно-правовая система «Гарант»*. Режим доступа: <http://base.garant.ru/70170948/#ixzz5Oqv44CEO> (дата обращения: 10.01.2020).
2. Приказ Минздрава России от 5 июня 2014 г. № 263 (ред. от 07.12.2015) «Об утверждении Концепции модернизации наркологической службы Российской Федерации до 2016 г.». Министерство здравоохранения Российской Федерации. Режим доступа: <https://www.rosminzdrav.ru/documents/8117-prikaz-263-ot-05-06-2014-ob-utverzhdenii-kontseptsii-modernizatsii-narkologicheskoy-sluzhby> (дата обращения: 14.01.2020).
3. Клименко Т. В., Козлов А. А. Современное состояние, достижения, проблемные аспекты и перспективы развития системы оказания медицинской помощи по профилю «психиатрия-наркология». *Вопросы наркологии*. 2018;9(169):5–17.
4. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 27 января 2006 г. № 40 «Об организации проведения химико-токсикологических исследований при аналитической диагностике наличия в организме человека алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ». *Бюллетень нормативных актов федеральных органов исполнительной власти*. 2006;(11):12–8.

Поступила 08.10.2019  
Принята в печать 23.01.2020.

### REFERENCES

1. Decree of the President of the Russian Federation of May 7, 2012 No. 598 "On improving the state policy in the field of healthcare" [*Ukaz Prezidenta RF ot 7 maya 2012 g. N 598 "O sovershenstvovanii gosudarstvennoi politiki v sfere zdravookhraneniya"*]. Reference and legal system "Garant". Available at: <http://base.garant.ru/70170948/#ixzz5Oqv44CEO> (accessed 10.01.2020) (in Russian).
2. Order of the Ministry of Health of Russia of June 5, 2014 No. 263 (as amended on 12.07.2015) "On approval of the Concept for the modernization of the narcological service of the Russian Federation until 2016". Ministry of Health of The Russian Federation [*Prikaz Minzdrava Rossii on 5 iyunya 2014 g. N 263"ob utverzhdenii koncepcii modernizatsii narkologicheskoi sluzhby RF po 2016 g."*]. Available at: <https://www.rosminzdrav.ru/documents/8117-prikaz-263-ot-05-06-2014-ob-utverzhdenii-kontseptsii-modernizatsii-narkologicheskoy-sluzhby> (accessed 14.01.2020) (in Russian).
3. Klimenko T. V., Kozlov A. A. Current state, achievements, problem aspects and prospects for developing a system of providing medical care in the field of addiction psychiatry. *Voprosi narkologii*. 2018;9(169):5–17 (in Russian).
4. Order of the Ministry of Health and Social Development of the Russian Federation of January 27, 2006 N 40 "On the organization of conducting chemical and toxicological examination in the analytical diagnosis of the presence of alcohol, drugs, psychotropic and other toxic substances in the human body". *Bulleten normativnih aktov federalnih organov ispolnitelnoj vlasti*. 2006;(11):12–8 (in Russian).

**Грин С. И.<sup>1</sup>, Крюкова К. К.<sup>1,2</sup>, Иванов И. В.<sup>3</sup>, Матыцин Н. О.<sup>3</sup>, Щесюль А. Г.<sup>3</sup>, Берсенева Е. А.<sup>4</sup>**

## **ЭКСПОРТ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ КАК ДРАЙВЕР ФОРМИРОВАНИЯ НАЦИОНАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ УПРАВЛЕНИЯ КАЧЕСТВОМ И БЕЗОПАСНОСТЬЮ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ**

<sup>1</sup>ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России, 127254, г. Москва;

<sup>2</sup>ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет имени И. М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), 119991, г. Москва;

<sup>3</sup>ФГБУ «Национальный институт качества» Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения, 109074, г. Москва;

<sup>4</sup>ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья им. Н. А. Семашко» Минобрнауки России, 105064, г. Москва

*В статье приводится определение понятия экспорта медицинских услуг в зарубежной и российской практике, а также обзор элементов стратегии развития экспорта медицинских услуг (в рамках реализации национального проекта «Здравоохранение»). Представлена необходимость развития маркетинговой стратегии, системы информационного обмена и условий, обеспечивающих соответствие оказываемых медицинских услуг высоким стандартам качества и безопасности медицинской деятельности на национальном уровне. Представлено перспективное направление формирования российской системы качества и безопасности в ходе реализации федерального проекта «Развитие экспорта медицинских услуг» через повышение эффективности работы медицинских организаций и их аккредитацию.*

**Ключевые слова:** экспорт медицинских услуг; национальный проект «Здравоохранение»; федеральный проект «Развитие экспорта медицинских услуг»; система мониторинга иностранных граждан; стандарты качества и безопасности медицинской деятельности.

**Для цитирования:** Грин С. И., Крюкова К. К., Иванов И. В., Щесюль А. Г., Берсенева Е. А. Экспорт медицинских услуг как драйвер формирования национальной системы управления качеством и безопасностью медицинской деятельности. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2020;28(3):459–463. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2020-28-3-459-463>

**Для корреспонденции:** Щесюль Алексей Геннадьевич, эксперт отдела управления качеством и оценки медицинской деятельности ФГБУ «Национальный институт качества» Росздравнадзора, e-mail: [a.shesylul@cmkee.ru](mailto:a.shesylul@cmkee.ru)

**Grin S. I.<sup>1</sup>, Krukova K. K.<sup>1,2</sup>, Ivanov I. V.<sup>3</sup>, Matytsyn N. O.<sup>3</sup>, Schesylul A. G.<sup>3</sup>, Berseneva E. A.<sup>4</sup>**

## **THE EXPORT OF MEDICAL SERVICES AS A DRIVER OF DEVELOPMENT OF THE NATIONAL SYSTEM OF QUALITY MANAGEMENT AND SAFETY A MEDICAL ACTIVITIES**

<sup>1</sup>The Federal State Budget Institution “The Central Research Institute for Health Organization and Informatics” of Minzdrav of Russia, 127254, Moscow, Russia;

<sup>2</sup>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;

<sup>3</sup>The Federal State Budget Institution “The National Institute of Quality” of the Roszdravnadzor, 109074, Moscow, Russia;

<sup>4</sup>N. A. Semashko National Research Institute of Public Health, 105064, Moscow, Russia

*The article presents definition of concepts of exporting medical services in foreign and Russian practice. It includes overview of the elements of strategy of developing export of medical services (within the framework of the National project “Health Care”). The article considers the need to develop marketing strategy, information exchange system and conditions ensuring compliance of medical services with high standards of quality and safety of medical activities at the national level. The perspective direction development of the quality and safety system in Russia during implementation of the Federal project “Development of export of medical services” through improving the efficiency of medical organizations and their accreditation is determined.*

**Key words:** export of medical services; National project «Health care»; monitoring system for foreign citizens; quality and safety standards for medical activities.

**For citation:** Grin S. I., Krukova K. K., Ivanov I. V., Matytsyn N. O., Schesylul A. G., Berseneva E. A. The export of medical services as a driver of development of the National system of quality management and safety a medical activities. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2020;28(3):459–463 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2020-28-3-459-463>

**For correspondence:** Schesylul A. G., the Expert of the Department of Quality Management and Medical Activities Assessment of the Federal State Budget Institution “The National Institute of Quality”. e-mail: [a.shesylul@cmkee.ru](mailto:a.shesylul@cmkee.ru)

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

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

Received 16.10.2019

Accepted 23.01.2020

## **Введение**

В течение нескольких последних десятилетий отмечается глобальное увеличение числа граждан, выезжающих за пределы родной страны с различными целями, унификация регуляторных режимов, а также совершенствование информационных и комму-

никационных технологий, обусловившие формирование нового паттерна — экспорта медицинских услуг.

Экспорт медицинских услуг является одним из наиболее устойчивых трендов развития мирового здравоохранения, размер рынка экспорта медицинских услуг, по экспертным оценкам, в 2018 г. соста-

вил 36,9 млрд долларов, при этом совокупный среднегодовой темп роста сегодня составляет 8,9% и к 2025 г. увеличится до 21,9% [1]. Наиболее популярными направлениями, по последним данным, являются Коста-Рика, Индия, Малайзия, Мексика, Сингапур, Южная Корея, Тайвань, Таиланд и Турция [2]. Иностранцы чаще всего путешествуют за рубеж с целью получения медицинских услуг по профилям «стоматология», «пластическая хирургия», «сердечно-сосудистая хирургия», «репродуктивная медицина» [3].

#### *Понятие экспорта медицинских услуг в зарубежной практике и в России*

Следует различать понятия «экспорт медицинских услуг» и «медицинский туризм». При использовании термина «медицинский туризм» чаще всего подразумеваются туристы, совершающие путешествие за рубеж с целью получения медицинских услуг [4, 5]. Например, согласно определению Ассоциации медицинского туризма (МТА), медицинский туризм — это путешествие людей за границу с целью получения медицинских услуг, в том числе по профилям «стоматология» и «хирургия», когда получение аналогичных услуг в их родной стране связано с недостаточным качеством, высокой стоимостью, неприемлемым временем ожидания медицинской услуги [6]. Экспорт медицинских услуг включает медицинские услуги, получаемые иностранными гражданами в медицинских организациях (МО) страны-экспортера на коммерческой основе и вне зависимости от цели приезда в страну-экспортер.

В соответствии с Генеральным соглашением по торговле услугами (ГАТС) Всемирной торговой ассоциации (ВТО) различают четыре типа международной торговли медицинскими услугами:

*тип 1* — трансграничное предоставление услуги, а именно телемедицинские услуги;

*тип 2* — пересечение границы получателем услуги и получение медицинской услуги на территории зарубежного государства, а именно: медицинские туристы, целенаправленно путешествующие за рубеж с целью получения медицинской услуги, экспатрианты, туристы и иные иностранные граждане, которым необходимо предоставление медицинской помощи во время нахождения за рубежом, в том числе по экстренным показаниям;

*тип 3* — создание дочерних организаций или филиалов на территории зарубежного государства, предполагающее трансграничное движение капиталов, т. е. финансирование строительства медицинских госпиталей страны-экспортера за рубежом (например, Кливленд Клиника в ОАЭ, Абу-Даби);

*тип 4* — оказание услуг нерезидентом, т. е. осуществление практики врачом на территории зарубежного государства [7].

В настоящее время в нормативной правовой базе Российской Федерации отсутствуют определения экспорта медицинских услуг и медицинского туризма. В соответствии с приказом Росстата от 29.12.2012 № 677 «Об утверждении Методологических положений

по организации статистического наблюдения за внешней торговлей услугами» экспорт услуг — это услуги, оказанные резидентами национальной экономики для нерезидентов.

Во исполнение п. «а» и п. «б» раздела 4 Указа Президента Российской Федерации от 07.05.2018 № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года» в рамках национального проекта «Здравоохранение», утвержденного протоколом Президиума Совета при Президенте Российской Федерации по стратегическому развитию и национальным проектам от 24.12.2018 № 16, реализуется федеральный проект «Развитие экспорта медицинских услуг», утвержденный протоколом проектного комитета по национальному проекту «Здравоохранение» от 14.12.2018 № 3.

В рамках федерального проекта «Развитие экспорта медицинских услуг» учитываются все медицинские услуги, оказываемые иностранному гражданину МО, расположенными на территории Российской Федерации, за исключением скорой медицинской помощи.

Необходимо отдельно отметить, что в соответствии с Правилами оказания медицинской помощи иностранным гражданам на территории Российской Федерации, утвержденными постановлением Правительства Российской Федерации от 06.03.2013 № 186, скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь оказывается иностранным гражданам при заболеваниях, несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства. МО государственной и муниципальной систем здравоохранения указанная медицинская помощь оказывается иностранным гражданам бесплатно. Таким образом, скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь, оказываемая иностранным гражданам, не учитывается при подсчете показателя федерального проекта «Развитие экспорта медицинских услуг».

#### *Система мониторинга иностранных граждан, пролеченных на территории Российской Федерации*

В рамках реализации федерального проекта учитываются показатель «Увеличение объема экспорта медицинских услуг не менее чем в четыре раза по сравнению с 2017 годом (до 1 млрд долларов США в год), млн долларов США» национального проекта «Здравоохранение» и показатель «Число иностранных граждан, пролеченных в медицинских организациях Российской Федерации, тыс. чел. нарастающим итогом» федерального проекта МО государственной формы собственности и МО частной формы собственности.

В настоящий момент Минздравом России совместно с Банком России и Росстатом осуществляется формирование системы мониторинга иностранных граждан, пролеченных на территории Российской Федерации (далее — система мониторинга). В 2019 г. Минздравом России внесены изменения в

## Реформы здравоохранения

формы федерального статистического наблюдения № 30 и № 62 Росстата, которые позволят раскрыть сведения по объему экспорта медицинских услуг в МО, входящих в государственную систему здравоохранения и систему ОМС.

Банком России совместно с Минздравом России разработана форма федерального статистического наблюдения № 1-МЕД «Сведения об осуществлении медицинской деятельности в отношении нерезидентов» (далее — форма № 1-МЕД), утвержденная указанием Банка России «Об утверждении форм федерального статистического наблюдения и порядка составления и предоставления респондентами первичных статистических данных по этим формам в Центральный банк Российской Федерации для составления платежного баланса Российской Федерации, международной инвестиционной позиции Российской Федерации, статистики внешней торговли Российской Федерации услугами, внешнего долга Российской Федерации, прямых инвестиций в Российскую Федерацию и прямых инвестиций из Российской Федерации за рубеж». В настоящее время указанная форма проходит регистрацию в Министерстве юстиции Российской Федерации. С помощью формы № 1-МЕД, которая вводится в работу с 2020 г., будет осуществляться учет численности нерезидентов, в отношении которых респондентом осуществлялась медицинская деятельность в отчетном квартале, и количества обращений нерезидентов.

Внедрение системы мониторинга запланировано на 2020 г. В настоящее время сбор сведений об объеме медицинских услуг, оказанных иностранным гражданам, в том числе в финансовом выражении, а также сведений о количестве пролеченных иностранных граждан осуществляется посредством системы ежемесячного мониторинга показателей федерального проекта, созданной на базе портала ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России ([www.asmmms.mednet.ru](http://www.asmmms.mednet.ru)).

### *Экспорт медицинских услуг и его значение в формировании системы качества и безопасности в здравоохранении*

Одним из основных принципов, лежащих в основе экспорта медицинских услуг, является предоставление качественных безопасных медицинских услуг иностранцам наравне с гражданами страны-экспортера. Экспорт медицинских услуг должен вести к увеличению внебюджетного дохода МО и развитию конкурентной среды в системе здравоохранения страны-экспортера [8].

Развитие экспорта медицинских услуг предполагает модернизацию инфраструктуры МО, улучшение сервисной составляющей оказания медицинских услуг, повышение мотивации медицинского персонала.

В рамках формирования системы экспорта медицинских услуг особое внимание уделяется вопросу качества и безопасности оказания медицинских

услуг. Достаточно часто наиболее успешные на рынке экспорта медицинских услуг страны формируют собственные национальные системы сертификации и аккредитации (см. таблицу), которые учитывают региональные особенности.

Наличие сертификата, подтверждающего соответствие медицинской деятельности требованиям тех или иных стандартов качества и безопасности, часто является неперемным условием при выборе МО в стране-экспортере и, что важно, является одним из условий допуска на конкурентный рынок.

Приведем некоторые дополнительные данные. JCI всего аккредитовано 1040 провайдеров медицинских услуг (по состоянию на 2019 г.), из них в странах Европейского союза работает 156 МО, а в Российской Федерации пока всего 4 МО. Стандарт направлен на соблюдение «оптимально достижимого» уровня качества и безопасности медицинской деятельности.

В Российской Федерации отсутствие до недавнего времени единых подходов к управлению качеством и безопасностью медицинской деятельности стало одним из побудительных мотивов разработки с 2015 по 2019 г. основополагающего методологического документа «Предложения (практические рекомендации) Росздравнадзора по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации» (станции, включающие 11 специализированных разделов, поликлиники — 15 разделов, медицинские лаборатории — 8 разделов).

Основные разделы системы (на примере МО — стационара):

- Управление персоналом.
- Идентификация личности пациентов.
- Эпидемиологическая безопасность.
- Лекарственная безопасность. Фармаконадзор.
- Контроль качества и безопасности обращения медицинских изделий.
- Организация экстренной и неотложной помощи.
- Преимуществом организации медицинской помощи.
- Хирургическая безопасность.
- Безопасность среды в МО.
- Организация ухода за пациентами, профилактика пролежней и падений.
- Организация оказания медицинской помощи на основании данных доказательной медицины.

В Предложениях (практических рекомендациях) учтены лучшие международные подходы и отечественные разработки в области управления качеством и безопасностью медицинской деятельности. Итогом стала зарегистрированная в Росстандарте система добровольной сертификации МО «Качество и безопасность медицинской деятельности» (№ РОСС RU.B1589.04ОЧНО от 06.12.2016), разработанная ФГБУ «Национальный институт качества» Росздравнадзора на основе Предложений (практических рекомендаций).

## Международные стандарты и системы аккредитации в области медицины

| Система, страна   | Краткая характеристика   |
|---|--|
| Joint Commission International (JCI); США                                   | Стандарты* JCI являются специализированными стандартами качества медицинской деятельности, устанавливают единые требования к процессам МО разного профиля и видов деятельности. Основной акцент в аккредитации медицинских учреждений направлен на повышение безопасности обслуживания пациентов. Их внедрение предполагает достаточно высокий уровень развития и уровень культуры работы МО. Стандарты JCI включают в себя Стандарты аккредитации для стационаров и поликлиник, Стандарт для оказания медицинской помощи на дому, оказания первичной медицинской помощи, Стандарт аккредитации JCI для медицинских лабораторий, Стандарт аккредитации JCI для услуг по транспортировке пациентов, долгосрочная медицинская помощь и пр. Аккредитация действительна в течение 3 лет  |
| Health Standards Organization (HSO); Канада                                 | Аккредитационная система* Канады (Accreditation Canada) осуществляет контроль за оказанием медицинской помощи в МО страны (с 2017 г. может оценивать МО в других странах-заявителях). Система включает более 100 стандартов по различным профилям деятельности МО: первичная медицинская помощь, онкологическая медицинская помощь, медицинская помощь детям и подросткам, стоматологическая медицинская помощь, скорая и неотложная медицинская помощь, медицинская реабилитация и др.<br>Процедура проведения включает несколько этапов: проведение процедуры самооценки (необязательно); проведение измерений, наблюдение за процессами оказания медицинской помощи, опросы и интервьюирование медицинского персонала и пациентов; предоставление отчета и решения об аккредитации МО. Эксперты системы занимаются постоянным развитием и совершенствованием стандартов с целью повышения качества оказываемой медицинской помощи   |
| Certification de Haute Autorité de Santé (HAS); Франция                     | Национальный орган здравоохранения Франции (HAS) осуществляет сертификацию* государственных и частных МО (периодичность — 1 раз в 4 года). Цель сертификации — гарантия постоянного развития и совершенствования качества оказания медицинской помощи, а также повышение выявления и предотвращения рисков, связанных с оказанием медицинской помощи. Система оценки в рамках программы — балльная. В рамках оценки рассматриваются следующие направления деятельности: управление МО; соблюдение прав пациента; лечение пациентов (уход). Стандарт гарантирует, что медицинское учреждение находится в постоянной динамике совершенствования практики, направленной на выявление и контроль рисков  |
| The National Safety and Quality Health Service Standards (NSQHS); Австралия | Стандарты* NSQHS описывают уровень медицинской помощи, который должен быть предоставлен организациями здравоохранения и системами, которые необходимы для оказания такой помощи.<br>В Стандарте рассматриваются следующие направления деятельности МО: управление системой качества и безопасности в МО; пациентоориентированность; профилактика инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи; лекарственная безопасность; взаимодействие с пациентом для обеспечения безопасности; интеграция процесса оказания медицинской помощи; переливание крови и ее компонентов; оказание экстренной и неотложной медицинской помощи.<br>Процесс аккредитации состоит из нескольких этапов: знакомство со стандартами NSQHS; распределение ресурсов и координация процессов; выбор уполномоченного агентства (филиала) для аккредитации; проведение самооценки по стандарту; непосредственно процедура аккредитации. Комиссия ведет мониторинг, в ходе которого отслеживает процесс внедрения каждого направления стандарта, оказывает методическую и консультационную поддержку при внедрении. Аккредитация действительна в течение 3 лет |
| European Foundation for Quality Management (EFQM); Европейский союз         | Модель EFQM строится на достижении Уровней Совершенства. Оказывает помощь МО в совершенствовании продукции и систем управления.<br>Повышает конкурентоспособность организаций на мировом рынке.<br>Основывается на специальных критериях, которые содержат модель EFQM: лидерство руководства; стратегия; персонал; партнерство и ресурсы; процессы, продукция и услуги. Критерии группы «результаты» модели EFQM включают: результаты для потребителей; результаты для персонала; результаты для общества; результаты для бизнеса.<br>Лидеры системы — организации, добившиеся исключительных результатов во всех областях деятельности и продемонстрировавшие высокоэффективную, результативную и непрерывно совершенствуемую систему управления. Сертификат действителен в течение 3 лет  |

Примечание. По данным ФГБУ «Национальный институт качества» Росздравнадзора. \*Стандарты, аккредитованные Международным обществом по качеству в здравоохранении (ISQua).

Данная система, безусловно, включает в себя представленный выше опыт зарубежных систем аккредитации (см. таблицу), но при этом имеет свойства, присущие национальной системе: учитывает обязательные требования, применяемые к МО согласно законодательству Российской Федерации, основана на специфике профессиональной культуры Российской Федерации.

Система добровольной сертификации «Качество и безопасность медицинской деятельности» отвечает основным требованиям, предъявляемым к национальным системам:

- наличие ясных, четких требований к качеству и безопасности медицинской деятельности;
- прозрачная система оценки и проведения рейтинга МО;
- развитие доверия и информирования медицинских работников и пациентов о требованиях системы.

ФГБУ «Национальный институт качества» Росздравнадзора (коллективный член ISQua с 2016 г.) продолжает осуществлять систематический, независимый и документированный процесс получения

объективных свидетельств оценки показателей качества и безопасности медицинской деятельности в результате внедрения Предложений (практических рекомендаций) в практику работы МО.

По состоянию на декабрь 2019 г. проведена оценка качества и безопасности медицинской деятельности на основе Практических рекомендаций Росздравнадзора 171 МО в 32 субъектах Российской Федерации. Результаты проведенных мероприятий свидетельствуют о том, что Предложения (практические рекомендации) являются эффективным инструментом построения современной национальной системы управления медицинскими процессами и основой для последующего внедрения отраслевых стандартов качества в МО. В настоящее время 34 МО успешно прошли внешнюю оценку, среди них представители республик Татарстан, Башкортостан, Бурятия, Марий Эл, Тюменской области, Иркутской области, городов Москва и Санкт-Петербург.

Для повышения эффективности работы МО с использованием Предложений (практических рекомендаций) перспективным направлением является развитие деятельности Центров компетенций и про-

## Реформы здравоохранения

ектных групп по разработке и реализации региональной модели управления качеством и безопасностью медицинской деятельности в субъектах Российской Федерации, обучение специалистов и подготовка консультантов, аудиторов и экспертов Комиссии, службы по внутреннему контролю или уполномоченных лиц по качеству и безопасности медицинской деятельности.

В настоящее время ФГБУ «Национальный институт качества» Росздравнадзора по вопросам, связанным с тематикой экспорта медицинских услуг, проводит работу по следующим направлениям:

Совместно с Минздравом России и его подведомственными структурами осуществляется взаимодействие в рамках созданной системы управления качеством: углубленное внедрение подходов и методологии внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в МО на основе Предложений (практических рекомендаций) с возможностью применения указанных подходов к обеспечению совершенствования медицинских услуг.

Оказание экспортирующим медицинские услуги МО разных регионов страны консультационной методологической помощи по внедрению требований системы добровольной сертификации «Качество и безопасность медицинской деятельности».

Взаимодействие с Российской системой качества (АНО «Роскачество») по вопросам экспертной оценки отечественных МО и повышению их престижа и качества работы в стране.

Проведение обучения и подготовки медицинского персонала по направлению «Сотрудник службы по внутреннему контролю (уполномоченное лицо по качеству и безопасности медицинской деятельности)».

Проведение указанных мероприятий способствует развитию направлений, повышающих престиж аккредитованных МО для потенциальных клиентов медицинского туризма.

### Заключение

В целях увеличения объема экспорта медицинских услуг и привлечения иностранных граждан к получению медицинской помощи в МО Российской Федерации необходимо развивать не только маркетинговую стратегию и систему информационного обмена, но и условия, обеспечивающие соответствие оказываемых медицинских услуг высоким стандартам качества и безопасности медицинской деятельности на национальном уровне.

Необходимым условием для обеспечения конкурентоспособности российских МО является подтверждение соответствия оказываемых медицинских услуг высоким стандартам качества и безопасности медицинской деятельности. При этом становление национальной системы управления качеством и безопасностью медицинской деятельности служит своеобразным драйвером изменения руководителе-

ми МО подходов к формированию современных методов профилактики рисков нарушения обязательных требований при осуществлении медицинской деятельности и инструментом непрерывного улучшения качества и безопасности медицинской деятельности.

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

### ЛИТЕРАТУРА

1. Research report “Medical Tourism Market Size, Share & Trends Analysis Report By Country (Turkey, Costa Rica, Thailand, India, Mexico, Singapore, Brazil, Malaysia, Taiwan, Colombia, South Korea), And Segment Forecasts, 2019—2026”. Режим доступа: <https://www.grandviewresearch.com/industry-analysis/medical-tourism-market> (дата обращения 23.01.2020).
2. Patients Beyond Borders. Medical tourism statistics and facts. Режим доступа: <https://patientsbeyondborders.com/medical-tourism-statistics-facts> (дата обращения 23.01.2020).
3. Stephano R. M. Top 10 medical tourism destinations in the world. Режим доступа: <http://www.medicaltourismmag.com/top-10-medical-tourism-destinations-world/> (дата обращения 23.01.2020).
4. Medical Tourism: Treatments, Markets and Health System Implication: A scoping review. OECD; 2010. P. 30—1. Режим доступа: <https://www.oecd.org/els/health-systems/48723982.pdf> (дата обращения 23.01.2020).
5. Center for Diseases Control (CDC). Medical tourism. 2016 Dec 5. Режим доступа: <https://www.cdc.gov/features/medicaltourism/> (дата обращения 23.01.2020).
6. Medical Tourism Association. Medical tourism FAQs. 2017. Режим доступа: <http://www.medicaltourismassociation.com/en/medical-tourism-faq-s.html> (дата обращения 23.01.2020).
7. WTO (January 2013) for an introduction to the GATS framework. Режим доступа: [https://www.wto.org/english/docs\\_e/legal\\_e/26-gats.pdf](https://www.wto.org/english/docs_e/legal_e/26-gats.pdf) (дата обращения 23.01.2020).
8. Benavides D. D. Trade policies and export of health services: a development perspective. Режим доступа: <https://www.who.int/trade/en/THpart2chap5.pdf> (дата обращения 23.01.2020).

Поступила 16.10.2019  
Принята в печать 23.01.2020

### REFERENCES

1. Research report “Medical Tourism Market Size, Share & Trends Analysis Report By Country (Turkey, Costa Rica, Thailand, India, Mexico, Singapore, Brazil, Malaysia, Taiwan, Colombia, South Korea), And Segment Forecasts, 2019—2026”. Available at: <https://www.grandviewresearch.com/industry-analysis/medical-tourism-market> (accessed 23.01.2020).
2. Patients Beyond Borders. Medical tourism statistics and facts. Available at: <https://patientsbeyondborders.com/medical-tourism-statistics-facts> (accessed 23.01.2020).
3. Stephano R. M. Top 10 medical tourism destinations in the world. Available at: <http://www.medicaltourismmag.com/top-10-medical-tourism-destinations-world/> (accessed 23.01.2020).
4. Medical Tourism: Treatments, Markets and Health System Implication: A scoping review. OECD; 2010: pp. 30-1 Available at: <https://www.oecd.org/els/health-systems/48723982.pdf> (accessed 23.01.2020).
5. Center for Diseases Control (CDC). Medical tourism. 2016 Dec 5. Available at: <https://www.cdc.gov/features/medicaltourism/> (accessed 23.01.2020).
6. Medical Tourism Association. Medical tourism FAQs. 2017. Available at: <http://www.medicaltourismassociation.com/en/medical-tourism-faq-s.html> (accessed 23.01.2020).
7. WTO (January 2013) for an introduction to the GATS framework. Available at: [https://www.wto.org/english/docs\\_e/legal\\_e/26-gats.pdf](https://www.wto.org/english/docs_e/legal_e/26-gats.pdf) (accessed 23.01.2020).
8. Benavides D. D. Trade policies and export of health services: a development perspective. Available at: <https://www.who.int/trade/en/THpart2chap5.pdf> (accessed 23.01.2020).

© Коллектив авторов, 2020  
УДК 614.2Абрамов А. Ю.<sup>1</sup>, Кича Д. И.<sup>1</sup>, Назаров А. М.<sup>2</sup>, Рукодайный О. В.<sup>1</sup>**ОРГАНИЗАЦИОННО-КЛИНИЧЕСКАЯ СИСТЕМА СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ОСНОВЕ ЭЛЕКТРОННЫХ ПЕРСОНИФИЦИРОВАННЫХ ДАННЫХ О МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГАХ ПРИ СТЕНОКАРДИИ И ИНФАРКТЕ МИОКАРДА**<sup>1</sup>ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов», 117198, г. Москва;  
<sup>2</sup>ГБУЗ «Областная клиническая больница», 460018, г. Оренбург

Обоснована и разработана клиничко-организационная система наблюдения по данным электронных персонифицированных карт больных со стенокардией и инфарктом миокарда. Проведен анализ качества оказания медицинской помощи больным с ишемической болезнью сердца на этапах поликлиники, скорой медицинской помощи и стационара. На основе такого анализа и на принципе межведомственного информационного взаимодействия разработана клиничко-организационная система управления качеством результатов медицинской помощи больным с ишемической болезнью сердца. Разработанная система управления качеством медицинской помощи основана на базе данных электронных персонифицированных карт больных и при апробации показала положительные результаты.

**Ключевые слова:** медицинские услуги; управление; качество медицинской помощи; электронные персонифицированные данные; «большие данные»; стенокардия; инфаркт миокарда.

**Для цитирования:** Абрамов А. Ю., Кича Д. И., Назаров А. М., Рукодайный О. В. Организационно-клиническая система совершенствования медицинской помощи на основе электронных персонифицированных данных о медицинских услугах при стенокардии и инфаркте миокарда. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2020;28(3):464—470. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2020-28-3-464-470>

**Для корреспонденции:** Кича Дмитрий Иванович, д-р мед. наук, профессор кафедры общественного здоровья, здравоохранения и гигиены Российского университета дружбы народов, e-mail: [d\\_kicha@mail.ru](mailto:d_kicha@mail.ru)

Abramov A. Yu.<sup>1</sup>, Kicha D. I.<sup>1</sup>, Nazarov A. M.<sup>2</sup>, Rukodayny O. V.<sup>1</sup>**THE ORGANIZATIONAL CLINICAL SYSTEM OF DEVELOPMENT OF MEDICAL CARE BASED ON ELECTRONIC PERSONIFIED DATA OF MEDICAL SERVICES UNDER ANGINA PECTORIS AND MYOCARDIUM INFARCTION**<sup>1</sup>The Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education “The Peoples' Friendship University of Russia” (RUDN University), 117198, Moscow, Russia;<sup>2</sup>The State Budget Institution of Health Care “The Orenburg Oblast Clinical Hospital”, 460018, Orenburg, Russia

The article presents the analysis of quality of medical care of patients with coronary heart disease at the phases of the clinic, ambulance and hospital based on the data from electronic personalized records and registry accounts of the territorial mandatory health insurance foundation. The results of implemented analysis and application of principle of inter-agency information interaction, the clinical organizational system of managing quality of outputs of medical care provision to patients with ischemic heart disease has been developed. The developed medical care quality management system based on database of personalized electronic patient records was tested in practice and demonstrated positive results.

**Keywords:** assessment; management; quality of medical care; electronic personalized data.

**For citation:** Abramov A. Yu., Kicha D. I., Nazarov A. M., Rukodayny O. V. The organizational clinical system of development of medical care based on electronic personified data of medical services under angina pectoris and myocardium infarction. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2020;28(3):464—470 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2020-28-3-464-470>

**For correspondence:** Kicha D. I., 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: [d\\_kicha@mail.ru](mailto:d_kicha@mail.ru)

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

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

Received 09.10.2019  
Accepted 23.01.2020**Введение**

В современных условиях система управления качеством медицинской помощи (КМП) представляет собой совокупность управленческих структур и алгоритмов действий, направленных на обеспечение пациентов качественной медицинской помощью и непрерывный процесс воздействия на оказание медицинской помощи при мониторинге показателей качества. В странах Европы при оценке КМП в основном ориентируются на ее результативность [1]. Достижение запланированного результата оказания медицинской помощи, а не объем и количество от-

дельных медицинских услуг, определенных стандартами медицинской помощи, становится целевой установкой на всех этапах и уровнях системы здравоохранения [2]. Управление доступностью и качеством медицинской помощи должно проводиться постоянно с целью своевременного выявления и устранения нарушений и ошибок при оказании медицинской помощи [3].

Контроль КМП направлен на недопущение рисков формирования неблагоприятного исхода (прогрессирование заболевания, возникновение нового заболевания на фоне основного, летальный исход) [4]. Качество результата характеризует итог оказа-

## Реформы здравоохранения

ния медицинской помощи, т. е. он позволяет судить, насколько фактически достигнутые результаты соответствуют реально достижимым [5].

Логично считать, что эффективная система управления КМП должна быть создана с использованием информационных технологий на основе оперативного электронного анализа состояния здоровья пациентов и результатов лечебно-профилактической работы.

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования (ТФОМС) и медицинский информационно-аналитический центр (МИАЦ) при Минздраве области можно рассматривать как организационные структуры для оценки и управления результативностью медицинской помощи на основе информационных технологий и межведомственного взаимодействия, поскольку данные организационные структуры имеют уникальные возможности мониторинга результатов оказания медицинской помощи и оперативного выявления медицинских ошибок при анализе персонифицированных электронных карт больных (счетов-реестров ТФОМС и медицинских карт единой государственной системы в сфере здравоохранения — ЕГИСЗ). Кроме того, они тесно информационно связаны с медицинскими организациями (МО). В доступной нам литературе не удалось найти работ по управлению КМП на основе мониторинга и перманентного анализа массива электронных персонифицированных данных о медицинских услугах. В то же время совершенствование управления результативностью медицинской помощи больным является актуальной задачей, особенно при сердечно-сосудистых заболеваниях (ССЗ).

Несмотря на значительный прогресс современной медицины с применением новейших технологий, ССЗ остаются одной из самых актуальных проблем здравоохранения и представляют собой одну из основных угроз общественному здоровью [6]. Высокая заболеваемость и смертность от ССЗ обуславливают значительный социальный и экономический ущерб во многих странах мира. Среди всех ССЗ основной причиной смерти является ишемическая болезнь сердца (ИБС), на долю которой в 2017 г. в России пришлось 53,2%, в США — 43,8% случаев [7, 8]. Финансовые потери от ИБС измеряются в сотнях миллионов рублей [9]. Решение проблемы ИБС лежит в плоскости совершенствования оказания медицинской помощи, важнейшей целью которой является улучшение клинических исходов, под которыми понимают клинические и экономические результаты применения технологий в государственной и частной системе здравоохранения [10].

Цель исследования — разработать организационные технологии управления качеством результатов оказания медицинской помощи на разных этапах при ИБС по базе клинико-экономических и статистических данных электронных карт больных ТФОМС и ЕГИСЗ.

## Материалы и методы

В качестве критериев качества оказания медицинских услуг за основу взяты неблагоприятные исходы стенокардии и инфаркта миокарда (ИМ). Учитывали также, что неблагоприятные исходы стенокардии и ИМ отражены в счетах-реестрах ТФОМС и в медицинских картах ЕГИСЗ. При оценке качества результата лечебно-профилактической помощи сравнивали средние количества, а также доли больных с неблагоприятными исходами при наличии медицинской помощи и при ее отсутствии (при диспансерном наблюдении больных стенокардией и без такового), а также при полной и неполной медицинской помощи (при наличии реперфузионной терапии в комплексе лечения больных ИМ и при ее отсутствии). Кроме того, сравнивали ближайшие и отдаленные неблагоприятные исходы ИМ при поздней и своевременной госпитализации больных службой скорой медицинской помощи (СМП).

С учетом информации о качестве результата медицинской помощи, получаемой на уровне ТФОМС, МИАЦ и МО, разрабатывали клинико-организационную систему управления качеством результата, финансово поощряя со стороны ТФОМС МО с высоким качеством результата и вынося управленческие решения со стороны Минздрава области МО с низким его качеством. По данным ЕГИСЗ, на уровне поликлиник оценивали качество оказания амбулаторной помощи при стенокардии и на этой основе создавали модель управления качеством результата амбулаторной помощи.

Для оценки качества диспансерного наблюдения больных стенокардией методом сплошной выборки за 2014 г. по базе данных ТФОМС выделили 17 378 больных г. Оренбурга в возрасте до 70 лет, обращавшихся по поводу стенокардии в поликлинику с лечебно-диагностической целью. Среди них выделили 13 310 пациентов, которые, помимо лечебно-диагностической цели, обращались в поликлинику еще и с диспансерной целью, и 4068 больных стенокардией, которые с диспансерной целью по поводу стенокардии не обращались. В каждой группе больных за 2015 г. определили неблагоприятные исходы стенокардии: ИМ и летальные исходы, вызовы СМП и экстренные госпитализации по поводу стенокардии и рассчитали суммарные финансовые затраты на лечение больных в поликлинике, службе СМП и стационаре в соответствии с тарифами ТФОМС на медицинские услуги.

Оценивая качество результата амбулаторного лечения у 475 больных стабильной стенокардией, обращавшихся в поликлинику с лечебно-диагностической целью в связи со стенокардией, по данным ЕГИСЗ за 2017 и 2018 гг. определили динамику основных клинических показателей, функционального класса стенокардии (ФК) и стадии сердечной недостаточности (СН).

По медицинским картам ЕГИСЗ и счетам-реестрам ТФОМС оценивали качество результата реперфузионной терапии при ИМ с подъемом сегмен-

та ST (ИМпST). Для этого провели анализ ближайших и отдаленных результатов лечения 586 больных ИМпST в возрасте до 70 лет, лечившихся в ГБУЗ «Областная клиническая больница» и ГАУЗ «ГКБ им. Пирогова» г. Оренбурга в 2017 г. Среди них 349 (60%) проводилась реперфузионная терапия, 237 больным (40%) данная терапия по разным причинам не проведена. В период стационарного лечения ИМ регистрировали летальные исходы и сроки госпитализации, а в постинфарктном периоде у данных больных на протяжении года определили вызовы СМП и экстренные госпитализации по поводу ИБС. Кроме того, в постинфарктном периоде рассчитали суммарные финансовые затраты на лечение больных с ИБС в поликлинике, службе СМП и стационаре в соответствии с тарифами ТФОМС на медицинские услуги.

Оценивая важность своевременности госпитализации при ИМ СМП, у 339 больных крупноочаговым ИМ, лечившихся в ГБУЗ «Областная клиническая больница» в первом полугодии 2016 г., проанализировали по электронным персонифицированным картам о медицинских услугах ТФОМС количество вызовов СМП в течение суток до госпитализации в стационар. Госпитализацию считали поздней, если она выполнена после второго в течение суток приезда СМП к больному, определяли ее как своевременную при госпитализации больного после первого приезда. Среди 339 больных ИМ у 118 (34,8%) госпитализация была поздней и у 221 (65,2%) — своевременной. В ГБУЗ «Областная клиническая больница» по медицинским картам ЕГИСЗ проанализировали клинические и инструментальные данные 339 больных ИМ, определили летальность, сроки стационарного лечения и время от начала болевого синдрома до госпитализации в стационар.

В течение второго полугодия года исследования у 277 из 339 больных ИМ определили в постинфарктном периоде вызовы СМП и экстренные госпитализации по поводу ИБС, рассчитали стоимость вызовов и экстренных госпитализаций в постинфарктном периоде, используя счета-реестры этих больных в ТФОМС. Из 277 больных 150 (54%) были госпитализированы при первом приезде и 127 (46%) при втором в течение суток приезде СМП в дебюте ИМ.

При обработке исходных данных использовались методы линейной статистики (нахождение среднего арифметического, ошибок средних значений), а также параметрические и непараметрические методы сравнения (*t*-критерий, *U*-критерий Вилкоксона) [11]. Статистическая обработка проводилась с помощью пакета программ Statistica 10.0 (StatSoft Inc., США) [12].

### Результаты исследования

Разрабатывая модель управления качеством результата медицинской помощи по персонифицированным данным о медицинских услугах ТФОМС и ЕГИСЗ, исходили из уникального информационного содержания этих данных, позволяющих оперативно проводить клинический и экономический анализ и

оценивать ближайшие и отдаленные результаты оказания лечебно-профилактической помощи. Оценивая качество результата диспансерного наблюдения по балльной шкале, учитывали полученные данные исследования. Эти данные показали, что среди больных стенокардией, наблюдавшихся диспансерно, по сравнению с больными без диспансерного наблюдения меньше в 2,3 раза доля больных с ИМ ( $p < 0,001$ ) и в 1,5 раза — больных с экстренными госпитализациями и вызовами СМП ( $p < 0,001$ ), меньше в 2,1 раза финансовые затраты на лечение ( $p < 0,01$ ) и в 2,3 раза летальные исходы от ИМ ( $p < 0,001$ ).

Качество результата амбулаторного лечения стенокардии оценивали в МИАЦ путем сравнения изменений за год наиболее значимых клинических показателей, выносимых в диагноз: ФК стенокардии и стадии СН при стабильной стенокардии. Для этого по персонифицированным данным ЕГИСЗ выделили больных стабильной стенокардией (по МКБ-10 — I20.8), относящихся по участковому принципу к поликлинике больницы № 5 г. Оренбурга и обращавшихся в поликлинику с диспансерной и лечебно-диагностической целью по поводу стенокардии в 2017 и 2018 гг. Методом многоступенчатой выборки определили среди них больных стенокардией с ФК I и II и с СН I и II стадии. Больных с такими клиническими показателями было 475, из них с ФК I — 34 (23%), с ФК II — 113 (77%), с СН I — 72 (49%), с СН IА — 60 (41%) и с СН IБ — 15 (10%) больных. Выборку больных по ЕГИСЗ проводили с помощью соответствующей компьютерной программы, разработанной в МИАЦ. Возраст в группе больных с амбулаторным лечением был равен  $58,7 \pm 0,45$  года. За 2017 и 2018 гг. достоверных изменений долей больных по показателям ФК стенокардии и по стадиям СН не произошло, т. е. отмечалась стабилизация их клинического состояния на протяжении года по обозначенным показателям.

С учетом выявленных возможностей оценки качества результата диспансерного наблюдения и амбулаторного лечения больных стенокардией на основе анализа динамики клинического статуса больных и сравнения неблагоприятных исходов по электронным персонифицированным данным о медицинских услугах была построена соответствующая клинико-организационная система управления качеством результата. Система управления включает совместную работу ТФОМС, МО, МИАЦ, Минздрава области, страховых медицинских организаций (СМО) и Оренбургского областного центра медицинской профилактики (ООЦМП) с согласованным порядком действий и информационным обменом.

Данная система адаптирована к клинико-статистической практике со следующим алгоритмом действий:

1. По персонифицированным данным о медицинских услугах в ТФОМС ежемесячно выявляют больных стенокардией с экстренной госпитализацией и вызовами СМП, а также больных ИМ, прошедших стационарное лечение.

## Реформы здравоохранения

2. В ТФОМС формируют, согласно кодам прикрепления к МО, электронные списки этих больных для поликлиник и, согласно полису страхования, — для СМО, размещают данные списки на сайте ТФОМС, который доступен для МО и СМО.

3. Раз в месяц администрация поликлиник с сайта ТФОМС переводит больных с ИБС, прикрепленных к поликлинике по участковому принципу, на свой сайт и распределяет в электронном виде по участкам.

4. Участковый терапевт с сайта администратора поликлиники переводит больных стенокардией и ИМ, прикрепленных к его участку, на свой компьютер. Определяет клинические данные больных в динамике по медицинским картам ЕГИСЗ до госпитализации в стационар и при выписке из него, в первую очередь ФК стенокардии и стадию СН, оценивая таким способом результаты проведенного лечения, в том числе амбулаторного. Планирует коррекцию лечения и принимает решение о внеплановом вызове больного на амбулаторный прием.

5. В поликлиниках ведется электронный регистр всех больных, находящихся на диспансерном наблюдении, с использованием соответствующей компьютерной программы. Больные стенокардией с экстренными госпитализациями и вызывавшие СМП, но не находящиеся на диспансерном учете, при внеплановом вызове ставятся на диспансерный учет.

6. Диспансерное наблюдение больных, представленных для поликлиник в списках, ежемесячно контролирует ТФОМС по персонифицированным счетам-реестрам.

7. ТФОМС по итогам года анализирует клинико-экономические результаты диспансерного наблюдения в поликлиниках по разработанной нами балльной шкале. Результаты контроля ТФОМС с ранжированием поликлиник по балльной шкале вывешивает на своем сайте, который доступен для СМО и МО. Хорошие результаты работы по диспансерному наблюдению являются одним из основных критериев для выделения поликлиникам дополнительных финансовых средств со стороны ТФОМС в качестве поощрения и стимулирования.

8. В СМО врачи-эксперты ежемесячно с сайта ТФОМС выбирают с учетом полиса страхования и переводят на свой сайт данные больных стенокардией, вызывавших СМП и экстренно госпитализированных в стационар, а также больных, перенесших ИМ. Оповещают этих больных по телефону о необходимости посещения поликлиники. Раз в полгода проводят тематические клинические экспертизы в поликлиниках по диспансерному наблюдению больных стенокардией и ИМ, «взятых» с сайта ТФОМС.

9. В МИАЦ по ЕГИСЗ о случаях вызовов СМП выявляют больных ИБС, ее вызывавших, и формируют на своем сайте списки этих больных для поликлиник согласно коду прикрепления.

10. Администрация поликлиник ежедневно с сайта МИАЦ переводит больных ИБС, вызывавших СМП, на свой сайт. Далее с помощью соответствующей компьютерной программы распределяет их по участкам и выявляет среди них больных ИБС, кото-

рые не находятся на диспансерном наблюдении, предоставляет эти данные в электронной форме для участковых терапевтов с целью последующих вызовов на амбулаторный прием и постановки на диспансерное наблюдение.

11. По итогам года МИАЦ проводит анализ результативности диспансерного наблюдения больных по поликлиникам согласно разработанной нами балльной шкале оценки качества диспансерного наблюдения в поликлиниках и поликлинических объединениях, представляя полученные данные для ООЦМП и Минздрава области с целью организационно-методической работы и принятия управленческих решений.

Клинико-организационная система управления качеством результата диспансерного наблюдения при стенокардии и ИМ, построенная на основе анализа ее неблагоприятных исходов и динамики клинических данных больных по электронным персонифицированным картам, представлена на рисунке.

Эта клинико-организационная система управления внедрена в практику в Оренбургской области в 2016 г. По данным МИАЦ, отмечен рост полноты охвата диспансерным наблюдением больных ИМ в Оренбургской области за 2015—2017 гг. с 76 до 81% соответственно ( $p < 0,01$ ).

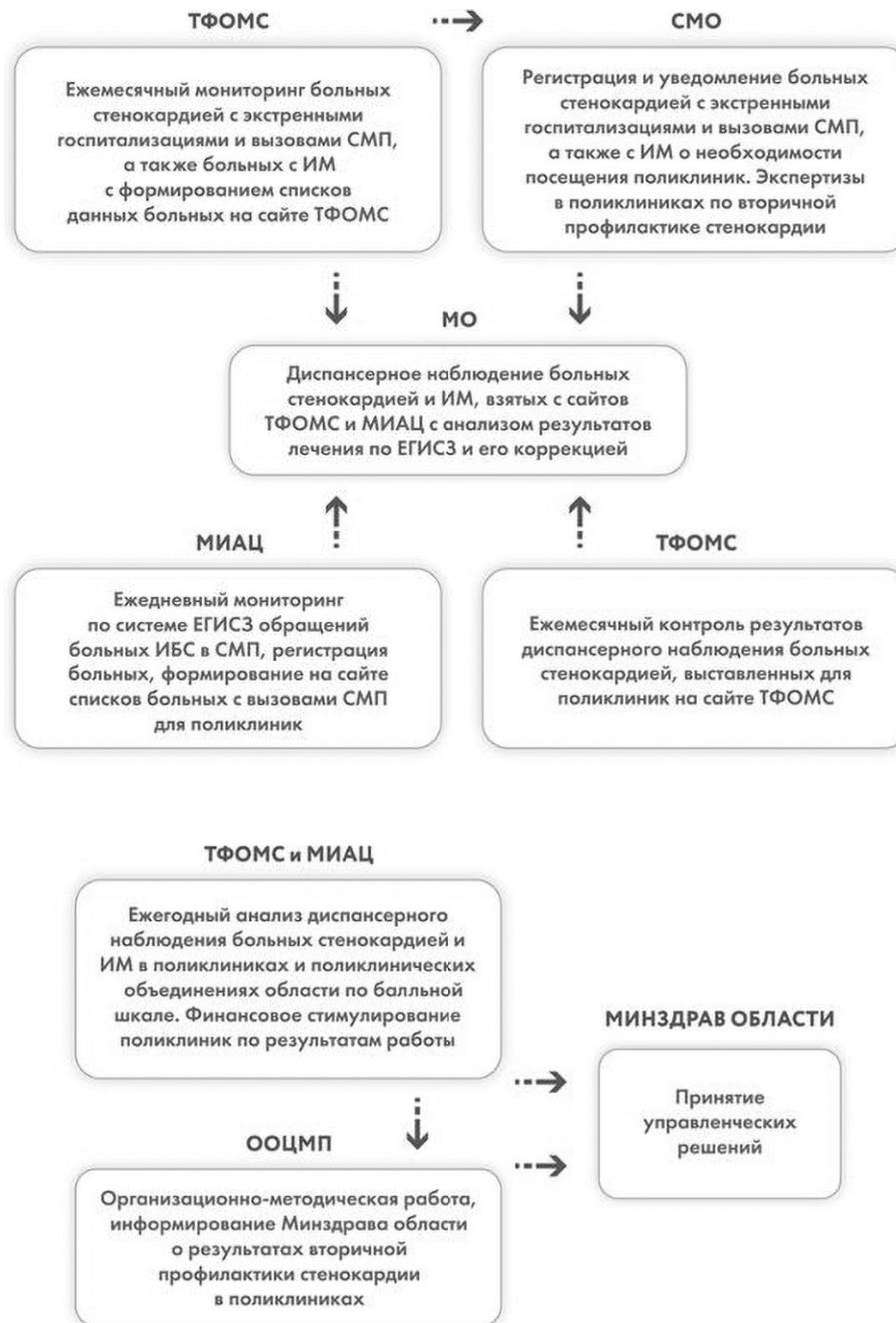
За эти годы охват диспансерным наблюдением больных стенокардией в Оренбургской области вырос с 65 до 69% ( $p < 0,01$ ). Есть основание считать наблюдаемую положительную динамику полноты охвата больных ИБС диспансерным наблюдением отчасти результатом внедрения в практическое здравоохранение разработанной клинико-организационной системы управления качеством диспансерного наблюдения при стенокардии и ИМ.

Анализ показал, что при назначении реперфузионной терапии госпитальная летальность снижается в 2,9 раза ( $p < 0,001$ ) и в 1,2 раза уменьшаются сроки госпитализации ( $p < 0,001$ ). В постинфарктном периоде при наблюдении в течение года у больных с реперфузионной терапией по сравнению с больными без нее в 1,4 раза стала меньше частота случаев экстренных госпитализаций по поводу ИБС ( $p < 0,05$ ) и в 1,5 раза ниже стоимость случая экстренного стационарного лечения ( $p < 0,05$ ). Результаты могут свидетельствовать об уровне качества медицинской помощи в МО.

Составлена система управления и оперативного контроля качеством результата реперфузионной терапии при ИМ со следующим алгоритмом действий, согласно которому:

1. В отделе мониторинга в сфере здравоохранения ГБУЗ «МИАЦ» г. Оренбурга ежедневно собирают информацию по ЕГИСЗ о случаях проведения и непроведения реперфузионной терапии больным ИМпST в первичных сосудистых отделениях и региональном сосудистом центре области.

2. В МИАЦ ежемесячно анализируют данную информацию, составляют по ней отчеты по каждому сосудистому отделению и сосудистому центру области с указанием доли больных ИМпST с проведенной



Клинико-организационная система управления качеством результата диспансерного наблюдения при стенокардии и ИМ, по данным электронных персонализированных карт больных.

и непроведенной реперфузионной терапией. МИАЦ представляет эти отчеты в Минздрав области для принятия управленческих решений, а также в региональный сосудистый центр для проведения организационно-методической работы в МО области по реперфузионной терапии больным ИМпST.

3. В формате ежедневно проводимых руководителем регионального сосудистого центра видеоконференций с заведующими первичных сосудистых отделений области проводится разбор случаев непроведения реперфузионной терапии больным ИМ.

4. В ТФОМС ежегодно на основе разработанной нами балльной шкалы оценки проводят соответ-

ствующую оценку по каждому сосудистому центру Оренбургской области и представляют ее в форме отчета в Минздрав области для принятия управленческих решений и в СМО.

5. Врачи-эксперты СМО на основании получаемых от ТФОМС данных оценки качества результата реперфузионной терапии при ИМ в первичных сосудистых отделениях области целенаправленно проводят экспертизу там, где качество результата низкое.

Внедрение данной системы управления в практику в определенной степени способствовало наблюдаемому с 2016 по 2018 г. увеличению случаев применения методов реперфузионной терапии у больных

## Реформы здравоохранения

ИМПСТ, в частности содержащих ангиопластику, с 69,9 до 75,5% ( $p < 0,05$ ).

По результатам анализа электронных стационарных карт и карт скорой помощи у больных ИМ с поздней госпитализацией по сравнению с больными, госпитализированными своевременно, летальность в 2,2 раза выше ( $p < 0,01$ ), а в постинфарктном периоде вызовов СМП и экстренных госпитализаций по поводу ИБС в 3 и 1,5 раза больше соответственно ( $p < 0,01$ ).

С использованием базы персонифицированных данных о медицинских услугах больных ИМ составлен алгоритм контроля и управления госпитализацией данных больных, согласно которому:

1. На станциях СМП области ежемесячно анализируются повторные в течение суток вызовы скорой помощи к больным с острым коронарным синдромом (ОКС) и при выявленных дефектах принимаются управленческие решения.

2. В отделе «мониторинга в сфере здравоохранения» ГБУЗ «МИАЦ» г. Оренбурга ежедневно по каждой станции СМП области отслеживают по ЕГИСЗ догоспитальную летальность на уровне СМП и случаи госпитализации больных ИМ после повторных в течение суток вызовов СМП.

3. В МИАЦ проводится ежемесячный анализ этих случаев, результаты анализа представляются на сайте ГБУЗ «МИАЦ» г. Оренбурга для областного телемедицинского центра скорой помощи городской станции СМП и Минздрава области, где принимаются управленческие решения.

4. В областном телемедицинском центре в формате ежедневно проводимых видеоконференций со станциями СМП ежемесячно на основе данных, полученных от МИАЦ, проводится разбор случаев поздней госпитализации ИМ при повторных вызовах СМП.

4. По разработанному нами алгоритму оценки своевременности госпитализации больных ИМ в МИАЦ по итогам года такая оценка проводится по станциям СМП области с последующим информированием Минздрава области о полученных результатах для принятия управленческих решений.

5. Врачи-эксперты СМО на основании выявленных по счетам-реестрам повторным в течение суток приездам СМП к больным ИМ раз в полгода проводят по этим случаям тематические экспертизы на станциях СМП.

Внедрение данной системы управления в практику в определенной степени способствовало наблюдаемому с 2016 по 2018 г. снижению уровня поздней госпитализации больных ИМ в г. Оренбурге с 35 до 14% ( $p < 0,01$ ).

## Выводы

1. Электронные персонифицированные данные о медицинских услугах ЕГИСЗ и ТФОМС являются уникальным информационным материалом для анализа и оперативного управления качеством результата медицинской помощи.

2. ТФОМС и МИАЦ располагают возможностями компьютерного мониторинга результатов оказания медицинской помощи, оперативного выявления неблагоприятных исходов заболеваний и медицинских ошибок. Целесообразно их рассматривать как организационные цифровые структуры («большие данные») для оценки и управления результативностью медицинской помощи на основе информационных технологий и межведомственного взаимодействия.

3. В ходе анализа обоснована, разработана и внедрена клинично-организационная система наблюдения по данным электронных персонифицированных карт больных стенокардией и ИМ.

Внедрение информационной системы управления в практику, по итогам трех лет, способствовало в Оренбургской области увеличению охвата диспансерным наблюдением больных стенокардией с 65 до 69% ( $p < 0,01$ ), а ИМ — с 76 до 81% ( $p < 0,01$ ), позволило увеличить количество ангиопластик у больных ИМПСТ с 69,9 до 75,5% ( $p < 0,05$ ) и уменьшить позднюю госпитализацию больных ИМ скорой помощью с 35 до 14% ( $p < 0,01$ ).

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

## ЛИТЕРАТУРА

1. Лудупова Е. Ю. Научно-организационные принципы построения территориальной системы управления качеством медицинской деятельности. М.; 2019.
2. Бережков Д. В., Москвичева М. Г. Внедрение системы управления качеством и оценка рисков диагностической помощи в многопрофильной частной медицинской клинике. *Вестник Росздравнадзора*. 2017;(3):52—5.
3. Анисимов М. В. Медико-социальные аспекты доступности, удовлетворенности населения качеством медицинской помощи и пути повышения их уровня. Воронеж; 2011.
4. Методические рекомендации «Порядок разработки и применения Протоколов ведения больных», утв. 3 марта 2006 г. М.: Минздравсоцразвития РФ; 2006.
5. Donabedian A. Explorations in Quality Assessment and Monitoring. Vol. 1. The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment. Michigan: Health Administration Press; 1980.
6. Стрельников А. Г., Романов А. Б., Артеменко С. Н. Коррекция последствий инфаркта миокарда при помощи интрамиокардиальных инъекций аутологических стволовых клеток предшественниц костного мозга. *Патология кровообращения и кардиохирургия*. 2013;(4):51—5.
7. Сведения о смертности населения по причинам смерти по Российской Федерации за январь — декабрь 2017 года. Федеральная служба государственной статистики. Режим доступа: [http://www.gks.ru/free\\_doc/2017/demo/t3\\_3.xls](http://www.gks.ru/free_doc/2017/demo/t3_3.xls)
8. Benjamin E. J. Heart disease and stroke statistics — 2018 update: a report from the American Heart Association. American Heart Association. Режим доступа: <https://healthmetrics.heart.org/wp-content/uploads/2018/02/At-A-Glance-Heart-Disease-and-Stroke-Statistics-2018.pdf>
9. Концевая А. В., Калинина А. М., Колтунов И. Е., Оганов Р. Г. Социально-экономический ущерб от острого коронарного синдрома в Российской Федерации. *Рациональная фармакотерапия в кардиологии*. 2011;7(2):158—66.
10. ГОСТ Р 56044—2014 Оценка медицинских технологий. М.: Стандартинформ; 2014.
11. Гублер Е. В. Вычислительные методы анализа и распознавания патологических процессов. Л.: Медицина; 1978.
12. Боровиков В. П. Statistica. Искусство анализа данных на компьютере: Для профессионалов. 2-е изд. СПб.: Питер; 2003.

## REFERENCES

1. Ludupova E. Yu. Scientific and organizational principles of building a territorial system of quality management of medical activity [Nauchno-organizatsionnye printsipy postroeniya territorial'noy sistemy upravleniya kachestvom meditsinskoy deyatel'nosti]. Moscow; 2019 (in Russian).
2. Berezhkov D. V., Moskvicheva M. G. Introduction of quality management system and risk assessment of diagnostic care in a multidisciplinary private medical clinic. *Bulleten Roszdravnadzora*. 2017;(3):52—5 (in Russian).
3. Anisimov M. V. Medico-social aspects of accessibility, population satisfaction with the quality of medical care and ways to improve their level [Mediko-sotsial'nye aspekty dostupnosti, udovletvorennosti naseleniya kachestvom meditsinskoy pomoshchi i puti povysheniya ikh urovnya]. Voronezh; 2011 (in Russian).
4. Methodological recommendations “the Procedure for developing and applying protocols for managing patients”. March 3, 2006 [Metodicheskie rekomendatsii «Poryadok razrabotki i primeneniya Protokolov vedeniya bol'nykh», utv. 3 marta 2006 g.]. Moscow: Minzdravsocrazvitiya RF; 2006 (in Russian).
5. Donabedian A. Explorations in Quality Assessment and Monitoring. Vol. 1. The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment. Michigan: Health Administration Press; 1980.
6. Strelnikov A. G., Romanov A. B., Artemenko S. N. Correction of the consequences of myocardial infarction using intramiocardial injections of autologous stem cells of bone marrow precursors. *Patologiya krovoobrascheniya i kardiokirurgii*. 2013;(4):51—5 (in Russian).
7. Data on population mortality by causes of death in the Russian Federation for January—December 2017 [Svedeniya o smertnosti naseleniya po prichinam smerti po Rossiyskoy Federatsii za yanvar' — dekabr' 2017 goda. Federalnaya slugba gosudarstvennoy statistiki]. Available at: [http://www.gks.ru/free\\_doc/2017/demo/t3\\_3.xls](http://www.gks.ru/free_doc/2017/demo/t3_3.xls) (in Russian).
8. Kontsevaya A. V., Kalinina A. M., Koltunov I. E., Oganov R. G. Socio-economic damage from acute coronary syndrome in the Russian Federation. *Racionalnaya farmakoterapiya v kardiologii*. 2011;7(2):158—66 (in Russian).
9. GOST R 56044—2014 Assessment of medical technologies [GOST R 56044—2014 Otsenka meditsinskikh tekhnologiy]. Moscow: Standardinform; 2014 (in Russian).
10. Gubler E. V. Computational methods of analysis and recognition of pathological processes [Vychislitel'nye metody analiza i raspoznavaniya patologicheskikh protsessov]. Leningrad: Medicina; 1978 (in Russian).
11. Borovikov V. P. Statistica. The art of data analysis on a computer: For professionals [Statistica. Iskusstvo analiza dannykh na komp'yutere: Dlya professionalov]. 2<sup>nd</sup> ed. St. Petersburg: Peter; 2003 (in Russian).

**Гайворонский И. В.<sup>1,2</sup>, Гайворонская М. Г.<sup>1,3</sup>, Цимбалистов А. В.<sup>4</sup>, Пономарев А. А.<sup>4</sup>**

## **МОРФОМЕТРИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ ПРОЕКЦИОННЫХ ТРЕУГОЛЬНИКОВ ЛИЦЕВОГО ЧЕРЕПА И ПОДВИСОЧНОЙ ЯМКИ ПРИ РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНИ СОХРАННОСТИ ВЕРХНЕГО ЗУБНОГО РЯДА**

<sup>1</sup>ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет», 199034, г. Санкт-Петербург;

<sup>2</sup>ФГБВОУ ВПО «Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова», 194044, г. Санкт-Петербург;

<sup>3</sup>ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр им. В. А. Алмазова» Минздрава России, 197341, г. Санкт-Петербург;

<sup>4</sup>ФГАОУ ВО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет», 308015, г. Белгород

С целью изучения изменения морфометрических параметров проекционных треугольников лицевого черепа при потере зубов у взрослого человека изучены 185 паспортизированных черепов из краниологической коллекции музея кафедры нормальной анатомии Военно-медицинской академии. Череп принадлежали взрослым людям в возрасте от 22 до 75 лет и были разделены на две группы — с полным набором зубов (100 черепов) и полным отсутствием зубов на верхней челюсти (85 черепов). На основе стандартных точек нами разработаны следующие проекционные треугольники: боковой лицевой, передний верхнечелюстной, боковой верхнечелюстной и боковой подвисочный. Установлено, что морфометрические характеристики предложенных проекционных треугольников лицевого черепа и подвисочной ямки достоверно изменяются при потере зубов. При этом изменяются только те стороны, которые проходят через точки, расположенные на альвеолярном отростке верхней челюсти. Доказано, что в наибольшей степени изменяются стороны, проведенные через альвеолярную точку и наиболее латеральную и заднюю точки на альвеолярном отростке. Выделение предложенных проекционных треугольников и изучение их особенностей в зависимости от степени сохранности верхнего зубного ряда имеют важное значение при планировании и анатомическом обосновании оперативных доступов на структурах средней зоны лица.

**К л ю ч е в ы е с л о в а :** лицевой череп; верхняя челюсть; средняя зона лица; подвисочная ямка; проекционные треугольники; потеря зубов; морфометрия.

**Для цитирования:** Гайворонский И. В., Гайворонская М. Г., Цимбалистов А. В., Пономарев А. А. Морфометрические параметры проекционных треугольников лицевого черепа и подвисочной ямки при различной степени сохранности верхнего зубного ряда. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2020;28(3):471—475. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2020-28-3-471-475>

**Для корреспонденции:** Гайворонский И. В., д-р мед. наук, профессор, заведующий кафедрой нормальной анатомии Военно-медицинской академии им. С. М. Кирова, заведующий кафедрой морфологии Санкт-Петербургского государственного университета, e-mail: I.v.gayvoronsky@mail.ru

**Gayvoronsky I. V.<sup>1,2</sup>, Gayvoronskaya M. G.<sup>1,3</sup>, Tcimbalistov A. V.<sup>4</sup>, Ponomarev A. A.<sup>4</sup>**

## **THE MORPHOMETRIC PARAMETERS OF PROJECTION TRIANGLE OF VISCERAL CRANIUM AND INFRATEMPORAL FOSSA UNDER VARIOUS DEGREE OF INTEGRITY OF UPPER DENTITION**

<sup>1</sup>The St. Petersburg State University, 199034, St. Petersburg, Russia;

<sup>2</sup>The Federal State Budget Military Educational Institution of Higher Education “The S. M. Kirov Military Medical Academy”, 194044, St. Petersburg, Russia;

<sup>3</sup>The Federal State Budget Educational Institution “The V. A. Almazov Federal Medical Research Center of Minzdrav of Russia, 197341, St. Petersburg, Russia;

<sup>4</sup>The Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education “The Belgorod State National Research University”, 308015, Belgorod, Russia

In order to study the change in the morphometric parameters of projection triangles of the facial skull during tooth loss in adult patient, 185 categorized skulls were studied from the craniological collection of the Museum of the Department of Normal Anatomy of the Military Medical Academy. The skulls belonged to adults aged from 22 to 75 years and were separated into two groups — with complete set of teeth and complete absence of teeth on the upper jaw (100 and 85 skulls respectively). Based on standard points, the following projection triangles were developed: lateral front triangle, anterior maxillary triangle, lateral maxillary triangle, lateral infratemporal triangle. It was established that the morphometric characteristics of the proposed projection triangles of the facial skull and infratemporal fossa reliably change with tooth loss. In this case, only those sides that pass through the points located on the alveolar process of the upper jaw change. It is proved that the sides drawn through the alveolar point and the most lateral and posterior points on the alveolar process are most affected. The selection of the proposed projection triangles and the study of their features depending on the degree of preservation of the upper dentition is important for planning and anatomical justification of surgical access on the structures of the middle zone of the face.

**К e y w o r d s :** facial skull; upper jaw; midface; infratemporal fossa; projection triangles; tooth loss; morphometry.

**For citation:** Gayvoronsky I. V., Gayvoronskaya M. G., Tcimbalistov A. V., Ponomarev A. A. The morphometric parameters of projection triangle of visceral cranium and infratemporal fossa under various degree of integrity of upper dentition. *Problemy socialnoi gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2020;28(3):471—475 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2020-28-3-471-475>

**For correspondence:** Gayvoronsky I. V., Federal State Budget Military Educational Institution of Higher Education “The S. M. Kirov Military Medical Academy”. e-mail: I.v.gayvoronsky@mail.ru

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

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

## Введение

Перед современной стоматологией стоит ряд нерешенных проблем, связанных со значительной распространенностью кариеса, периодонтита, пародонтита, приводящих к потере зубов, а также травм различной локализации [1]. Так, доля пациентов с сочетанными челюстно-лицевыми травмами составляет 5—7% в общей структуре сочетанных повреждений [2, 3].

Наибольшие трудности в определении тактики лечения таких пострадавших возникают при повреждении средней зоны лица и подвисочной ямки вследствие большого разнообразия ее топографо-анатомических образований [4, 5].

Проводимые оперативные вмешательства требуют наличия четкого морфофункционального обоснования, невозможного без проведения комплексных анатомических исследований черепа.

В доступной литературе имеется достаточное количество информации об изменении строения верхних челюстей при потере зубов у взрослого человека [6]. Однако эти сведения приводятся изолированно для данной кости, вне взаимосвязи ее с другими костями лицевого черепа. При этом топографию сосудисто-нервных образований, проходящих в пределах средней зоны лица и подвисочной ямки, целесообразно оценивать относительно расположенных рядом костных ориентиров. Местоположение данных ориентиров в пределах верхней челюсти зависит от степени сохранности верхнего зубного ряда и имеет важное практическое значение у взрослых лиц, относящихся к разным возрастным группам.

Цель исследования — изучить изменения морфометрических параметров проекционных треугольников лицевого черепа и подвисочной ямки (бокового лицевого, переднего верхнечелюстного, бокового верхнечелюстного, бокового подвисочного) при полном наборе и при потере зубов у взрослого человека.

## Материалы и методы

Материалом исследования явились 185 паспортизированных черепов из краниологической коллекции музея кафедры нормальной анатомии Военно-медицинской академии. Черепки принадлежали взрослым людям в возрасте от 22 до 75 лет и были разделены нами на две группы: с полным набором (100 черепов) и с полным отсутствием (85 черепов) зубов на верхней челюсти.

На основе стандартных и нестандартных краниометрических точек разработаны боковой лицевой, передний верхнечелюстной, боковой верхнечелюстной и боковой подвисочный треугольники.

ли выделены наиболее задняя точка на альвеолярном отростке верхней челюсти (alp), наиболее латеральная точка на альвеолярном отростке верхней челюсти в прямой проекции (all) и точка на переднем крае подвисочного гребня (cri) (рис. 1).

Для определения топографии сосудисто-нервных образований средней зоны лица нами выделены следующие топографические ориентиры:

1. Боковой лицевой треугольник (NOP), имеющий следующие стороны: NP — от точки альвеоляре (al) до точки порион (po); NO — от точки альвеоляре (al) до точки глабелла (gl); OP — от точки глабелла (gl) до точки порион (po). Данные треугольники позволяют определить точную локализацию основных сосудисто-нервных образований средней зоны лицевого черепа и подвисочной ямки.

2. Передний верхнечелюстной треугольник (ABC), сторонами которого являются: AB — от точки альвеоляре (al) до точки орбитале (or); BC — от точки орбитале (or) до наиболее латеральной точки на альвеолярном отростке верхней челюсти; AC — от точки альвеоляре (al) до наиболее латеральной точки на альвеолярном отростке верхней челюсти в прямой проекции.

3. Боковой верхнечелюстной треугольник (DEF), сторонами которого являются: DE — от точки альвеоляре (al) до точки орбитале (or); EF — от точки орбитале (or) до наиболее задней точки на альвеолярном отростке верхней челюсти (alp); DF — от точки альвеоляре (al) до наиболее задней точки на альвеолярном отростке верхней челюсти (alp) в боковой проекции.

4. Боковой подвисочный треугольник (KLM), сторонами которого являются: KL — от наиболее задней точки альвеолярного отростка верхней челюсти (alp) до точки на переднем крае подвисочного гребня (cri); LM — от основания глазничной пластинки скуловой кости до точки порион (po) по верхнему краю скуловой дуги; KM — от наиболее задней точки альвеолярного отростка верхней челюсти (alp) до точки порион (po) (рис. 2).

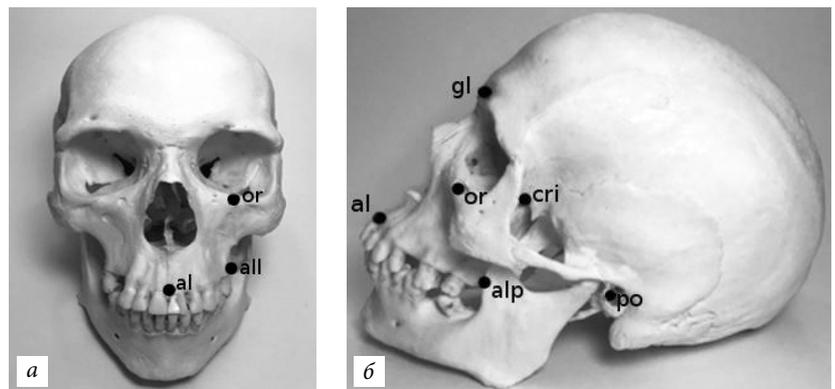
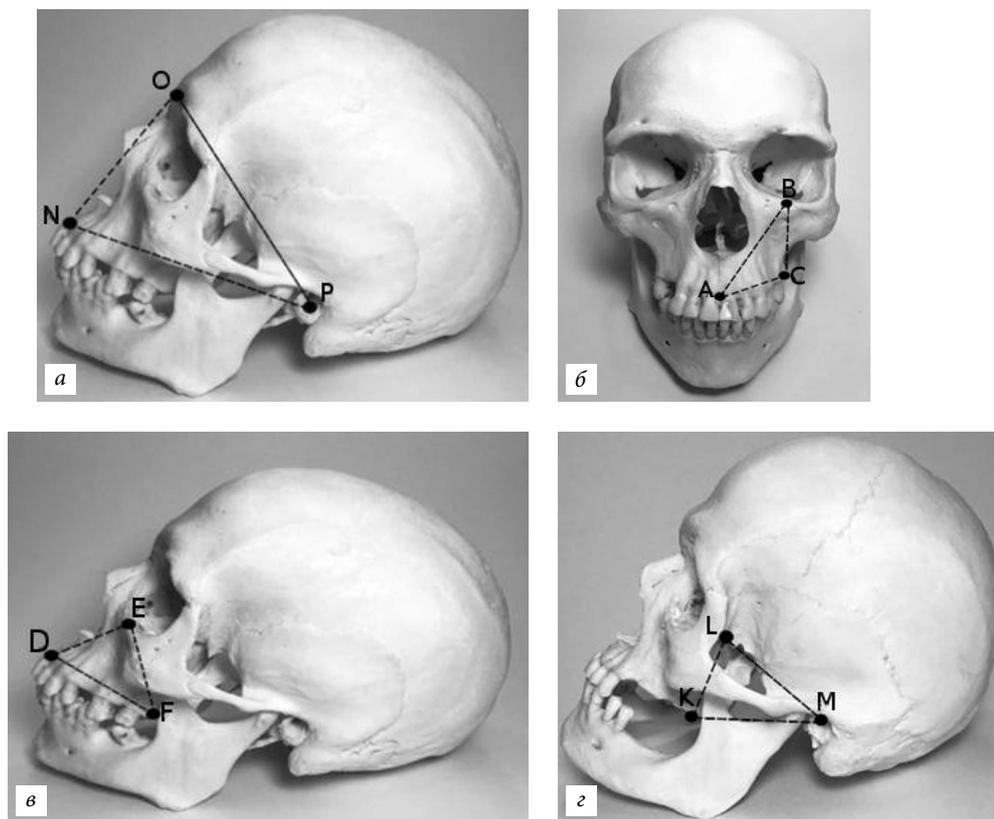


Рис. 1. Стандартные и нестандартные краниометрические точки, использованные для построения проекционных треугольников лицевого черепа и подвисочной ямки.

а — в прямой проекции; б — в боковой проекции.



**Рис. 2.** Проекционные треугольники средней зоны лицевого черепа и подвисочной ямки.  
а — боковой лицевой треугольник (NOP); б — передний верхнечелюстной треугольник (ABC); в — боковой верхнечелюстной треугольник (DEF); г — боковой подвисочный треугольник (KLM).

Площадь данных треугольников рассчитывали по формуле Герона:

$$S = \sqrt{p(p-a)(p-b)(p-c)},$$

где  $S$  — площадь треугольника,  $a, b, c$  — стороны треугольника,  $p$  — полупериметр треугольника, рассчитываемый по формуле  $p = \frac{1}{2}(a + b + c)$ , мм.

Статистическая обработка полученных данных осуществлялась с использованием пакета прикладных программ Statistica 7.0 (SttSoft Inc., США). Для каждого признака определяли среднее арифметическое значение и среднее квадратическое отклонение. Для выявления значимости различия между средними величинами определяли  $t$ -критерий Стьюдента.

### Результаты исследования

Сравнительная характеристика значений сторон исследуемых проекционных треугольников и их площадей в группах черепов, систематизированных по степени сохранности верхнего зубного ряда, представлена в таблице.

Установлено, что морфометрические характеристики всех предложенных проекционных треугольников лицевого черепа достоверно изменяются при потере зубов, однако с разной степенью выраженности.

В боковом лицевом треугольнике наблюдается достоверное уменьшение на 8,4 мм стороны NO, связывающей альвеолярную точку и точку глабелла,

при этом сторона NP данного треугольника изменяется только на 2,6 мм, а сторона OP при потере зубов не изменяется.

В переднем верхнечелюстном треугольнике наибольшим изменениям подвержена сторона AC, связывающая альвеолярную точку с наиболее латеральной точкой на альвеолярном отростке верхней челюсти (в среднем при потере зубов значения данного показателя уменьшаются на 9,1 мм), наименьшим изменениям — сторона AB, связывающая альвеолярную точку и орбитале (изменения составляют 5,4 мм).

В боковом верхнечелюстном треугольнике наибольшие изменения характерны для стороны EF, связывающей точку орбитале и наиболее заднюю точку на альвеолярном отростке верхней челюсти (при потере зубов данная сторона уменьшается в среднем на 7,6 мм), наименьшие — для стороны DE, которая соединяет альвеолярную точку и точку орбитале (изменения составляют 5,2 мм).

В боковом подвисочном треугольнике изменения сторон при потере зубов незначительны и затрагивают только одну сторону KM, связывающую наиболее заднюю точку альвеолярного отростка верхней че-

**Средние значения параметров треугольников средней зоны лица при различной степени сохранности верхнего зубного ряда**

| Треугольник                               | Параметр           | Средние значения (M±δ), мм |                         |
|---|--------------------|----------------------------|-------------------------|
|   |                    | полный набор зубов         | полное отсутствие зубов |
| Боковой лицевой треугольник, NOP          | NO                 | 72,9±2,3                   | 64,5±1,6*               |
|   | OP                 | 114,2±6,1                  | 113,3±5,5               |
|   | NP                 | 113,5±7,7                  | 110,9±7,2*              |
|   | S, мм <sup>2</sup> | 3931,2±148,4               | 3459,9±170,0            |
| Передний верхнечелюстной треугольник, ABC | AB                 | 57,6±2,5                   | 52,2±2,1*               |
|   | BC                 | 43,5±1,6                   | 35,4±1,5*               |
|   | AC                 | 34,7±1,3                   | 25,6±1,3*               |
| S, мм <sup>2</sup>                        | 752,7±18,4         | 404,6±10,2*                |                         |
| Боковой верхнечелюстной треугольник, DEF  | DE                 | 58,4±2,6                   | 53,2±2,0*               |
|   | EF                 | 53,1±1,7                   | 45,5±2,1*               |
|   | DF                 | 58,1±1,9                   | 51,3±1,9*               |
|   | S, мм <sup>2</sup> | 1376,5±60,3                | 1069,2±61,2*            |
| Боковой подвисочный треугольник, KLM      | KL                 | 46,2±2,3                   | 45,3±3,1                |
|   | LM                 | 56,9±1,9                   | 55,9±2,1                |
|   | KM                 | 68,2±2,6                   | 71,3±2,9*               |
| S, мм <sup>2</sup>                        | 1301,9±111,3       | 1265,9±50,1*               |                         |

Примечание. \*Различия между группами статистически значимы ( $p < 0,05$ ).

люсти и точку порион (изменения составляют в среднем 3,1 мм).

### Обсуждение

Очевидно, что изменения, происходящие при потере зубов, затрагивают только те стороны проекционных треугольников, которые проходят через точки, расположенные на альвеолярном отростке верхней челюсти. При этом в большей степени изменяются стороны, проведенные через наиболее латеральную и заднюю точки на этом отростке, в меньшей степени — через альвеолярную точку.

Изменение положения альвеолярной точки относительно других анатомических ориентиров напрямую связано с атрофией альвеол центральных резцов после их потери. Согласно данным некоторых авторов, эти изменения составляют в среднем 4,5—5,3 мм [7].

Что касается изменения положения наиболее задней точки альвеолярного отростка верхней челюсти, можно предположить, что оно связано с уменьшением длины альвеолярной дуги при потере зубов у взрослого человека и атрофией альвеолярного отростка и бугра верхней челюсти.

Как отмечает Н. Р. Нувахов [8], длина альвеолярной дуги в целом отличается существенной индивидуальной изменчивостью и ее размеры варьируют от 64,4 до 97,8 мм. В исследовании А. А. Семеновой [9] приводятся данные, согласно которым длина альвеолярной дуги при потере зубов уменьшается в среднем на 8,5 мм.

Изменения положения наиболее латеральной точки альвеолярного отростка, через которую проведена сторона АС переднего верхнечелюстного треугольника, также связаны с атрофическими процессами в костной ткани альвеолярного отростка, сопровождающимися уменьшением его высоты. При этом очевидно, что данные изменения происходят с большей интенсивностью, чем уменьшение высоты альвеолярного отростка в области фронтальной группы зубов. Так, сторона АВ переднего верхнечелюстного треугольника при потере зубов уменьшается в среднем на 5,4 мм, а сторона АС — на 9,1 мм.

Выделенные нами проекционные треугольники имеют важное клиническое значение в связи с тем, что в их пределах проходят важные анатомические образования. Как отмечают некоторые авторы, в настоящее время одной из актуальных проблем клинической медицины является лечение пострадавших с сочетанными травмами челюстно-лицевой области, особенно в пределах средней зоны лица [10, 11].

Так, в пределах бокового лицевого треугольника можно оценить положение лицевой артерии, лицевой вены, над- и подглазничного сосудисто-нервного пучков, ветвей лицевого нерва. В пределах бокового подвисочного треугольника на черепе расположена верхнечелюстная артерия и ее ветви. В пределах переднего и бокового верхнечелюстных треугольников локализованы лицевая артерия и лицевая вена, а также подглазничный сосудисто-нервный пучок. Изме-

нение значений сторон выделенных проекционных треугольников свидетельствует об изменении положения вышеперечисленных сосудисто-нервных образований относительно костных ориентиров, расположенных на альвеолярном отростке верхней челюсти.

### Заключение

Выделение предложенных проекционных треугольников и изучение их особенностей в зависимости от степени сохранности верхнего зубного ряда имеет важное значение при планировании и анатомическом обосновании эндовидеохирургических оперативных вмешательств на структурах средней зоны лица и подвисочной ямки.

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

### ЛИТЕРАТУРА

- Nash P. G., Macefield V. G., Klineberg I. J., Gustin S. M., Murray G. M., Henderson L. A. Changes in human primary motor cortex activity during acute cutaneous and muscle orofacial pain. *J. Orofac. Pain*. 2010;24(4):379—90.
- Аржанцев А. П. Методики рентгенологического исследования и рентгенодиагностика в стоматологии. М.: Металполис; 2015.
- Василенко И. П., Николаев М. П., Дайхес Н. А., Заричанский В. А. Алгоритм лечения травматических повреждений средней зоны лица. *Российская ринология*. 2009;(2):25—6.
- Гайворонский И. В., Мадай О. Д., Гайворонская М. Г., Кириллова М. П. Сравнительная морфометрическая характеристика образований средней зоны лица при различных формах лицевого черепа. *Medline.ru*. 2018;19:485—95.
- Гайворонский И. В., Мадай О. Д., Гайворонская М. Г., Кириллова М. П. Возможности оценки морфометрических параметров средней зоны лица по данным рентгенологических методов исследования. *Вестник Российской Военно-медицинской академии*. 2019;1(65):131—7.
- Смирнов В. Г., Янушевич О. О., Митронин В. А. Клиническая анатомия челюстей. М.: Бино; 2014.
- Гайворонский И. В., Гайворонская М. Г., Иорданишвили А. К., Родионов А. А. Анатомическое обоснование имплантации искусственных опор зубных протезов при полной адентии. *Вестник Российской Военно-медицинской академии*. 2014;(1):142—6.
- Нувахов Н. Р. Морфометрические особенности верхней челюсти и использование их при имплантационных операциях. М.; 2011.
- Семенова А. А. Вариантная анатомия и морфометрические характеристики небно-альвеолярного комплекса у взрослого человека: краниологическое и клиническое исследование. СПб.; 2016.
- Andeweg S., Vingerhoed N. M., van Vugt A. B. Damage control surgery in polytraumatized patients. *Nederl. Tijdschrift Voor Geneesk.* 2006;150(27):1503—7.
- Rontal M. L. State of the art in craniomaxillofacial trauma: frontal sinus. *Curr. Opin. Otolaryngol. Head Neck Surg.* 2008;16(4):381—6.

Поступила 23.12.2019  
Принята в печать 23.01.2020

### REFERENCES

- Nash P. G., Macefield V. G., Klineberg I. J., Gustin S. M., Murray G. M., Henderson L. A. Changes in human primary motor cortex activity during acute cutaneous and muscle orofacial pain. *J. Orofac. Pain*. 2010;24(4):379—90.
- Arzhantsev A. P. Methods of x-ray examination and X-ray diagnostics in dentistry [*Metodiki rentgenologicheskogo issledovaniya i rentgenodiagnostika v stomatologii*]. Moscow: Metropolis; 2015 (in Russian).
- Vasilenko I. P., Nikolaev M. P., Daikhes N. A., Zarychanski V. A. Algorithm for the treatment of traumatic injuries of the midface. *Rossijskaja rinologija*. 2009;(2):25—6 (in Russian).
- Gaivoronsky I. V., Maday O. D., Gaivoronskaya M. G., Kirillova M. P. Comparative morphometric characteristics of the formations of the

Реформы здравоохранения

- midface in various forms of the facial skull. *Medline.ru*. 2018;19:485—95 (in Russian).
5. Gaivoronsky I. V., Maday O. D., Gaivoronskaya M. G. Kirillova M. P. The possibility of assessing morphometric parameters of the midface for the data of radiological methods of research. *Vestnik Rossijskoj Voенно-медицинской академии*. 2019;1(65):131—13 (in Russian).
  6. Smirnov V. G., Yanushevich O. O., Mitronin V. A. Clinical anatomy of the jaws [*Clinicheskaya anatomiya chelyustey*]. Moscow: Binom; 2014 (in Russian).
  7. Gayvoronsky I. V., Gayvoronsky M. G., Iordanishvili A. K., Rodionov A. A. Anatomic substantiation of implanting artificial supports of dentures for fully edentulous patients. *Vestnik Rossijskoj Voенно-медицинской академии*. 2014;(1):142—6 (in Russian).
  8. Nuvahov N. R. Morphometric features of the upper jaw, and their use in dental implant operations [*Morfometricheskie osobennosti verhnei chelyusti i ispolzovanie ih pri implantacionnyh operacijah*]. Moscow; 2011 (in Russian).
  9. Semenova A. A. Variational anatomy and morphological characteristics of the palatal-alveolar complex in the adult: cranial and clinical study [*Variantnaya anatomiyya i morfometricheskie karakteristiki nebno-alveolyarnogo kompleksa*]. St. Petersburg; 2016 (in Russian).
  10. Andeweg S., Vingerhoedt N. M., van Vugt A. B. Damage control surgery in polytraumatized patients. *Nederl. Tijdschrift Voor Geneesk.* 2006;150(27):1503—7.
  11. Rontal M. L. State of the art in craniomaxillofacial trauma: frontal sinus. *Curr. Opin. Otolaryngol. Head Neck Surg.* 2008;16(4):381—6.

© Галимов А. Р., Богомолова И. Н., 2020  
УДК 616-035.7

Галимов А. Р.<sup>1</sup>, Богомолова И. Н.<sup>2</sup>

## ВОЗМОЖНОСТИ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ГИСТОЛОГИИ ПРИ ЭКСПЕРТИЗАХ ДЕФЕКТОВ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

<sup>1</sup>АНО «Консультативная судебная медицина», 450580, Уфимовский район, с. Авдон;

<sup>2</sup>АНО «Судебный эксперт», 115191, г. Москва

*Цель данной работы — системный анализ возможностей судебно-медицинской гистологии при экспертизах дефектов оказания медицинской помощи и разработка на этой основе рекомендаций по применению данного метода.*

*Материалом для исследований послужили уголовные и гражданские дела о дефектах оказания медицинской помощи, в которых использовались заключения негосударственных судебно-медицинских экспертов и специалистов в области судебной медицины. Использованы методы исследования: микроскопический, логико-аналитический, логико-синтетический (обобщение), сравнительный, системно-аналитический (анализ связей между фактами).*

*Разработана оптимальная гистологическая стратегия, которая позволяет определить, недостаточность функции каких именно органов стала решающей в наступлении смерти, какой из нескольких патологических процессов сыграл главную роль в танатогенезе. Эта информация незаменима для установления причинно-следственных связей дефектов оказания медицинской помощи с неблагоприятным исходом. Выявлены дефекты в организации судебно-гистологических исследований.*

*Впервые предложены пути повышения информативности судебно-гистологических заключений в делах о дефектах помощи с привлечением негосударственных судебно-медицинских экспертов. Предложен ряд конкретных научных и организационно-практических подходов к улучшению создавшегося положения.*

**К л ю ч е в ы е с л о в а :** судебно-гистологическое исследование; дефекты медицинской помощи; причинно-следственная связь; организация здравоохранения; негосударственная судебно-медицинская экспертиза.

**Для цитирования:** Галимов А. Р., Богомолова И. Н. Возможности судебно-медицинской гистологии при экспертизах дефектов оказания медицинской помощи. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2020;28(3):476—479. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2020-28-3-476-479>

**Для корреспонденции:** Галимов Айрат Рамирович, канд. мед. наук, директор АНО «Консультативная судебная медицина», e-mail: [aigalimov@yandex.ru](mailto:aigalimov@yandex.ru)

Galimov A. R.<sup>1</sup>, Bogomolova I. N.<sup>2</sup>

## THE POSSIBILITIES OF FORENSIC HISTOLOGY UNDER EXPERTISE OF DEFECTS OF MEDICAL CARE PROVISION

<sup>1</sup>The Autonomous Nonprofit Organization “The Consultative Forensic Medicine”, 450580, Avdon village, Ufimsk District, Leningrad Oblast, Russia;

<sup>2</sup>The Autonomous Nonprofit Organization “The Forensic Expert”, 115191, Moscow, Russia

*The article presents systematic analysis of the possibilities of forensic medical histology under examinations of defects of provided medical care and recommendations based on application of mentioned method.*

*The analyzed data related to criminal and civil cases of defects of provided medical care which used conclusion of non-state forensic experts and forensic medicine experts. The following methods of investigation were applied: microscopic, logical-analytical, logical-synthetic, comparative, systematic and analytical.*

*The proposed histological optimal strategy allows to determine the failure of which body functions was became crucial in the event of death and which of several pathological processes played major role in tanatogenesis. This information is indispensable for establishing causal relationships of defects of provided medical care with unfavorable outcomes. The defects of organization of forensic-histological examinations were established. For the first time, the proposed means of increasing informativeness of forensic-histological findings in cases of defects of provided medical care with involvement of non-state forensic experts. The number of concrete scientific and organizational approaches to improve the actual situation was proposed.*

**К e y w o r d s :** forensic-histological examination; defects of medical care; causation; health organization; non-governmental forensic medical examination.

**For citation:** Galimov A. R., Bogomolova I. N. The possibilities of forensic histology under expertise of defects of medical care provision. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2020;28(3):476—479 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2020-28-3-476-479>

**For correspondence:** Galimov A. R., candidate of medical sciences, the Director of the Autonomous Nonprofit Organization “The Consultative Forensic Medicine”. e-mail: [aigalimov@yandex.ru](mailto:aigalimov@yandex.ru)

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

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

Received 10.11.2019  
Accepted 23.01.2020

Судебно-гистологический метод — один из основных лабораторных методов исследования в судебной медицине. Особенно велика его роль в тех делах, где другие лабораторные методы неинформативны.

Это прежде всего дела о дефектах оказания медицинской помощи (ДОМП). Судебно-гистологический метод применяется в таких случаях всегда, когда для этого есть технические возможности, т. е.

## Реформы здравоохранения

имеется материал, необходимый для данного исследования. Однако результаты, полученные этим методом, чаще всего не используются для формулирования и обоснования выводов.

Цель данной работы — системный анализ возможностей судебно-медицинской гистологии при экспертизах ДОМП и разработка на этой основе рекомендаций по применению данного метода.

### Материалы и методы

Материалом для исследований послужили данные 200 уголовных и гражданских дел о ДОМП, в которых использовались заключения негосударственных судебно-медицинских экспертов и специалистов в области судебной медицины из АНО «Судебный эксперт» (г. Москва) и АНО «Консультативная судебная медицина» (Республика Башкортостан) за последние 5 лет. Из них в 192 случаях имел место смертельный исход (27 погибших — новорожденные, 4 — роженицы и родильницы). Во всех этих случаях проводилось судебно-гистологическое исследование государственными, альтернативными или теми и другими судебно-медицинскими экспертами. Встретились также единичные случаи выкидыша с гистологическим исследованием последа, гистологических исследований операционного и биопсийного материала.

Использованы методы исследования: логико-аналитический, логико-синтетический (обобщение), сравнительный, системно-аналитический (анализ связей между фактами).

### Результаты исследования

Ни в одном из исследованных случаев мы не нашли описания гистологических препаратов, которое соответствовало бы требованиям хотя бы одного из следующих документов [1, 2].

Между тем приведенные методические рекомендации не требуют дополнительных окрасок и оборудования и предназначены лишь затем, чтобы упорядочить описание и интерпретацию гистологических препаратов, предотвратить потери информации при их исследовании. Закономерно, что более сложные и высокотехнологичные методы (иммуногистохимические) не использовались ни разу. В результате и описания, и диагнозы, выполненные экспертами-гистологами, носили формальный характер и не содержали информации, пригодной для использования при формулировании выводов о причине смерти, наличии тех или иных дефектов медицинской помощи и их роли в наступлении смерти или иного неблагоприятного исхода.

Таким образом, качество судебно-гистологических экспертиз по делам о ДОМП настолько низко, что возможности данного метода практически не используются.

В противоположность этому, во всех случаях, где гистологические препараты были доступны для исследования, сделанные по ним выводы активно использовались в заключении.

## Обсуждение

Пути повышения информативности судебно-гистологических заключений в делах о ДОМП нам видятся следующими:

1. В любом случае ДОМП необходимо установить как можно более полный диагноз в его динамике за весь период лечения, качество которого оспаривается. Фактически это требует знаний в области патологической анатомии и их сопоставления с клиническими данными. Если судебно-медицинский эксперт не обладает нужными знаниями, ему необходима консультация патологоанатома и врачей клинических специальностей либо включение этих специалистов в экспертную комиссию.

Курсы повышения квалификации судебно-медицинских гистологов должны включать в себя избранные вопросы патологической анатомии, а именно — свето-микроскопические признаки общепатологических процессов и различных частных заболеваний.

Например, в нашей практике встретился случай смерти пациента, которому ранее был установлен диагноз «генерализованный пустулезный псориаз с поражением кожи и суставов: псориатические бляшки, пустулы, псориатический полиартрит». По словам родственников, у него несколько дней была рвота. При поступлении выявлено значительное повышение уровней креатинина и мочевины. Пациент осмотрен нефрологом, экстренно проведен сеанс гемодиализа. Он умер через сутки после госпитализации при явлениях отека мозга и легких (возникли спутанное сознание, утрата способности глотать, признаки дыхательной недостаточности), подтвержденных при вскрытии трупа. Возникло подозрение на смерть вследствие ненадлежащего исполнения профессиональных обязанностей сотрудниками стационара.

Описание почек, выполненное судебным гистологом, выглядело так: «почки — полнокровие венозных сосудов, склероз стенок артерий, гиалиноз небольшой части клубочков, белковая дистрофия эпителия канальцев, очаги нефросклероза». Реально же в препаратах была картина острого некротического нефроза, который и стал причиной отека легких и мозга, повлекшего за собой смерть.

После расспроса родственников выяснилось, что пациент пренебрегал обращением к врачам и лечился самостоятельно, бесконтрольно принимая препарат метотрексат, обладающий нефротоксическим действием.

В качестве причины смерти было установлено отравление метотрексатом.

2. Необходимо научное изучение гистологических признаков различных ятрогений и использование их на практике. Например, по нашим данным, при анафилактическом шоке может выявляться повышенное число эозинофилов в сосудах легких, их выход в бронхи, слизь в бронхах и признаки их спазма. Это фактически единственный способ обосно-

вать диагноз анафилактического шока объективными признаками [3].

3. В случаях ДОМП со смертельным исходом необходимо проведение так называемого танатологического или танатогенетического анализа.

Многолетний опыт применения этого метода на практике позволил нам по-новому сформулировать его суть: патологические изменения, которые нарушают жизненно важные функции, возникшие раньше других и выраженные сильнее всех, и есть причина смерти. При этом первый критерий абсолютно необходим для установления причины смерти, а из последующих значимость третьего критерия выше, чем второго.

Таким образом, по гистологическим препаратам можно определить, недостаточность функции каких именно органов стала решающей в наступлении смерти, а часто можно выяснить даже, какой из нескольких патологических процессов сыграл главную роль, например острый или хронический. Эта информация незаменима для установления причинно-следственных связей ДОМП с неблагоприятным исходом.

Существует такой феномен, как скоропостижная смерть в стационаре [4].

Пациент, имеющий компенсированные хронические заболевания внутренних органов, поступает в стационар для планового лечения, например офтальмологического, и умирает прежде, чем ему успевают оказать помощь и провести хотя бы минимальное обследование. В таких случаях доказать отсутствие связи внезапного обострения хронического заболевания с ДОМП можно только с помощью гистологического исследования.

4. Помимо описания отдельных патологических признаков, необходим их системный анализ — выявление и оценка их взаимосвязей.

Возможны три способа установления взаимосвязей между разными патологическими процессами в одном или разных органах.

Теоретический — на основе известных из патофизиологии влияний одних патологических процессов на другие. Так, при любом процессе, вызывающем гипоксию, возникает риск вторичного гипоксического поражения сердца и мозга, причем риск этот становится выше при наличии сосудистой патологии в этих органах.

Синдромный — объединение симптомов (признаков) в синдромы, основа системного анализа в любой области медицины [5].

Корреляционный (математический или полукорреляционный) — если интенсивность проявлений двух синдромов нарастает параллельно, то они взаимосвязаны. В гистологии это проявляется тем, что выраженность морфологических изменений, вызванных этими процессами, примерно одинакова, если они зависят от одной причины, и обычно больше у причины, чем у следствия. Например, если мы наблюдаем выраженный распространенный кардиосклероз или липоматоз миокарда с разрастаниями соединительной или жировой ткани между кардио-

миоцитами и атрофией последних, а также небольшие очажки фрагментации кардиомиоцитов и не-много нейронов с кариолизом в мозге, то причиной смерти стало хроническое заболевание сердца, которое вызвало кардиосклероз или липоматоз миокарда, а острая патология лишь определила момент возникновения нарушений сердечного ритма, которые и привели к смертельному исходу. Каково бы ни было лечение в данном случае, причинно-следственной связи ДОМП со смертью пациента нет.

5. Использование стандартных схем описания гистологических препаратов на практике затруднительно, так как подлежащих описанию признаков очень много. Сам процесс описания можно облегчить, используя заранее подготовленные стандартные бланки с подчеркиванием нужного варианта (мы в своей практике используем написанную нами компьютерную программу, формирующую текстовое описание из отмеченных нами вариантов), но при множестве признаков возникает сложность их анализа и синтеза (обобщения).

Для решения этой проблемы необходимо использовать синдромный подход (объединение признаков с единым патогенезом), а также компьютерную технику и разработанные для нее алгоритмы, например такой, как описано в статье И. Н. Богомоловой и соавт. [6]

Еще более перспективно создание и внедрение в практику специальных компьютерных программ, которые не только облегчают описание препаратов, но и производят анализ обнаруженных признаков, а также формируют перечень возможных диагнозов с их обоснованием [7].

6. В настоящее время во всей судебной медицине, включая судебно-медицинскую гистологию, существуют две основные тенденции. Одна состоит в том, чтобы использовать для диагностики комплексы типичных, желательных — патогномичных признаков. Другая представляет собой превращение метода моделирования (индивидуального анализа всех доступных данных) из основы ситуалогических экспертиз в основу методологии любых судебно-медицинских экспертиз [8].

Иначе говоря, обнаружение признаков, типичных для определенной причины смерти (например, пятен Вишневого), при первом подходе считается достаточным для диагноза (в данном случае холодовой травмы), а при втором подходе — лишь одним из доводов в пользу данного диагноза, т. е. допускается возможность нетипичных повреждений и альтернативного происхождения типичных. Так, причиной геморрагических эрозий желудка и смерти может оказаться отравление суррогатом алкогольного напитка).

Таким образом, в судебную медицину внедряется дифференциально-диагностический подход, давно завоевавший себе место в клинических дисциплинах.

7. Подмена гистологических препаратов возможна и в клинической медицине, и в патологической анатомии, но выявить и доказать ее могут только су-

## Реформы здравоохранения

дебные медики, так как это требует молекулярно-генетического анализа, доступного только в судебно-медицинских учреждениях.

Подмена препаратов — организационный ДОМП, который ведет к неправильному диагнозу сразу у двух пациентов, а он, в свою очередь, к отсутствию лечения и смерти либо к ненужному лечению, финансовому и моральному ущербу. Потому правовое значение этого ДОМП обычно велико, и судебно-медицинский эксперт-гистолог всегда должен учитывать такую возможность.

### Заключение

Причина неэффективности судебно-гистологического метода на практике заключается в недопустимо низком качестве судебно-гистологических исследований, проводимых на территории Российской Федерации, т. е. в низкой квалификации судебно-медицинских экспертов-гистологов и в организации их работы, при которой контроль за ее качеством отсутствует, а никаких рычагов принуждения их к внедрению нужных новых или даже старых, но не используемых методов у их руководителей нет.

Нами предложен ряд конкретных научных и организационно-практических подходов к улучшению создавшегося положения.

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

### ЛИТЕРАТУРА

1. Богомолов Д. В., Богомолова И. Н. Алгоритм судебно-гистологического исследования: Методические рекомендации. М.: ФГУ «РЦСМЭ Минздравсоцразвития России»; 2010.
2. Богомолов Д. В., Богомолова И. Н., Путинцев В. А., Баранова М. Я., Кульбицкий Б. Н., Павлов А. Л., Фетисов В. А., Букешов М. К. Судебно-медицинская диагностика причины смерти и установление танатогенеза морфологическими методами: Методические рекомендации. М.: ФГБУ «РЦСМЭ Минздравсоцразвития России»; 2012.
3. Денисова О. П., Кульбицкий Б. Н., Путинцев В. А., Богомолова И. Н., Богомолов Д. В. Особенности морфологических проявлений анафилактического шока на введение лекарственных веществ в практике судебно-медицинского эксперта-гистолога. *Судебно-медицинская экспертиза*. 2012;55(2):46—50.
4. Сафонов Г. М. Скоропостижная смерть стационарных больных. Л.; 1964.
5. Богомолова И. Н. Роль системного подхода в установлении судебно-гистологического диагноза. *Судебно-медицинская экспертиза*. 2014;57(5):7—12.

6. Богомолова И. Н., Саперовская В. Е., Орловская А. В. Применение метода Байеса—Вальда—Гублера для дифференциальной диагностики причин смерти при низкой температуре окружающей среды. *Судебно-медицинская экспертиза*. 2015;58(1):44—8.
7. Орловская А. В., Перепёлкин А. В., Богомолова И. Н., Саперовская В. Е. Модель процесса диагностики с позиций системного подхода. В сб.: Задачи и пути совершенствования судебно-медицинской науки и экспертной практики в современных условиях: Труды VII Всероссийского съезда судебных медиков, 21—24 октября 2013 г., Москва. М.: Издательство «Голден-Би»; 2013. Т. 1. С. 273—5.
8. Гедыгушев И. А. Судебно-медицинская экспертиза при реконструкции обстоятельств и условий причинения повреждений (методология и практика). М.; 1999.

Поступила 10.11.2019  
Принята в печать 23.01.2020

### REFERENCES

1. Bogomolov D. V., Bogomolova I. N. The algorithm of forensic-histological study: Methodical recommendations [*Algoritm sudebno-gistologicheskogo issledovaniya*] Moscow: FGU "RCSMA Minzdravsocrazvitiya Rossii"; 2010 (in Russian).
2. Bogomolov D. V., Bogomolova I. N., Putintsev V. A., Baranova M. Ya., Kulbitsky B. N., Pavlov A. A., Fetisov V. A., Buketov M. K. Forensic medical diagnosis of the cause of death and the establishment of tanatogenesis morphological methods: Methodical recommendations [*Sudebno-medicinskaya diagnostika prichiny smerti i ustanovlenie tanatogeneza morfologicheskimi metodami*]. Moscow: FGBU "RCSMA Minzdravsocrazvitiya Rossii"; 2012 (in Russian).
3. Denisova O. P., Kulbitsky B. N., Putintsev V. A., Bogomolova I. N., Bogomolov D. V. Peculiarities of morphological manifestations of anaphylactic shock on injection of medicinal substances in the practice of forensic medical expert-histologist. *Sudebno-meditsinskaya ekspertiza*. 2012;55(2):46—50 (in Russian).
4. Safonov M. G. Sudden death inpatients [*Skoropostizhnaya smert' stacionarnykh bolnykh*]. Leningrad; 1964 (in Russian).
5. Bogomolova I. N. The role of the systemic approach in the establishment of forensic histological diagnosis. *Sudebno-meditsinskaya ekspertiza*. 2014;57(5):7—12 (in Russian).
6. Bogomolova I. N., Saperovska V. E., Orlovskaya A. V. Application of the method of Bayes—Wald—Gubler for the differential diagnosis of causes of death at low temperature environmental. *Sudebno-meditsinskaya ekspertiza*. 2015;58(1):44—8 (in Russian).
7. Orlovskaya A. V., Perepelkin A. V., Bogomolova I. N., Zabarovskaya V. E. Model of the diagnostic process from the standpoint of system approach. In: Problems and ways of improvement of forensic medical science and expert practice in modern conditions: proceedings of the VII all-Russian Congress of forensic, 21—24 October 2013, Moscow [*Zadachi i puti sovershenstvovaniya sudebno-meditsinskoy nauki i ekspertnoy praktiki v sovremennykh usloviyakh: Trudy VII Vserossiyskogo s'ezda sudebnykh medikov, 21—24 oktyabrya 2013 g., Moskva*]. Moscow: Izdatelstvo "Golden Bee"; 2013. Vol. 1. P. 273—5 (in Russian).
8. Gedygushev I. A. Forensic medical examination in the reconstruction of circumstances of injury (methodology and practice) [*Sudebno-meditsinskaya ekspertiza pri rekonstrukcii obstoystelstv i usloviy prichineniya povrezhdeniy*]. Moscow; 1999 (in Russian).

© Коллектив авторов, 2020  
УДК 614.2

**Андриянова А. А., Андриянова Л. С., Корниенко М. В.**

## МАРКЕТИНГОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ СОСТОЯНИЯ РЫНКА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ: ФАКТОРЫ И РЕГИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ

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

*Статья определяет актуальность проведения маркетинговых исследований в сфере предоставления платных медицинских услуг. Поскольку рынок платных услуг в нашей стране значительно вырос, медицинский менеджмент занял соседствующую позицию с медицинским маркетингом. В стране увеличивается количество частных медицинских учреждений, что напрямую связано недостаточными возможностями бесплатных клиник оказывать необходимые услуги, жизненно важные для пациента. Существующая повышенная конкуренция толкает частные медицинские учреждения на активную борьбу за клиента. Установлено, что потеря пяти клиентов в день приводит к потере до 2 млн руб. в месяц. Таким образом, в связи с ростом частного медицинского сектора появилась острая потребность в логистике и маркетинговых исследованиях всего медицинского производства.*

*В статье сделан вывод о том, что в решении подобных маркетинговых задач и проведении маркетинговых исследований особое место отводится технологиям маркетинга: в системе здравоохранения он выступает в качестве базисной системы принципов, направленных на создание и изучение спроса и предложения медицинских услуг.*

*На рынке здравоохранения в роли потребителя выступают пациенты, чьи нужды должны быть удовлетворены медицинскими клиниками. Маркетинг в системе медицинского обслуживания заключается в процессе создания и предоставления услуг медицинского характера.*

*Ключевые слова:* медицинские услуги; маркетинговые исследования; региональный аспект; особенности опроса; факторы влияющие на развитие рынка услуг в сфере медицины.

**Для цитирования:** Андриянова А. А., Андриянова Л. С., Корниенко М. И. Маркетинговое исследование состояния рынка медицинских услуг: факторы и региональные особенности. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2020;28(3):480–485. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2020-28-3-480-485>

**Для корреспонденции:** Андриянова Алена Александровна, канд. экон. наук, доцент кафедры экономики, финансов и менеджмента, e-mail: [aa\\_andr@mail.ru](mailto:aa_andr@mail.ru)

**Andriyanova A. A., Andriyanova L. S., Kornienko M. V.**

## THE MARKETING STUDY OF MEDICAL SERVICES MARKET: FACTORS AND REGIONAL CHARACTERISTICS

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 considers the relevance of marketing research in the field of paid medical services. Due to the fact that the market of paid services in Russia has increased significantly, medical management took neighboring position to medical marketing. The article emphasizes that in Russia annually the number of private medical institutions increases. This trend is directly related to the fact that free medical care is not always able to provide necessary services vital for the patient. In turn, the existing increased competition pushes private medical institutions to actively fight for the client. The statistical data demonstrates that the loss of five customers per day results in losing of up to two million rubles monthly. It is established that due to increasing numbers of private medical institutions an urgent need for new logistics and marketing research of all medical production arises to have more comprehensive picture of the provision of a paid medical care.*

*It is concluded that reaching these marketing and marketing research tasks determine the new special place of marketing technologies. The marketing in the health care system acts as basic system of principles targeted to creating and studying the demand and supply of medical services. In the health care market, the role of the consumer is played by patients whose needs must be met by medical clinics. The marketing in the health care system is the process of developing and providing medical services. The corresponding data and main conclusions related to provision of paid medical services in the Krasnodar region is presented.*

*Keywords:* medical services; marketing research; regional aspect; survey features; factors; the market of services; medicine.

**For citation:** Andriyanova A. A., Andriyanova L. S., Kornienko M. V. The marketing study of medical services market: factors and regional characteristics. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2020;28(3):480-485 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2020-28-3-480-485>

**For correspondence:** Andriyanova A. A., candidate of economic sciences, associate professor of the Chair of Economics, finances 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: [aa\\_andr@mail.ru](mailto:aa_andr@mail.ru)

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

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

Received 01.10.2019  
Accepted 23.01.2020

### Введение

Маркетинговые исследования в медицине, в том числе в сфере медицинских услуг, основаны на анализе всего спектра негативных и позитивных факто-

ров, влияющих на функционирование медицинского рынка.

Негативными факторами, важными для медицинских маркетинговых исследований, могут быть

## Реформы здравоохранения

политические (напряженная атмосфера в урегулировании современной международной торговли, в том числе торговли медицинским оборудованием, медикаментами, необходимыми для предоставления медицинских услуг), экономические, (влияние последствий введения экономических запретов со стороны Европейского союза, рост курса валюты и высокая цена на закупки медикаментов и оборудования для предоставления услуг, высокий уровень инфляции), социальные (падение покупательской способности у населения, увеличение «социальной пропасти» между бедными и богатыми, низкая квалификация медицинских работников ввиду низкого уровня рынка труда, пониженная социальная мобильность населения, социальная неподвижность) [1, с. 23].

В проведенных ранее медицинских маркетинговых исследованиях отмечалось также влияние технологических факторов на предоставление платных медицинских услуг, а именно: вероятность прекращения сотрудничества со странами Запада и отсутствие притока сырья, короткие временные рамки циклов лечения, рост общих затрат на электроэнергию и услуги коммунального характера.

Описание факторов, влияющих на предоставление медицинских услуг, по нашему мнению, важно начать с негативных, влияющих на рынок платных медицинских услуг, но следует учитывать и позитивные факторы.

Негативный блок факторов развития и функционирования медицинского рынка платных услуг включает политические факторы: вероятность введения частно-партнерских отношений со стороны государства, что позволяет оказывать пациентам услуги по программе добровольного медицинского страхования (ДМС) [2].

Экономические факторы, влияющие на рынок платных медицинских услуг, проявляются в кредитовании банками компаний с целью рассрочки платежа клиентов за оказанные услуги (лечение).

Социальные факторы, которые следует отнести к позитивным факторам развития рынка медицинских платных услуг, проявились в популярности ведения здорового образа жизни (ЗОЖ), потребности хорошо выглядеть («быть в тренде», иметь собственный стиль), потребности потенциальных пациентов медицинских платных учреждений в максимальном усилении своих «жизнеобразующих» условий.

Среди позитивных факторов, влияющих на развитие и состояние рынка медицинских платных услуг, стоит назвать еще и технологические: отсутствие монополии при ввозе продукции из стран Юго-Восточной Азии (Сингапур, Южная Корея, Вьетнам, Лаос), постоянный приток новых технологий и методов с Востока и Запада для обновления и расширения ассортимента медицинских платных услуг [3, 4].

Все перечисленные факторы непосредственно влияют на формирование и развитие рынка платных медицинских услуг и являются информационной основой для маркетингового исследования и анализа данного вида услуг.

Ведение медицинского бизнеса основывается на оказании какой-либо медицинской услуги, от ее успешной реализации будет напрямую зависеть успешность бизнеса. Описано очень много алгоритмов, сценариев и путей возможного развития продвижения и продажи совершенно любых услуг. В медицинских маркетинговых услугах и их исследовании посредством маркетинговых методов и инструментария встречается очень много различных подходов на основе разных научных мнений [5, с. 35].

Прежде всего мы связываем предоставление медицинских услуг непосредственно со здоровьем как конкретного человека, так и коллективов, групп и всего населения в регионе (в нашем примере это Краснодарский край) и в стране в целом. Население России многие годы получало все медицинские услуги бесплатно, многие не пользовались услугами платной медицины, не только из-за недоверия к ней, но и в силу низкой платежеспособности основной части населения.

Таким образом, ряд маркетинговых исследований на рынке медицинских услуг направлены на выявление реальной тенденции и соотношений бесплатности и платности в предоставлении медицинских услуг, удовлетворенности потребителя этих услуг, а именно: скоростью, качеством, адекватной стоимостью медицинского обслуживания, особенностями тенденций предложения и спроса в исследуемом регионе, а также различным аспектам демографического и психографического характера отношения к услугам медицины разных групп населения [6, с. 108—10].

В исследовании источников изучения и проведения маркетинговых исследований в медицине отдельное место занимает определение специфики маркетингового исследования и особенностей формирования и развития рынка платных медицинских услуг, в том числе в регионах, определяемой рядом авторов [5].

Чистой услугой называется в нашем случае деятельность врачей, которая дает в результате эффект в аспекте сохранения и укрепления здоровья. Так, В. Анурин и соавт. [7, с. 114] пишут, что маркетинговые исследования в области медицины носят особый характер, в части именно практического интереса развития той или иной услуги медицинского обслуживания.

Вместе с тем такая информация, которая получена через практику проведения маркетингового исследования, является необходимой для выводов и разработки на их основе комплекса мероприятий по совершенствованию предоставления какой-то конкретной медицинской платной услуги, ее доступности либо расширения ассортимента предоставляемых платных медицинских услуг и регулирования их цены и стандартизации требований к предоставлению данных по этим направлениям медицинского обслуживания.

В РФ рынок медицинских услуг складывается из сочетания множества составляющих: бесплатных и платных услуг, структуры самого медицинского

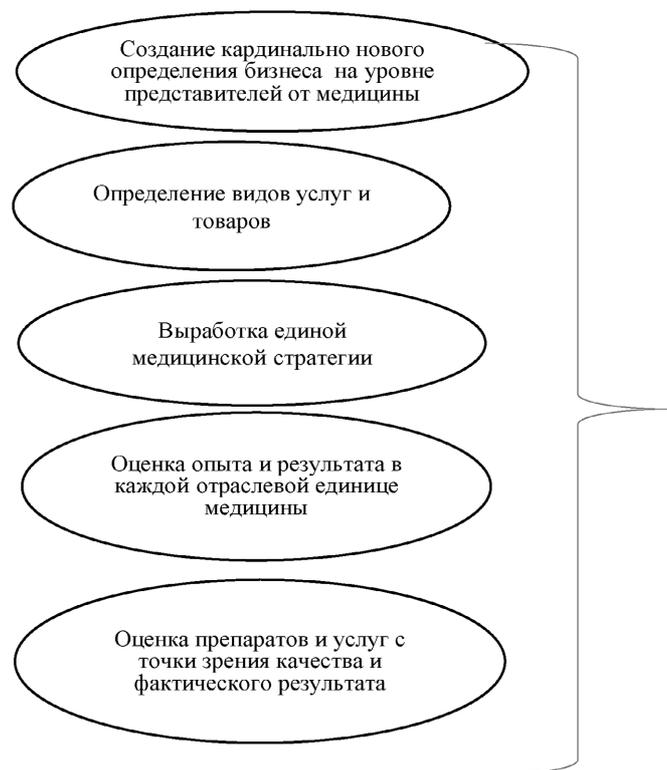


Рис. 1. Направления формирования ИЕМП.

рынка, его направленности. Соотношение платного и бесплатного рынка медицинских услуг отображает степень развития системы здравоохранения в целом.

Системообразующим фактором в структуре медицинского обслуживания населения является постепенное развитие рынка платных медицинских услуг при существовании государственных гарантий на бесплатную медпомощь гражданам, проживающим на территории России. Многие эксперты считают, что около 15—20% всего медицинского рынка приходится на так называемый теневой бизнес [5, 8, 9].

Анализ Росстата по оказанию платных медицинских услуг за 2015—2017 гг. показал, что общие объемы за данный период составили 7 302 235,33 млн руб., из которых сами медицинские услуги составляют 445 234,57 млн руб. [2].

Медицинские услуги, по мнению Е. В. Полянской [9, с. 244], реализуются посредством взаимодействия врач — пациент, врач — лечебное приспособление — пациент, групповое взаимодействие: группа врачей — лечебные устройства — пациент. Основными субъектами в данном процессе выступают пациент и врач, а результатом их взаимодействия (оказанной врачом услуги) становится цель, модель ожидания. Пациент выступает основным потребителем медицинских услуг.

О конкуренции и исследовании рынка платных медицинских услуг писала, например, О. И. Коробкова. Конкуренция, по ее мнению, берущая за основу ценность самой услуги и ориентирующаяся на результат, требует оказания всесторонней помощи пациенту на протяжении всего периода лечения [8,

с. 103—5]. Медицинская ценность услуги во многом зависит от грамотной профилактики и диагностики заболевания, а также от квалификации врачей-специалистов, их компетентности.

С недавнего времени ведутся разработки по внедрению так называемой интегрированной единицы медицинской практики (ИЕМП), которая предполагает построение оказания медицинских услуг на основе медицинских состояний, взамен видов лечения и общей диагностики.

Кроме того, в ряде маркетинговых исследований фигурирует обращение к теме интегрированной единицы медицинской практики. Этот вопрос освещается в работах И. М. Шеймана, В. И. Шевского [10, с. 29—34].

Задачи перехода к конкуренции на основе ценностей для пациентов и поставщиков, исходя из формулируемой системы ИЕМП:

- создание кардинально нового определения бизнеса на уровне представителей от медицины;
- определение видов услуг и товаров;
- выработка единой медицинской стратегии;
- оценка опыта и результата в каждой отраслевой единице медицины;
- оценка препаратов и услуг с точки зрения качества и фактического результата [5, с. 162—8] (рис. 1).

Таким образом, можно сделать вывод, что объем платного потребления медицинских услуг увеличивается в нашей стране с каждым годом. Набор способов, используемых в медицинском маркетинге, с одной стороны, может показаться довольно-таки стандартным, с другой — из них всегда можно почерпнуть что-то новое, они практически не требуют каких-то особенных затрат и вложений.

### Материалы и методы

Платная основа предоставления платных услуг медицинской помощи сформировала обширный и весьма разнообразный рынок платных медицинских услуг в России и ее регионах. К сожалению, параметральные особенности ведения платных медицинских услуг и их предоставления на сформированном специальном рынке — рынке медицинских услуг — при том комплексе факторов, который сопровождает развитие этого рынка, изучаются недостаточно по ряду объективных и субъективных причин.

Представленное в данной статье маркетинговое исследование имело целью выделить ключевые критерии и оценочные параметры качества, по мнению потребителей предоставляемых платных медицинских услуг, в отдельно взятом регионе, а конкретно — в Краснодарском крае, определение степени удовлетворенности населения существующими объемами и качеством (уровнем) предоставления на платной основе ряда медицинских услуг, а также провести оценочную процедуру емкости рынка платных медицинских услуг в отдельно взятом регионе РФ по наиболее значимым критериям выбора медицинских учреждений [1, с. 38].

Реформы здравоохранения

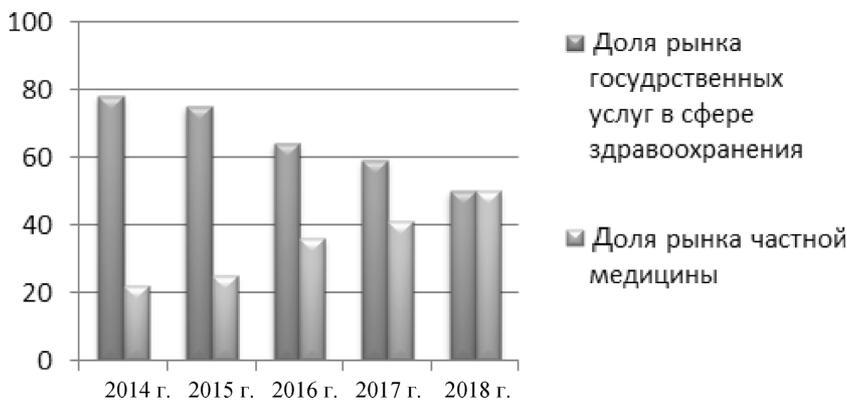


Рис. 2. Динамика рынка медицинских услуг в Краснодарском крае за 2014–2018 гг. (в %).

В отношении государственной медицины доля платной медицины в аспекте услуг увеличилась с 20% в 2014 г. до 56% в 2018 г. Доля рынка государственных услуг в сфере здравоохранения в регионе Краснодарского края снизилась с 78% в 2014 г. до 55% в 2018 г. К 2018 г. эти две доли уравниваются (рис. 2).

Форма исследования — выборочное анкетирование населения городов Краснодарского края; охват выборки составил 20 городов края. Из этого количества городов были отобраны те, в которых основное население занято преимущественно в сфере производства. Формирование выборочной совокупности учитывало также такие параметры, как профессия и образование, социальный статус, уровень дохода, демографический показатель. Количество опрошенных составило 410 человек.

**Результаты исследования**

Наиболее значимым и интересным в ключе проведения маркетингового исследования стал вопрос: «Что побудило вас воспользоваться платным видом медицинских услуг?» (рис. 3).

Самыми значимыми факторами при обращении граждан в частные медицинские учреждения на платной основе стали качество (более качественная услуга, чем в бесплатной медицине), высокое качество обслуживания. Второстепенными, но не менее значимыми стали факторы, которые определяют важность отсутствия возможностей получения данных услуг на бесплатной основе, хотя, по мнению авторов, именно этот фактор является доминирующим в обращении к платной медицине, когда гражданин идет туда, где есть вид услуг медицинского характера, не предоставляемый в бесплатных медицинских учреждениях. Далее идут репутация и известность медицинского учреждения и высокая скорость обслуживания.

Характерным, на наш взгляд, является решение пациента об обращении в определенные медицинские учреждения без привязки к близости того или иного учреждения, т. е. потенциальные пациенты по меньшей мере не задумываются об удаленности платных медицинских учреждений от мест их про-

живания или работы и приоритетным считают качество обслуживания.

Интересно, на наш взгляд, рассмотреть и вопрос о том, как сами респонденты оценили складывающийся на сегодняшний день уровень цен на платные медицинские услуги: 65% респондентов посчитали уровень цен, который сложился, вполне приемлемым, 32% оценили его как очень высокий и только 3% — как низкий.

В большинстве своем уровень цен на услуги платных медицинских учреждений устраивает примерно 72% пациентов. Важным в данном маркетинговом исследовании является тот факт, что необходимо было выявить и частоту

пользования платными медицинскими услугами или частоту обращений к докторам в платном медицинском учреждении (рис. 4). Среднестатистические пациенты обращаются в платное медицинское учреждение около 4,42 раза в течение года. Общее же количество обращений за медицинской услугой к врачам всех профилей с целью получения платных медицинских услуг в Краснодарском крае составило в среднем около 9 тыс. раз в год.

Частные медицинские учреждения считают весьма важным для повышения своей конкурентоспособности в состоянии ограниченности ресурсов расширение ассортимента предоставления медицинских услуг. На рис. 5 представлено распределение частоты обращений к специалистам в платных медицинских учреждениях Краснодарского края. Мы видим, что чаще всего обращаются к стоматологам, терапевтам, гинекологам.

В заключение важно отметить, что некоторые аспекты приведенного маркетингового исследования серьезно входят в резонанс с официальной статистикой, по некоторым позициям статистических данных просто нет, а методическая база для проведе-

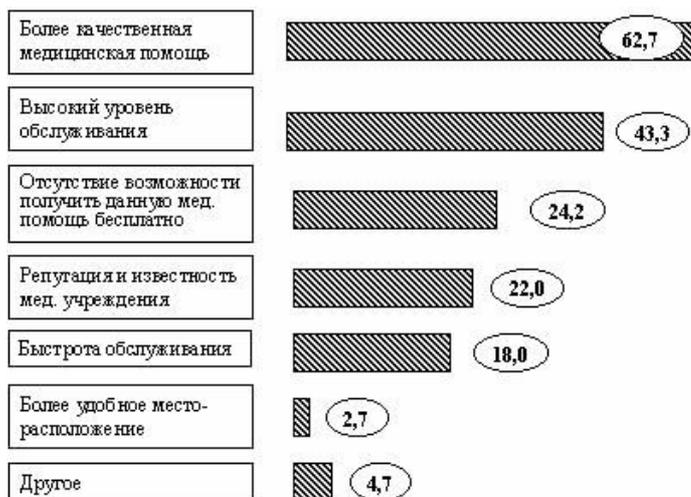


Рис. 3. Основные мотивы пользования медицинскими услугами на платной основе жителями городов Краснодарского края (в % к числу опрошенных).

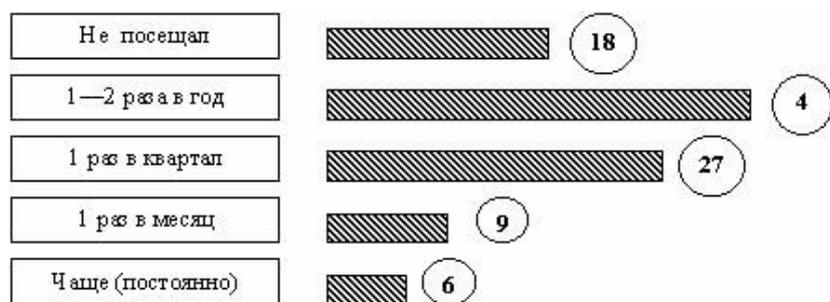


Рис. 4. Частота обращений к врачу любого профильного направления в платных медицинских учреждениях в течение последнего года (в % к числу опрошенных).

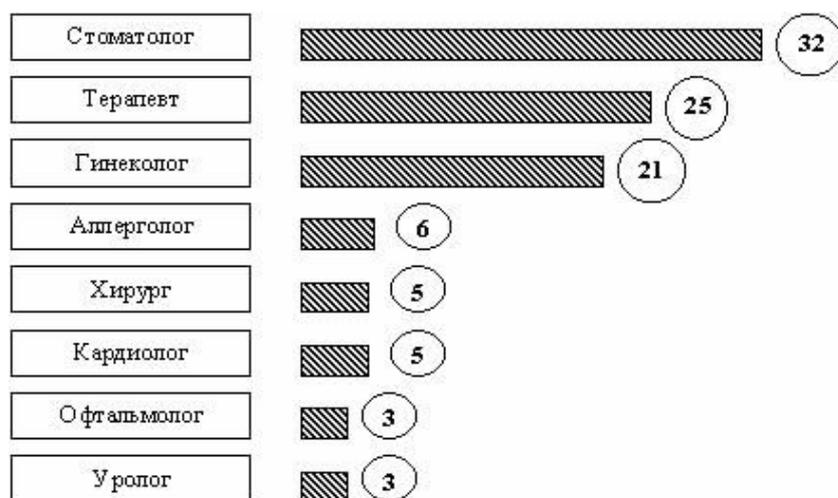


Рис. 5. Медицинские направления, по которым наиболее часто обращаются за предоставлением платных медицинских услуг (в % к числу всех обращений).

ния статистических наблюдений в данной сфере разработана недостаточно.

Такая ситуация позволяет сделать следующий важный вывод: на сегодняшний день региональный рынок предоставления платных медицинских услуг требует настоящего внимания к видам платных медицинских услуг, их качеству, ассортименту и частоте предоставления.

### Обсуждение

Исследования показали, что особенности экономического и социального развития разных регионов страны существенно различаются по многим факторам и показателям. Это делает условия предоставления платных медицинских услуг различными не только по количеству предоставления и видам, но и по ценовой категории и другим параметрам.

Информация, которая получена в ходе проведенного маркетингового исследования в области платных медицинских услуг, оказываемых частными медицинскими учреждениями в Краснодарском крае, может быть эффективно использована не только частными лицами для инвестирования в развитие ассортимента оборудования для предоставления платных медицинских услуг, внедрения ряда новых видов услуг, а также финансирования получения недостающих компетенций персоналом медицинских

учреждений в целях повышения качества предоставляемых платных медицинских услуг. Она будет полезна и для врачей в отношении предоставления информации о фактическом состоянии спроса на ту или иную платную услугу, для корректировки спроса на ряд услуг, грамотной организации рекламы услуг и регулирования целого ряда неценовых факторов конкуренции на рынке предоставления платных медицинских услуг в регионе.

Данное исследование может быть интересно также участникам системы государственного здравоохранения для разработки стратегии регулирования количества и местоположения государственных медицинских учреждений и внедрения платных услуг в их деятельность.

### Заключение

Региональные маркетинговые исследования, проводимые в Краснодарском крае, охватывают следующие сферы предоставления платных медицинских услуг: предложение услуг по сохранению жизни, предложению услуг по сохранности и восстановлению здоровья, предложению услуг по лечению острых и хронических заболеваний, косметические услуги, консультационные услуги, малооперативные услуги, экспертные, организационные, лечебно-диагностические, гигиенические, санитарные, стационарные, поликлинические и др.

В целом на рынке платных медицинских услуг лидерами являются такие отрасли медицины, как гинекология, офтальмология, стоматология и косметология.

Сильными сторонами платных медицинских услуг, определенных при проведении регионального маркетингового исследования платных медицинских услуг Краснодарского края, можно назвать достаточно равновесное соотношение цены и качества, комплексность услуг, гарантии, использование современных технологий, наличие системы обучения медицинского персонала, выстроенные партнерские отношения с оптовыми компаниями, работу по ОМС.

Проведение маркетинговых исследований, особенно в регионах, необходимо для разработки программ платных медицинских учреждений в аспекте предоставления качественных, с полным ассортиментом, медицинских услуг в условиях высокой конкуренции.

Медицинские учреждения в борьбе за пациентов вынуждены активно применять различные маркетинговые программы, рекламные ходы, изучать пациентов, рынок для того, чтобы предоставлять качественную платную услугу и разрабатывать такой пе-

## Реформы здравоохранения

речень услуг медицинского учреждения, который способствовал бы повышению его конкурентных преимуществ и помогал оздоровлению населения.

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

### ЛИТЕРАТУРА

1. Вялкova А. И. Управление и экономика здравоохранения: учеб. пособие. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2014.
2. Центр фундаментальных исследований. Отчет «Направления и механизмы формирования интегрированной, транспарентной и эффективной системы здравоохранения». М.: НИУ ВШЭ; 2012.
3. Ham C. Payment systems and incentives to support integrated care. The King's Fund; 2013.
4. West C. Marketing Research. Macmillan Business Masters. Chippenham, Antony Rowe Ltd.
5. Бондаренко Н. В., Красильникова Д. Н., Чирикова А. Е., Шейман И. М., Шишкин С. В. Расширение потребительского выбора в здравоохранении: теория, практика, перспективы. Шейман И. М., Шишкин С. В. (ред.). М.: ИД ВШЭ; 2012.
6. Шевский В. И., Шейман И. М. Проблемы формирования интегрированной системы здравоохранения. *Вопросы государственного и муниципального управления*. 2013;(3):24—43.
7. Ануриh В., Муромкина И., Евтушенко Е. Маркетинговые исследования потребительского рынка. СПб.: Питер; 2014.
8. Коробкова О. К., Третьяков М. М. Категория «Рынок медицинских услуг»: понятие, классификация, значение. В сб.: Научные исследования и их практическое применение. Современное состояние и пути развития ?2010. Сборник научных трудов по материалам международной научно-практической конференции. Т. 13. Экономика. Одесса: Черноморье; 2010. С. 35—40.
9. Полянская Е. В. Понятие «медицинская услуга» и основные подходы к ее классификации. *Молодой ученый*. 2010;(1—2):244—7. Режим доступа: <https://moluch.ru/archive/13/1179/> (дата обращения 23.02.2019).
10. Шевский В. И., Шейман И. М., Ахметзянов А. Р., Зарочинцева И. В. Интеграция усилий медицинских организаций при оказании пациентам медицинской помощи: мнение врачей. *Здравоохранение*. 2013;(6—7):23—49.
11. Тогунов И. А. Теория управления рынком медицинских услуг. Монография. Владимир: Собор; 2017.
12. Мурзабаева Э.Б., Исмаилов И.З. Маркетинговая оценка препаратов, применяемых в г. Бишкек для лечения заболеваний, связанных с нарушением кислотности. *Вестник Авиценны*. 2020. Т. 22. № 1. С. 67—73.

### REFERENCES

1. Vyalkova A. I. Health Management and Economics: A Tutorial [*Upravleniye i ekonomika zdnavookhraneniya: ucheb. posobiye*]. Moscow: GEOTAR-Media; 2014 (in Russian).
2. Center for Basic Research. Report “Directions and mechanisms for the formation of an integrated, transparent and effective healthcare system” [*Tsentr fundamentalnykh issledovaniy. Otchet «Napravleniya i mekhanizmy formirovaniya integrirovannoy, transparentnoy i effektivnoy sistemy zdnavookhraneniya»*]. Moscow: HSE; 2012 (In Russian).
3. Ham C. Payment systems and incentives to support integrated care. The King's Fund; 2013.
4. West C. Marketing Research. Macmillan Business Masters. Chippenham. Wiltshire. Antony Rowe Ltd.
5. Bondarenko N. V., Krasilnikova D. N., Chirikova A. E., Sheyman I. M., Shishkin S. V. Expanding consumer choice in healthcare: theory, practice, prospects [*Rasshireniye potrebitelskogo vybora v zdnavookhraneni: teoriya, praktika, perspektivy*]. Sheyman I. M., Shishkin S. V. (eds). Moscow: HSE; 2012 (in Russian).
6. Shevskiy V. I., Sheyman I. M. Problems of forming an integrated health system. *Voprosy gosudarstvennogo i munitsipalnogo upravleniya*. 2013;(3):24—43 (in Russian).
7. Anurin V., Muromkina I., Evtushenko E. Consumer Market Research [*Marketingovyye issledovaniya potrebitelskogo rynka*]. St. Petersburg: Piter; 2014 (in Russian).
8. Korobkova O. K., Tret'jakov M. M. The category of “health care services market”: concept, classification, value. In: Scientific research and its practical application. Current state and development of 2010. Collection of scientific papers of the international scientific-practical conference. Vol. 13. Economy [*Nauchnye issledovaniya i ih prakticheskoe primeneniye. Sovremennoe sostojanie i puti razvitiya ?2010. Sbornik nauchnykh trudov po materialom mezhdunarodnoj nauchno-prakticheskoy konferencii. Vol. 13. Ekonomika*]. Odessa: Chernomor'e publ, 2010. P. 35—40 (in Russian).
9. Polyanskaya E. V. The concept of “medical service” and the main approaches to its classification. *Molodoy uchenyy*. 2010;1(1—2):244—7. Available at: <https://moluch.ru/archive/13/1179/> (accessed 23.02.2019) (in Russian).
10. Shevskiy V. I., Sheyman I. M., Akhmetzyanov A. R., Zarochintseva I. V. Integration of efforts of medical organizations in providing patients with medical care: the opinion of doctors. *Zdnavookhraneniye*. 2013;(6—7):23—49 (in Russian).
11. Togunov I. A. Theory of medical services market management. Monograph [*Teoriya upravleniya rynkom meditsinskikh uslug. Monografiya*]. Vladimir: Sobor; 2017 (in Russian).
12. Murzabaeva EB, Ismailov IZ. Marketingovaya otsenka preparatov, primenyaemykh v g. Bishkek dlya lecheniya zabolevaniy, svyazannykh s narusheniem kislotnosti [*Marketing assessment of drugs used for treatment of acid-related diseases in Bishkek*]. *Vestnik Avitsenny [Avicenna Bulletin]*. 2020. V. 22. № 1. S. 67—73.

# Образование и кадры

© Коллектив авторов, 2020  
УДК 614.2

**Аксенова Е. И.<sup>1</sup>, Камынина Н. Н.<sup>1,2</sup>, Хетагурова А. К.<sup>1</sup>, Подчернина А. М.<sup>1</sup>**

## К ВОПРОСУ О КАДРОВОМ ОБЕСПЕЧЕНИИ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ В УСЛОВИЯХ СТРУКТУРНЫХ ПРЕОБРАЗОВАНИЙ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ

<sup>1</sup>ГБУ г. Москвы «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы», 115088, г. Москва;  
<sup>2</sup>ФГАУ ВО «Российский университет дружбы народов», 117198, г. Москва

*Представлены результаты анализа численности и структуры врачей и специалистов со средним медицинским образованием системы здравоохранения города Москвы. Результаты проведенного исследования показали, что в 2019 г. обеспеченность населения (на 10 тыс. человек) врачами и специалистами со средним медицинским образованием снизилась в сравнении с 2014 г. с 39,4 до 37,1 и с 74,2 до 55,7 соответственно. Укомплектованность занятых ставок врачебных должностей выросла с 84,6% в 2014 г. до 87% в 2019 г., также увеличилась укомплектованность ставок (по занятым должностям среднего медицинского персонала) с 84,9 до 87,4% соответственно. Следует отметить рост укомплектованности физическими лицами по врачам и среднему медицинскому персоналу с 66,8 до 79,8% и с 69,4 до 79% соответственно. Коэффициент совместительства составил 1,1 по врачебным должностям и должностям среднего медицинского персонала. Требуют дальнейшего решения вопросы, связанные с низкой укомплектованностью и высоким коэффициентом совместительства по отдельным врачебным должностям и должностям среднего медицинского персонала.*

*Ключевые слова:* динамика кадровых ресурсов; кадры; кадровая политика; кадровый потенциал; медицинские организации; укомплектованность; коэффициент совместительства.

**Для цитирования:** Аксенова Е. И., Камынина Н. Н., Хетагурова А. К., Подчернина А. М. К вопросу о кадровом обеспечении медицинских организаций в условиях структурных преобразований системы здравоохранения города Москвы. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2020;28(3):486—490. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2020-28-3-486-490>

**Для корреспонденции:** Камынина Наталья Николаевна, д-р мед. наук, заместитель директора по научной работе НИИ организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения г. Москвы, e-mail: [KamyninaNN@zdrav.mos.ru](mailto:KamyninaNN@zdrav.mos.ru)

**Aksenova E. I.<sup>1</sup>, Kamynina N. N.<sup>1,2</sup>, Khetagurova A. K.<sup>1</sup>, Podchernina A. M.<sup>1</sup>**

## ON THE ISSUE OF PERSONNEL SUPPORT OF MEDICAL ORGANIZATIONS IN CONDITIONS OF STRUCTURAL TRANSFORMATION OF HEALTH CARE SYSTEM OF THE CITY OF MOSCOW

<sup>1</sup>The State Budget Institution of Moscow “The Research Institute of Organization of Health Care and Medical Management of the Moscow Health Care Department”, 115088, Moscow, Russia;

<sup>2</sup>The Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education “The Peoples’ Friendship University of Russia” (RUDN University), 117198, Moscow, Russia

*The article presents the results of analysis of the number and structure of physicians and specialists with secondary medical education in the Moscow health care system. The results of study demonstrated that in 2019, the support of the population with physicians and specialists with secondary medical education decreased as compared with 2014 from 39.4 to 37.1 and from 74.2 to 55.7 (per 10 thousand people) respectively. The number of occupied medical positions increased from 84.6% in 2014 to 87% in 2019, the staffing rates (for occupied positions of secondary medical personnel) also increased from 84.9% to 87.4%. It was established that the staffing of individuals, both for physicians and paramedical personnel, increased from 66.8% to 79.8% and from 69.4% to 79.0%, respectively. The concurrency coefficient was 1.1 (for medical positions and positions of secondary medical personnel). The issues related to low staffing levels and high co-employment rates for individual medical positions and positions of secondary medical personnel require further resolution.*

*Keywords:* dynamics of human resources; personnel; personnel policy; personnel potential; medical organizations; staffing; concurrency coefficient.

**For citation:** Aksenova E. I., Kamynina N. N., Khetagurova A. K., Podchernina A. M. On the issue of personnel support of medical organizations in conditions of structural transformation of health care system of the City of Moscow. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniia i istorii meditsini*. 2020;28(3):486—490 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2020-28-3-486-490>

**For correspondence:** Kamynina N. N., doctor of medical sciences, the State Budget Institution of Moscow “The Research Institute of Organization of Health Care and Medical Management of the Moscow Health Care Department”. e-mail: [KamyninaNN@zdrav.mos.ru](mailto:KamyninaNN@zdrav.mos.ru)

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

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

Received 28.11.2019  
Accepted 23.01.2020

### Введение

Системы здравоохранения могут функционировать только с помощью работников здравоохране-

ния. Улучшение охвата услугами здравоохранения и показателей здоровья зависит от их наличия, доступности и способности оказывать приемлемые и

## Образование и кадры

качественные услуги [1, 2]. Специалисты, работающие в системе здравоохранения, являются наиболее значимым и ценным ее компонентом. Отсутствие необходимого числа и оптимального структурного состава медицинских специалистов не позволяет обеспечить население необходимой, доступной и качественной медицинской помощью [3, 4].

Структурные преобразования отечественной системы здравоохранения, включая национальный проект «Здравоохранение», предусматривают комплекс мероприятий, направленных на обеспечение отрасли квалифицированными кадрами, поэтапное сокращение дефицита медицинских кадров и устранение кадровой диспропорции [5, 6]. Реализация намеченных мер в каждом субъекте Российской Федерации имеет особенности, обусловленные прежде всего состоянием социально-экономического развития, демографическими процессами, географическим положением, состоянием экологии.

Государственная система здравоохранения г. Москвы реализует государственную политику в сфере здравоохранения, обеспечивающую необходимые условия для оказания гражданам доступной и высококачественной медицинской помощи в г. Москве [7]. Руководимая Департаментом здравоохранения г. Москвы государственная система здравоохранения г. Москвы в последние годы стремительно развивается и оснащается самыми передовыми оборудованием и технологиями. Сейчас отрасль столичного здравоохранения представляет собой многопрофильную, взаимосвязанную и постоянно развивающуюся систему подведомственных медицинских организаций, в которой работает почти 120 тыс. специалистов с высшим и средним медицинским образованием.

Деятельность Департамента здравоохранения г. Москвы направлена на устранение структурного и управленческого дисбаланса, улучшение материально-технической базы медицинских организаций, внедрение информационных технологий, решение кадровых вопросов, связанных с подготовкой и обеспечением медицинских организаций высококвалифицированными специалистами, умеющими применять на практике сложные, высокотехнологичные и инновационные лечебно-диагностические, реабилитационные технологии и методики.

Цель исследования — проанализировать тенденции, характеризующие кадровую обеспеченность медицинских организаций Департамента здравоохранения г. Москвы в 2014—2019 гг.

### Материалы и методы

Основой исследования явились годовые статистические отчеты органа управления здравоохранением субъекта Российской Федерации за 2014—2019 гг. с использованием данных формы статистического наблюдения № 30 «Сведения о медицинской организации», содержащей сведения по штатам и числу медицинских работников в организациях, подчиненных Департаменту здравоохранения г. Москвы. В ходе исследования использовались методы

описательной статистики, расчета экстенсивных, интенсивных показателей, параметров распределения.

### Результаты исследования

Согласно данным статистического наблюдения, общая численность врачей (основных работников), работающих в медицинских организациях, подведомственных Департаменту здравоохранения г. Москвы, в 2019 г. составила 46 785, специалистов со средним медицинским образованием — 70 306. Наибольшее количество лиц с высшим медицинским образованием в 2019 г. работало на должностях анестезиологов-реаниматологов ( $n=3028$ ), акушеров-гинекологов ( $n=2651$ ), педиатров ( $n=4658$ ), терапевтов ( $n=3106$ ), врачей общей практики / семейных врачей ( $n=3102$ ). По сравнению с 2014 г. первые три указанные группы имели тенденцию к росту, число терапевтов сократилось за счет переобучения и трудоустройства на должности врачей общей практики / семейных врачей.

Наибольшее количество ( $n=15\,164$ ) лиц со средним медицинским образованием в 2019 г. работало в должностях медицинских сестер палатных (постовых), фельдшеров ( $n=8822$ ). Снижение доли лиц, работавших в должностях медицинских сестер участковых врачей-терапевтов участковых в 2019 г., также связано с переобучением и трудоустройством лиц на должности медицинских сестер врачей общей практики/семейных врачей.

По сравнению с 2014 г. доля врачей, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, увеличилась на 1,2% и составила 35,7%. Аналогичная тенденция отмечена и для лиц со средним медицинским образованием: доля таких специалистов, участвующих в оказании медицинской помощи в стационарных условиях, увеличилась на 2,1% и составила 45,9%.

Обеспеченность населения врачами в г. Москве в период с 2014 по 2018 г. имела существенные колебания, но все же превышала российские показатели (в 2014 г. — 39,4, в 2019 г. — 37,1). В разрезе отдельных должностей увеличилась обеспеченность врачами общей практики / семейными врачами (на 10 тыс. населения) с 0,01 в 2014 г. до 2,46 в 2019 г., участковыми с 1,4 в 2014 г. до 1,7 в 2019 г., скорой медицинской помощи с 0,01 в 2014 г. до 0,11 в 2019 г., паллиативной медицинской помощи с 0 в 2014 г. до 0,13 в 2019 г.

Обеспеченность специалистами со средним медицинским образованием в указанный период оставалась ниже российских показателей и имела аналогичную тенденцию к снижению (в 2014 г. — 74,2, в 2019 г. — 55,7 на 10 тыс. населения). Увеличение обеспеченности произошло по должностям медицинских сестер врачей общей практики/семейных врачей с 0,01 в 2014 г. до 1,26 в 2019 г. (см. таблицу).

На фоне общего снижения числа штатных должностей в медицинских организациях произошло увеличение числа должностей врачей общей практики (на 17 961%), детских онкологов (на 105%), специа-

**Обеспеченность медицинским персоналом по отдельным профилям деятельности**

| Наименование должности   | Обеспеченность в целом по организации, на 10 тыс. населения |         | Прирост/убыль, % |
|--|---|---------|------------------|
|  | 2014 г.   | 2019 г. |                  |
| <b>Врачи</b>   |   |         |                  |
| Общей практики/семейные врачи  | 0,01  | 2,46    | +24 500          |
| Гематологи   | 0,09  | 0,13    | +45              |
| Педиатры участковые, включая педиатров участковых приписных участков | 1,37  | 1,66    | +21              |
| <b>Специалисты со средним медицинским образованием</b>               |   |         |                  |
| Медицинские сестры врачей общей практики/семейных врачей             | 0,01  | 1,26    | +12 500          |
| Фельдшеры  | 6,58  | 6,99    | +6               |

листов по паллиативной медицинской помощи (на 1181%), по рентгенэндovasкулярным диагностике и лечению (на 62%), медицинской реабилитации (на 30%), медицинских сестер врачей общей практики/семейных врачей (на 12 410%), патронажных медицинских сестер (на 617%).

Важно отметить, что процесс увеличения штатных должностей сопровождался увеличением числа физических лиц и числа занятых ставок. Так, по должностям врачей общей практики/семейных врачей число занятых ставок выросло в 202,3 раза, детских онкологов — на 92%, по паллиативной медицинской помощи — в 23 раза, медицинских сестер врачей общей практики / семейных врачей — в 153 раза, патронажных медицинских сестер — в 18 раз.

Укомплектованность врачебных ставок (по занятым должностям) выросла с 84,6% в 2014 г. до 87% в 2019 г. Рост отмечен по многим должностям, кроме должностей руководителей организаций и их заместителей (снижение с 94,2 до 9%), диетологов (с 67 до 66,2%), кардиологов детских (с 84,1 до 79,4%), врачей клинической лабораторной диагностики (с 85,1 до 83,7%), колопроктологов (с 87,5 до 83%), детских онкологов (с 81,9 до 76,7%), медицинских реабилитологов (с 40,9 до 31,6%), психиатров (с 87,9 до 83,8%), психиатров детских (с 87,1 до 74,1%), пульмонологов (с 79,9 до 70,2%).

В 2019 г. укомплектованность выше 90% в подразделениях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, достигнута по должностям неонатологов (100%), врачей по медико-социальной экспертизе (100%), терапевтов подростковых (100%), психиатров-наркологов (95,3%), педиатров участковых (94,9%), урологов (93,2%), акушеров-гинекологов (92,8%), хирургов (92,6%), травматологов-ортопедов (90,9%), эндокринологов (90,2%) и детских эндокринологов (90,2%).

В подразделениях, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, укомплектованность выше 95% в 2019 г. отмечена по должностям врачей-лаборантов (100%), челюстно-лицевых хирургов (96,3%), нефрологов (95,3%), токсикологов (95,3%), ревматологов (95,2%).

Укомплектованность физическими лицами врачебных должностей в 2019 г. составила 79,8%, что

выше аналогичного показателя за 2014 г. (66,8%). Наибольшая укомплектованность по данному показателю отмечается в группах должностей: эндокринологов (101,4%), врачей по медико-социальной экспертизе (100%), терапевтов подростковых (100%), педиатров участковых (99,1%), офтальмологов (94,8%), дерматовенерологов (92,6%), эндокринологов детских (92,5%), терапевтов участковых (92,1%), руководителей организаций и их заместителей (90,6%). Наименьшие показатели укомплектованности физическими лицами врачебных должностей в 2019 г. установлены по должностям медицинских реабилитологов (28,1%) и профпатологов (36,2%).

Коэффициент совместительства составил в 2019 г. 1,1 (в подразделениях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, — 1, в подразделениях, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, — 1,2). Наименьший коэффициент совместительства (0,9) наблюдается по должностям гастроэнтерологов, офтальмологов, терапевтов участковых, эндокринологов. Остается высоким коэффициент совместительства у врачей по радиационной гигиене (1,8), профпатологов (1,8 в подразделениях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях), гериатров, детских онкологов и нейрохирургов (1,6 в подразделениях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях), фтизиатров участковых (1,5 в подразделениях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях), врачей по рентгенэндovasкулярным диагностике и лечению (1,4), радиологов (1,4 в подразделениях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях), урологов-андрологов детских и фтизиатров (1,4), фармакологов клинических (в подразделениях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, — 1,7, в подразделениях, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, — 1,3), торакальных хирургов (в подразделениях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, — 1,5, в подразделениях, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, — 1,4).

Укомплектованность ставок по занятым должностям среднего медицинского персонала увеличилась с 84,9% в 2014 г. до 87,4% в 2019 г. Наиболее значительный рост отмечен по должностям медицинских сестер патронажных (с 32,1% в 2014 г. до 80,7% в 2019 г.), зубных техников (с 67,3 до 88,7%), медицинских сестер врачей общей практики/семейных врачей (с 70 до 85,6%).

Укомплектованность выше 90% в подразделениях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, в 2019 г. отмечена по должностям медицинских сестер перевязочной (90,8%), акушеров (90,4%), в подразделениях, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, — по должностям медицинских сестер патронажных (100%), фельдшеров (100%), акушеров (94,2%), медицинских лабораторных техников (92,5%), медицинских технологов (92,3%), медицинских сестер приемного отделения (92,2%), медицинских сестер опера-

## Образование и кадры

ционных (91,4%), медицинских сестер палатных (постовых) — 90,8%.

Укомплектованность физическими лицами должностей среднего медицинского персонала в 2019 г. составила 79%, что выше аналогичного показателя за 2014 г. (69,4%), но ниже показателя укомплектованности врачебных должностей в 2019 г. (79,8%). Наибольшая укомплектованность физическими лицами отмечается по должностям старших медицинских сестер (92,7%), медицинских сестер по функциональной диагностике (86,9%), акушерок (86,7%), медицинских сестер по массажу (85,9%), медицинских сестер участковых врачей-терапевтов участковых (85,3%), зубных техников (85%), медицинских сестер врачей общей практики / семейных врачей (84,5%). Наименьшими показателями укомплектованности физическими лицами должностей среднего медицинского персонала в 2019 г. были по должностям инструкторов по трудовой терапии (13%), медицинских сестер медико-социальной помощи (22,8%).

Коэффициент совместительства по должностям среднего медицинского персонала в 2019 г. составил 1,1. Наименьшие коэффициенты совместительства выявлены по должностям гигиенистов стоматологических (0,8), медицинских сестер по массажу (0,9 в подразделениях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях). Остается высоким коэффициент совместительства у инструкторов по трудовой терапии (4,3), медицинских сестер медико-социальной помощи (2,6), медицинских сестер диетических и медицинских сестер-анестезистов (1,5 в подразделениях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях), лаборантов (1,4 в подразделениях, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях).

## Обсуждение

В медицинских организациях г. Москвы ведется планомерная работа по приведению в соответствие численности и структуры медицинских кадров существующим потребностям населения в оказании доступной и высококачественной медицинской помощи. Каждое видимое изменение количественного и качественного состава взаимосвязано со структурными преобразованиями системы здравоохранения г. Москвы.

Так, внедрение института врачей общей практики/семейных врачей способствовало расширению компетенций участковой службы, приближению к пациенту некоторых видов специализированной помощи. С этой целью к 2019 г. в медицинских организациях было создано 3567 рабочих мест, на которых трудятся 3102 врача общей практики/семейных врача.

Следствием создания на территории г. Москвы «Инсультной сети» стало увеличение ставок врачей по рентгеноваскулярной диагностике и лечению (с 164,75 в 2014 г. до 266,75 в 2019 г.), на которых в

2019 г. работало 173 специалиста, тогда как в 2014 г. — только 85. Одновременно увеличилось и количество операционных медицинских сестер (с 2252 в 2014 г. до 2325 в 2019 г.).

Увеличение числа штатных должностей врачей по паллиативной медицинской помощи (с 21,5 в 2014 г. до 275,5 в 2019 г.), на которых в 2019 г. работало 160 специалистов (в 2014 г. — 5), позволило обеспечить своевременное оказание паллиативной медицинской помощи населению г. Москвы.

## Заключение

В деятельности Департамента здравоохранения г. Москвы решение кадровых вопросов является одной из приоритетных задач. В последние годы Москве удалось по целому ряду показателей (смертность от всех причин, смертность населения трудоспособного возраста, ожидаемая продолжительность жизни при рождении) достичь целевых значений показателей программы «Столичное здравоохранение». Однако остаются нерешенными вопросы, связанные с низкой укомплектованностью и высоким коэффициентом совместительства по отдельным врачебным должностям и должностям среднего медицинского персонала, что является предметом дальнейшего анализа и обсуждения на различных уровнях управления.

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

## ЛИТЕРАТУРА

1. World Health Assembly, 69. (2016) Global strategy on human resources for health: workforce 2030. World Health Organization. Режим доступа: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/252799> (дата обращения 13.02.2020).
2. World Health Organization. Millennium Development Goals (MDGs). Режим доступа: [https://www.who.int/topics/millennium\\_development\\_goals/about/ru/](https://www.who.int/topics/millennium_development_goals/about/ru/) (дата обращения 13.02.2020).
3. Щепин В. О. Обеспеченность населения Российской Федерации основным кадровым ресурсом государственной системы здравоохранения. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2014;(6):24—8.
4. 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. doi: 10.18821/0869-866X-2017-25-3-172-174
5. Указ Президента РФ от 07.05.2018 № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года». СПС КонсультантПлюс. Режим доступа: <http://www.consultant.ru/> (дата обращения 13.02.2020).
6. Паспорт национального проекта «Здравоохранение» (Утвержден президентом Совета при Президенте РФ по стратегическому развитию и национальным проектам, протокол от 24.12.2018 № 16). СПС КонсультантПлюс. Режим доступа: <http://www.consultant.ru/> (дата обращения 13.02.2020).
7. Постановление Правительства Москвы от 04.10.2011 № 461-ПП «Об утверждении Государственной программы города Москвы «Развитие здравоохранения города Москвы (Столичное здравоохранение)». СПС КонсультантПлюс. Режим доступа: <http://www.consultant.ru/> (дата обращения 13.02.2020).
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: издательство «Директ-Медиа», 2019.

## REFERENCES

1. World Health Assembly, 69. (2016) Global strategy on human resources for health: workforce 2030. World Health Organization. Available at: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/252799> (accessed 13.02.2020).
2. World Health Organization. Millennium Development Goals (MDGs). Available at: [https://www.who.int/topics/millennium\\_development\\_goals/about/ru/](https://www.who.int/topics/millennium_development_goals/about/ru/) (accessed 13.02.2020).
3. Schepin V. O. The provision of population of the Russian Federation with basic personnel resource of public health care system. *Problemy social'noj gigieny, zdravookhraneniya i istorii mediciny*. 2013;(6):24—8 (in Russian).
4. Zudin A. B. The problems of personnel support as an actual tendency in development of national health systems. *Problemy social'noj gigieny, zdravookhraneniya i istorii mediciny*. 2017;25(3):172—4 (in Russian).
5. Decree of the President of the Russian Federation of 07.05.2018 N 204 «On national goals and strategic objectives of the development of the Russian Federation for the period up to 2024» [*Ukaz Prezidenta RF ot 07.05.2018 № 204 «O natsional'nykh tselyakh i strategicheskikh zadachakh razvitiya Rossiyskoy Federatsii na period do 2024 goda»*]. SPS ConsultantPlus. Available at: <http://www.consultant.ru/> (accessed 13.02.2020) (in Russian).
6. Passport of the national project «Healthcare» (approved by the Presidium of the Council under the President of the Russian Federation for strategic development and national projects, Protocol of 24.12.2018 N 16) [*Pasport natsional'nogo proekta «Zdravookhranenie» (Utverzhden prezidiumom Soveta pri Prezidente RF po strategicheskomu razvitiyu i natsional'nykh proektam, protokol ot 24.12.2018 № 16)*]. SPS ConsultantPlus. Available at: <http://www.consultant.ru/> (accessed 13.02.2020) (in Russian).
7. Decree Of the government of Moscow from 04.10.2011 N 461-ПП «About the approval of the State program of the city of Moscow «Development of health care of the city of Moscow (Capital health care)» [*Postanovlenie Pravitel'stva Moskvy ot 04.10.2011 № 461-PP «Ob utverzhdenii Gosudarstvennoy programmy goroda Moskvy «Razvitie zdravookhraneniya goroda Moskvy (Stolichnoe zdravookhranenie)»*]. SPS ConsultantPlus. Available at: <http://www.consultant.ru/> (accessed 13.02.2020) (in Russian).
8. 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: izdatel'stvo «Direkt-Media», 2019.

# История медицины

© Затравкин С. Н., Вишленкова Е. А., 2020  
УДК 614.2

**Затравкин С. Н.<sup>1,2</sup>, Вишленкова Е. А.<sup>2</sup>**

## ПРИНЦИПЫ СОВЕТСКОЙ МЕДИЦИНЫ: ИСТОРИЯ СОЗДАНИЯ

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

<sup>2</sup>НИУ «Высшая школа экономики», 107000, г. Москва

*В статье выявлены обстоятельства рождения понятия «советская медицина» и прослежена эволюция ее принципов — понимание ключевых особенностей. Экстрагируя их формулировки из программных текстов большевиков, журнальных публикаций медицинских администраторов, протоколов заседаний историков медицины и учебников по организации здравоохранения, авторы показали, как за 100 лет (1918—2018) довольно радикально поменялось их значение, объяснили, как и почему утрачивались былые смыслы и сакрализировалась форма высказывания.*

**Ключевые слова:** история медицины; история советского здравоохранения.

**Для цитирования:** Затравкин С. Н., Вишленкова Е. А. Принципы советской медицины: история создания. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2020;28(3):491—498. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2020-28-3-491-498>

**Для корреспонденции:** Затравкин Сергей Наркизович, д-р мед. наук, профессор, главный научный сотрудник отдела истории медицины ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья имени Н. А. Семашко», e-mail: [zatravkine@mail.ru](mailto:zatravkine@mail.ru)

**Zatravkin S. N.<sup>1</sup>, Vishlenkova E. A.<sup>2</sup>**

## THE PRINCIPLES OF THE SOVIET MEDICINE: HISTORY OF ESTABLISHMENT

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

<sup>2</sup>The National Research Institute “The Higher School of Economics”, 107000, Moscow, Russia

*The article reveals the conditions for creation of concept of “the Soviet medicine” and traces the evolution of its principles i.e. the understanding of its key features. The source base was created on extracted their formulations from the program texts of Bolsheviks, journal publications of medical administrators, minutes of meetings of historians of medicine and textbooks on the organization of health care. The study demonstrated how during the hundred years (1918—2018) the semantics of formulations changed quite radically. The explanation is proposed concerning how and why the former meanings were lost and the form of statements sacralized.*

**Keywords:** history of medicine; history of Soviet health care.

**For citation:** Zatravkin S. N., Vishlenkova E. A. The principles of the Soviet medicine: history of establishment. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2020;28(3):491—498 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2020-28-3-491-498>

**For correspondence:** Zatravkin S. N., doctor of medical sciences, professor, the Chief Researcher of the Department of History of Medicine of the N. A. Semashko National Research Institute of Public Health. e-mail: [zatravkine@mail.ru](mailto:zatravkine@mail.ru)

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

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

Received 02.12.2019

Accepted 23.01.2020

Почти все многочисленные публикации советского времени по истории и теории здравоохранения структурированы перечнем основополагающих или организационных принципов этой системы медицинской помощи. «В СССР создана подлинно общенародная система здравоохранения, основанная на ленинских принципах бесплатности и общедо-

ступности медицинской помощи, профилактики, единства науки и практики, активного участия общественности в оздоровительных мероприятиях»<sup>1</sup>.

Однако ни один историк медицины не сможет обнаружить эти заветы в трудах и выступлениях В. И. Ленина. Этого не смогли сделать даже И. А. Слонимская и Т. П. Новикова, много лет изучавшие многотомное наследие вождя революции и компилировавшие его высказывания по медицинским вопросам<sup>2</sup>. Откуда же взялись скрижали советского здравоохранения, воспроизводимые и сегодня в

Статья подготовлена в результате проведения исследования в рамках Программы фундаментальных исследований Национального исследовательского университета «Высшая школа экономики» (НИУ ВШЭ) и с использованием средств субсидии в рамках государственной поддержки ведущих университетов Российской Федерации «5-100» и Государственного задания ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья имени Н. А. Семашко» по теме 0528-2019-0005 № государственной регистрации АААА-А19-119012290152-7.

<sup>1</sup>«Основные направления развития охраны здоровья населения и перестройки здравоохранения СССР в двенадцатой пятилетке и на период до 2000 года». Утверждены Постановлением ЦК КПСС и Совета Министров СССР № 1318 от 19 ноября 1987 г.

университетских учебниках по истории медицины? [1].

В данной статье мы обращаемся к истории рождения и эволюции исторического понятия «советская медицина». Разработанные в рамках *Begriffsgeschichte* методы позволяют снимать семантические напластования с таких терминов и обнаруживать их многослойность<sup>3</sup>. С их помощью мы выявляли смыслы, которые вкладывали в понятие «советская медицина» современники, и объясняли обстоятельства их порождения.

### Задачи советской медицины

Принципы советской медицины рождались в совершенно определенной политической обстановке и были ответом большевиков на полемический вызов. Они были сформулированы в постановлении I Съезда медико-санитарных отделов Советов рабочих, крестьянских и солдатских депутатов (Москва, 15—18 июня 1918 г.). На этом собрании будущие нарком здравоохранения РСФСР Н. А. Семашко и его заместитель З. П. Соловьев выступили с разоблачениями оппонентов — отказавшихся сотрудничать с советской властью врачей, так называемых пироговцев<sup>4</sup>.

Эта полемика началась задолго до съезда. У пироговцев был орган печати — «Общественный врач», который позволял врачебной элите транслировать свои предложения и решения, популяризировать медицинские открытия и формировать корпоративную идеологию. Приехавшие весной 1918 г. в Москву Н. А. Семашко и З. П. Соловьев добивались создания альтернативной и независимой от врачебной корпорации системы здравоохранения для Советской Республики. Большевики создали к тому времени Совет врачебных коллегий, который управлял малочисленной группой врачей, вставших на сторону советской власти. Их предстояло усилить медиками, срочно «изготовленными» из рабочих и крестьян, сплотить организационно и сделать единомышленниками. Для разоблачения идеологии конкурентов Н. А. Семашко и З. П. Соловьев использовали ленинский опыт партийной мобилизации. Они приступили к изданию «Известий советской медицины» — журнала, на страницах которого предстояло разоблачать идейных противников и формировать единомышленников.

<sup>3</sup> РГАНДТ. Ф.177 «Научные отчеты сотрудников Института организации здравоохранения им Семашко». Оп. 2. Т. 1 Д. 26; Слонимская И. А. Врачи о работах и деятельности которых упомянуто в сочинениях В. И. Ленина. 1946. 112. Д. 180; Новикова Т. П. Теоретические истоки советского здравоохранения в трудах В. И. Ленина и И. В. Сталина. 1950. Л.35; Д. 217 Новикова Т. П. Теоретические истоки советского здравоохранения в решениях ВКП(б). Т. 1. 1951. Л. 90. и Д. 218 То же. Т. 2. 1951. Л. 50.; Д. 219 То же. Т. 3. 1951. 75 с.; Д. 220. То же. 1951. 397 с.; Д. 231. Слонимская И. А. Теоретические истоки советского здравоохранения в трудах В. И. Ленина. Т. 1. 1951. 195 с.; Д. 232. То же. Т. 2 249 с.; Д. 233. То же. Т. 3 195 с.; Д. 24. То же. Т. 4. 178 с.

<sup>4</sup> Описание методов, разработанных школой Р. Козеллека [2].

<sup>5</sup> Так большевики называли членов Общества русских врачей имени Пирогова, а также участников «пироговских съездов», на которых врачебная корпорация принимала согласованные решения.

Проблема заключалась в том, что пироговцы провозглашали бесплатную медицинскую помощь, доступную для всех, общественную медицину и ратовали за социальную гигиену. В дореволюционные времена эти лозунги были близки большевикам. После обретения власти они объявили все это «буржуазным народолюбием», а пропагандистов этих идеологов — саботажниками [3].

В программной статье к первому номеру «Известий советской медицины» анонимный автор (Соловьев или Барсуков) писал о рождении и существовании новой «советской медицины» [4]. В противовес пироговцам, отстаивавшим профессионализм в оказании медицинской помощи и патронаж врачей в отношении пациентов, большевистские идеологи здравоохранения ратовали за демократизацию данной сферы — передачу медицинского контроля представителям народа, за пролетаризацию врачебной профессии, отказ от корпоративности и подчинение всех лечебных заведений органам диктатуры пролетариата. Именно в этом значении — устранения конкурентов в виде частных врачей и общественных организаций — тогда понимался призыв большевиков к государственной медицине.

Со страниц «Общественного врача» пироговцы иронично заметили, что мировая медицина не знает отрасли «советская медицина», что врачи не понимают, как советы рабочих, крестьян и солдат смогут оказывать медицинскую помощь. Подготовленные читатели не нашли в статье партийных медиков те новые начала, которые отличают советскую медицину от какой-либо другой: «ни новых слов, ни новых мыслей, ни новых путей» [3, с. 261].

Это был вызов, на который большевики ответили в статье, посвященной предстоящему I Съезду. В ней обобщался большевистский опыт решения медицинских задач на контролируемых территориях и формулировалась специфика советского здравоохранения. Сочувствующих большевикам врачей автор упорно называл «медицинскими работниками». Автор полагал, что специфической советскую медицину делает ее социальный характер — она для угнетенных и обездоленных. Правда, пироговцы тоже о них заботились. В связи с этим полемист подчеркнул различие позиций: врачи заботились о трудящихся, а большевики отдают медицину в руки рабочих.

На съезд были приглашены не только сочувствующие советской власти врачи, но и рабочие, крестьяне, красноармейцы. Н. А. Семашко выступал перед ними, описывая милитаристским языком фронты, на которых сражаются советские врачи, силу и коварство врагов, в том числе в виде голода и инфекций. Он признавал ограниченные возможности большевиков и уповал на героизм и альтруизм сторонников новой власти.

Впрочем, готового рецепта для создания новой медицины у большевиков не было и, соответственно, не было единогласия в том, какой она должна быть. Публикации в «Известиях советской медицины» и выступления на съезде содержат разнонаправленные проекты здравоохранения. Так, заведующий от-

## История медицины

делом социального страхования Наркомата труда Г. В. Линдов ратовал за пролетарскую страховую медицину [5]. В декабре 1917 г. большевики выпустили декрет о страховании лиц, занятых наемным трудом. Страховая медицина представлялась Г. В. Линдову средством защиты трудящихся и избавлением от не-трудящихся. Советской медициной докладчик имен-вал альтернативную страховую форму медицин-ской помощи, реализуемой через государственные органы; они устарелые, поскольку действуют без учета классовых различий пациентов. С точки зрения Г. Н. Линдова, это временная и вынужденная мера. Задача советской медицины — вытеснить земскую и городскую, а затем слиться со страховой и образо-вать единое социалистическое здравоохранение [6].

Ему бурно возражал член Совета врачебных кол-легий и редактор «Известий советской медицины» И. В. Русаков, считавший, что страховая, т. е. классо-вая, медицина — временное явление. В будущем «должна быть единая Советская, государственная медицина, построенная и развивающаяся по единому плану» [7]. Пролетарская медицина, предостере-гал он, приведет к дифференциации трудящихся, расслоению их на элитные и дискриминируемые группы.

Наэлектризованные воззваниями ораторов участники съезда приняли постановление. Оно со-держало описание проблем советской власти и шесть основных задач для создаваемого здравоохранения. Именно они впоследствии будут переформу-лированы в основы советской медицины. Вероятнее всего, формулировки этих задач принадлежат М. И. Барсукову и З. П. Соловьеву.

1. На тот момент, летом 1918 г., важным было устранение прежних межведомственных рамок и объединение управления медицинскими учрежде-ниями и кадрами («единство управления»). Меди-цинские вопросы были распределены между тремя коллегиями, созданными при комиссариатах вну-тренних дел, путей сообщения и государственного призрения. В условиях скудных финансов, мировой изоляции от поставщиков медикаментов, порушен-ной лечебной инфраструктуры и кадрового голода большевики должны были пойти по пути концен-трации ресурсов<sup>5</sup>.

2. Лечебную медицину предполагалось сделать бесплатной. С одной стороны, это социальная мечта, с другой — это противопоставление большевистских замыслов страховой и частной медицине. Последняя отказывалась подчиниться Советам и поддерживать их финансовой и профессиональной помощью. Как сделать лечебную медицину *бесплатной и общедо-ступной*, съезд умалчивал. Идеологам советской медицины тогда было важно сформулировать проект желаемого и привлекательного для своих сторонни-ков будущего, а не зафиксировать уже существую-щую реальность. Впрочем, М. И. Барсуков заявил,

что с мест приходят сообщения о возникновении «врачебно-санитарных организаций, построенных на принципах советской власти». По его мнению, они образуют линии нового здания — советской медицины [8, с. 7].

3. Имея в виду нехватку врачей и вынужденное приравнивание лекарских учеников к статусу дипло-мированных врачей (что сделали большевики) [8, с. 7], участники съезда поставили задачу поднять ка-чество медицинской помощи, сделать ее *квалифици-рованной*. Это предлагалось решать созданием но-вых медицинских факультетов, массовыми приема-ми на них не только лекарских учеников, но и выход-цев из рабочей и крестьянской среды.

4. Расширение зоны эпидемий вызывало страх пе-ред их последствиями. В связи с этим съезд заявил о необходимости широкой санитарно-просветитель-ной деятельности. Революционная пропаганда рас-пространялась на борьбу с болезнями. Предстояло научить голодных крестьян и нищих горожан со-блюдать санитарно-гигиенические нормы. Для этого подходили проверенные большевиками методы — беседы, лекции, выставки, наглядная агитация среди неграмотных россиян. Это формулировалось как *профилактическая задача*.

5. Съезд предлагал не только демобилизовать ле-карей с фронта, но и вовлечь в медико-санитарную деятельность «организованных рабочих и деревен-скую бедноту» («самодеятельность и сознатель-ность трудящихся»). Им предполагалось компенсиро-вать острый дефицит врачей. Это тоже был ответ пироговцам — большевики намеревались разру-шить «пресловутую врачебную коллегияльность, ко-торая замыкается в узко корпоративный круг» [4, с. 4], победить ее массовостью «медицинского персо-нала» или «медицинских работников».

6. Одна задача была сформулирована в поста-новлении крайне декларативно. Кажется, что она во-обще лишена смысла и больше напоминает полити-ческую декларацию: «Только Советская власть, не-уклонно проводящая начала коммунизма... дает твердое основание для правильной постановки борьбы как с социальными болезнями (туберкулез, венеризм, детская смертность и т. д.), так и с антиса-нитарными жилищными условиями» [9, с. 301]. Оче-видно, такое заявление тоже было частью политиче-ской полемики с пироговцами. Однако на основе этой задачи историкам и идеологам трудно было вы-вести «основы советской медицины», поэтому в дальнейшем их осталось пять.

### От задач к основам

Едва выйдя из эпидемической катастрофы 1921—1923 гг. и продемонстрировав чудовищную неблаго-дарность американским и европейским благотвори-телям и организациям [10], спасавшим умирающих от голода и болезней жителей России, большевист-ские лидеры здравоохранения выпустили юбилей-ное издание «Пять лет советской медицины» [11]. Ее рождение отсчитывалось от учреждения в июле 1918 г. Наркомздрава РСФСР, что автоматически де-

<sup>5</sup> Хотя почти всегда наряду с Наркомздравом и сменившим его Министерством здравоохранения в СССР сохранялась ведомствен-ная медицина.



лало первого и тогда бессменного наркома Н. А. Семашко создателем советской медицины, т. е. медицина 1917—1918 гг. на контролируемых большевиками территориях больше не признавалась советской.

Издание открывается символической гравюрой. Ее визуальное послание было реакцией большевистских администраторов на насмешку пироговцев, указавших в 1918 г. на то, что особую советскую медицину в версии «Известий советской медицины» символизирует гравюра с образом все той же античной змеи. В 1923 г. эмблема змеи сохранилась, но только в качестве небольшой виньетки на форзаце издания. Главную смысловую нагрузку несла другая гравюра: на фоне восходящего солнца (в религиозных гравюрах это образ Бога) читатель видел черные контуры фабричных труб и строительных кранов, а на солнечном полудиске читал девиз «Здоровье трудящихся — дело самих трудящихся». Между солнечными лучами вписаны семь основ советской медицины.

В этой гравюре все еще много следов полемики большевиков с общественными врачами. Девиз был явным контррезисом к идеологии пироговцев. В отличие от них, в Советской России медицина провозглашалась не профессиональной сферой, а самостоятельностью. Декларировалось, что основами такой самостоятельности являются: *предупреждение болезней, бесплатная помощь, общедоступная помощь, квалифицированная помощь, единство управления, самостоятельность трудящихся и санитарное просвещение.*

Очевидно, что в 1923 г. сформулированные в постановлении съезда 1918 г. основы уже разошлись с реальной политикой Советского государства. Тот же Н. А. Семашко в статье утверждал, что «вместо лицемерного принципа „демократического равенства“, который на самом деле означал всегда привилегии богатых, советская власть в области здравоохранения проводит классовый принцип преимущественного обслуживания городского пролетариата и беднейшего крестьянства» [11, с. 6]. Это явно не идеал

## История медицины

социальной общедоступности. Впоследствии большевики назовут свою политику «*принцип партийности в медицине*».

А еще через 5 лет, когда в 1927 г. Н. А. Семашко и его команда решили делать Большую медицинскую энциклопедию — издание, соединяющее функции содержащего современные медицинские знания учебника, репрезентации успехов советской политики в области охраны здоровья и идейного навигатора для плохо обученных «красных врачей», — то главной их проблемой опять стало формулирование основ советской медицины. Только теперь нужно было не ответить саботажникам-пироговцам, а «дать ответы на все медицинские вопросы с точки зрения советского строительства... дать последовательно материалистическое объяснение всем медицинским проблемам... осветить все медицинские вопросы факелом советской доподлинной науки» [12, с. 3—4].

Ради этого Наркомздрав и редакционный совет объединили вокруг энциклопедии всех научно мыслящих врачей советской России. От авторов статей требовались анализ исторического опыта, описание преемственности и формулирование особенности и преимуществ медицины в условиях советского строя. Редакторы искали авторов, имеющих правильную «политическую физиономию» [13, с. 18], тексты статей проходили через обсуждение на секретариате энциклопедии, заседаниях научных обществ, медицинских кафедрах, в исследовательских институтах. Так через единство языка и общие символы веры достигалась новая, т. е. не профессиональная, а партийная, солидарность «красных врачей».

В разделе «Советская медицина», выделенном в статье «Здравоохранение», сотрудник Наркомздрава, соратник Н. А. Семашко И. Д. Страшун воспроизвел постановление I Съезда, назвав сформулированный тогда футуристический проект «основами советской медицины». Для того чтобы они выглядели вневременными и незбылемыми, ему пришлось удалить из текста декларативное заявление о преимуществах большевиков в борьбе с социальными болезнями [14, с. 651]. Так из шести задач советской медицины 1918 г. родились скрижали советского здравоохранения — пять основ советской медицины.

### Новая медицина и новые задачи

Декларация бесплатности, доступности и квалифицированной помощи устарела почти тогда же. В 1930-е годы в СССР развернулась масштабная реформа здравоохранения, сделавшая врачей участниками индустриального производства.

Установка переключить здравоохранение с потребностей населения на интересы социалистического государства впервые была сформулирована в декабре 1929 г. [15, с. 167—9]. Почти сразу же после публикации Постановления полномочия наркома здравоохранения РСФСР были переданы от Н. А. Семашко М. Ф. Владимирскому. Профессиональный революционер, входящий в партийную элиту того времени, не понаслышке знал намерения И. В. Сталина и воплощал их в программу конкретных дей-

ствий. На VII Всероссийском съезде здравотделов М. Ф. Владимирский призвал медиков «вклиниться в хозяйственную работу страны», обеспечить повышение производительности труда и снизить себестоимость выпускаемой промышленностью продукции [16, с. 8]. В журнальной статье он утверждал, что в деле формулирования новых задач для новой советской медицины надо отказаться от болтовни и слов. Задачи выражаются контрольными цифрами пятилетки. Это программа боевых заданий в деле оздоровления трудящихся [16, с. 5]. В годы усиления тоталитарного государства и проводимой им индустриализации экономики была предана забвению прежняя основа советской медицины — самодеятельность трудящихся. Медицинский контроль могли осуществлять только государственные врачи. Другое дело, что прежние большевистские врачи для новых задач тоже не годились. Следовало «в старые кадры влить новых людей» (призыв Владимирского).

Новые установки оставили свой след в истории формулирования основ советского здравоохранения. В вузовском учебнике по организации здравоохранения 1948 г. утверждалось, что изначально этими основами, сформулированными Н. А. Семашко и З. П. Соловьевым, были:

- предупреждение болезней и профилактическое направление;
- бесплатность, общедоступность и квалифицированность медицинской помощи;
- единство советской медицины;
- классовость советского здравоохранения;
- самодеятельность трудящихся [17, с. 92].

Автор учебника явно добавил в основы советской медицины лозунги, сформулированные в ходе реформы здравоохранения 1930-х годов. Его не смутило противоречие между классовостью, т. е. ограничениями в доступе к медицинской помощи, и общедоступностью, а также между самодеятельностью, направленной против профессионализма, и квалифицированностью в советской медицине.

Жаркие дебаты вокруг основ советского здравоохранения развернулись в связи с созданием учебника истории медицины. В конце 1940-х годов сталинский режим потребовал от академических и университетских ученых создания канонических (всеобщих) текстов по истории партии, Советского государства, а заодно всех областей его деятельности, в том числе здравоохранения. Их издание сопровождалось сотворением своего рода фабрик по производству типовой научной продукции и воспитанию ее производителей. Кроме того, в ходе выполнения заказа партии, т. е. в ходе споров, обсуждений, многочисленных редакций, вырабатывался универсальный язык советской исторической науки, создавалась квази-теория «марксизма-ленинизма», достигались конвенции о способах мышления и говорения. Применительно к истории медицины такая работа сосредоточилась в стенах Института организации здравоохранения и истории медицины имени Н. А. Семашко.

Когда после нескольких неудачных передач (от И. Д. Страшуна к Ф. Р. Бородулину) партийное задание оказалось в руках назначенного руководителем отдела истории медицины этого Института, бывшего сотрудника ЦК ВКП(б) Б. Д. Петрова, он переформулировал основы советской медицины, адаптировав их к новым политическим условиям. Его формулировки выделяли советскую медицину не на фоне земской и «общественной», а на фоне «западной» медицины<sup>6</sup>. Вот несколько обнаруженных отличий: бескорыстное стремление советских медиков восстановить трудоспособность рабочего человека, в контраст зарубежным врачам, которые предоставляют услуги за деньги (*бесплатность и общедоступность*)<sup>7</sup>. Советской особостью являлись *синтез лечебной и профилактической медицины, понимание болезни как социального явления, функциональная направленность теоретических концепций*<sup>8</sup>. В этой формулировке видны решения, принятые в СССР в ходе политических кампаний рубежа 1940—1950-х годов в области естественных наук.

*Профилактика болезней* есть главное достижение советской медицины, вытекающее из ее незаинтересованности в прибыли. Ну и, наконец, советскую медицину отличал *плановый характер научно-исследовательской работы*<sup>9</sup>. Последнее изобретение отражало намерение лидера историко-медицинских исследований в СССР создать всероссийское производство типовой научной продукции по истории медицины, контролировать ее параметры. Самодеятельность трудящихся в области народного здоровья была забыта, как и единство управления. Эти принципы явно стали анахронизмами.

### От основ к принципам

Первые фундаментальные издания по истории советской медицины вышли из стен Института уже после смерти И. В. Сталина, в 1957 и 1958 гг. В качестве основных принципов созданного в СССР здравоохранения были провозглашены *бесплатность, общедоступность, квалифицированная медицинская помощь, государственный характер, народное содержание, единство медицинской науки и практики* [18]. Эти шесть постулатов были явным коктейлем из исторических задач советской медицины периода революции, формулировок основ советской медицины периода сталинизма и деклараций сциентизированной медицины эпохи оттепели.

И хотя в дальнейшем созданная система производства знания обеспечивала согласованность, единство выводов и концепций, она не защищала созданный дискурс истории медицины от деривации, а его

ключевые концепты и понятия от мутации. Историческое авторство основ советской медицины в годы политических разоблачений сталинистов активно забывалось. На какое-то время оно было экспроприровано у Семашко, Соловьева и Барсукова и приписано анонимной и многоголовой Коммунистической партии. В юбилейном издании 1957 г. утверждалось, что специфика советской медицины была определена в программе Компартии 1919 г. и в Конституции 1936 г. Сформулированные там принципы незыблемые и канонические, поскольку они научные и уже проверены практикой. Но почти в каждой публикации незыблемость размывалась новшествами, искажениями, неверными формулировками, забвениями. К сорокалетнему юбилею (1957) они воспроизводились так: *государственный характер, единство и плановость, бесплатность и общедоступность, неразрывная связь науки с практикой, профилактическое направление и широкое участие трудящихся в деле народного здравоохранения* [19, с. 9—10]. В условиях разоблачения культа вождя и демократизации советского строя опять актуальной стала народная самодеятельность.

В курсе лекций 1963 г. принципы советского здравоохранения стали структурной основой лекционного блока по теории и организационным принципам советского здравоохранения [20]. Их было пять:

- *государственный характер здравоохранения;*
- *плановость развития*<sup>10</sup>;
- *единство целей и задач, форм и методов работы всех медико-санитарных учреждений;*
- *бесплатность и общедоступность медицинской помощи при ее высокой квалификации;*
- *общественный характер*<sup>11</sup>.

А в 1970-е годы медицинское образование обзавелось учебниками по всем учебным дисциплинам. Курс по организации здравоохранения строился на разворачивании и обосновании принципов советской медицины, которые теперь были не антикварными, а выводились из современных решений партии, в частности XXIV съезда. Авторы учебных пособий утверждали, что эти принципы в общих чертах были изложены в трудах К. Маркса и В. И. Ленина и в программе РКП 1919 г., но там они не были четкими [21, с. 27]. В решениях Компартии эти постулаты обрели свою завершенность и новые смыслы. Студентам объяснялось, что социалистическое государство — единственное, «которое берет на себя заботу об охране и постоянном улучшении здоровья всего населения» [21, с. 27]. И принцип «государственная медицина» означает именно опеку, а не монополию советского государства в области здравоохранения.

Похоже, что именно в 1970-е годы в контексте канонизации имени и деяний В. И. Ленина, замещения культа живого вождя на культ вождя исторического

<sup>6</sup> Архив отдела истории медицины Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. Дело б/н «Протоколы заседаний по обсуждению руководства по истории медицины». 1947—1949. Л. 53—56.

<sup>7</sup> Архив отдела истории медицины Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. Дело б/н «Протоколы заседаний по обсуждению руководства по истории медицины». 1947—1949. Л. 57.

<sup>8</sup> Там же.

<sup>9</sup> Там же. Л. 59.

<sup>10</sup> Этот принцип подразумевал подчинение государственным пятилетним планам.

<sup>11</sup> В этот принцип трансформировался ранний принцип самодеятельности трудящихся. Очевидно, это отражение усложнившегося характера советского государства, в котором появились общественные организации.

История медицины

(нескомпрометированного) принципы советской медицины стали именными. На «исключительные по глубине, прогрессивности, политической и научной значимости ленинские принципы» неизменно ссылались в годы застоя партийные лидеры, медицинские администраторы и преподаватели в медицинских вузах [22, с. 5]. Очевидно, дискурс истории советского здравоохранения отлился тогда в бронзовые формы, и приписать его сотворение инициативе Н. А. Семашко, М. И. Барсукова или З. П. Соловьева было уже невозможно. Сакральные тексты должны принадлежать богам, а не апостолам.

В очередном юбилейном издании 1977 г. утверждалось, что формы и методы работы советского здравоохранения менялись, а его доктрина и принципы оставались неизменными [23, с. 12]. Однако в списке прежних принципов появился новый — «социалистический гуманизм». В третьем издании Большой медицинской энциклопедии даны развернутые комментарии ко всем принципам [24]. «Социалистический гуманизм» авторы трактовали как некую особую этику советских медиков, своего рода профессиональный альтруизм. Далее последовали новые вкрапления. В юбилейной статье министра здравоохранения С. П. Буренкова (1982) многословный принцип «участие трудящихся в деятельности органов и учреждений здравоохранения» был заменен на более лаконичный — «народный характер» [24, с. 5].

В целом в период застоя разговор о специфике советской медицины сместился в область истории и организации здравоохранения. Там исторические задачи / основы / принципы обросли ссылками на К. Маркса, В. И. Ленина и многочисленные программы Коммунистической партии, толкованиями и определениями «неизвестного через неизвестное». От этого словесные формулы обретали лапидарность и семантическую размытость, как и полагается религиозным текстам. Теперь принципы советской медицины ничего не выражали, ни на что не нацеливали, ни с кем не полемизировали, ничего не утверждали. Они обрели сакральность, предназначались для воспроизводства в текстах и устных выступлениях.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Сорокина Т. С., Морозов А. В. Отечественное здравоохранение и медицинское образование в первой половине двадцатого века. М.: РУДН; 2017.
2. Козеллек Р. Метод. Словарь основных исторических понятий. М.: Новое литературное обозрение; 2014. С. 33—40.
3. Барсуков М. И. Великая Октябрьская Социалистическая революция и организация советского здравоохранения (октябрь 1917 — июль 1918). М.: Медгиз; 1951.
4. От старого к новому. *Известия советской медицины*. 1918;(1):3—4.
5. Линдов Г. В. Советская медицина и страховая медицина. *Известия советской медицины*. 1918;(5—6):5—7.
6. Линдов Г. В. Положения доклада «Общественная и страховая медицина». *Известия советской медицины*. 1918;(5—6):16—7.

7. Русаков И. В. Положения доклада «О соотношении государственной и страховой медицины». *Известия советской медицины*. 1918;(5—6):17.
8. Барсуков М. И. Первые шаги советской медицины. *Известия советской медицины*. 1918;(1):7.
9. Постановление I-го Всероссийского съезда медико-санитарных отделов (15—18 июня 1918 года). В кн.: Барсуков М. И. Великая Октябрьская Социалистическая революция и организация советского здравоохранения (октябрь 1917 — июль 1918). М.: Медгиз; 1951. С. 300—8.
10. Foster G. M. *The Demands of Humanity: Army Medical Disaster Relief*. Washington, D. C.: Center of Military History United States Army; 1983.
11. Пять лет советской медицины: 1918—1923. М.; 1923.
12. Большая медицинская энциклопедия. Проспект. М.; 1927.
13. Брусиловский Л. Я. Как создавалась Большая медицинская энциклопедия. М.—Л.: Биомедгиз; 1936.
14. Здравоохранение. Большая медицинская энциклопедия. Изд. 1-е. Т. 10. М.: АО «Советская энциклопедия»; 1929. С. 568—659.
15. Постановления КПСС и Советского правительства об охране здоровья народа. М.: Медгиз; 1958.
16. Владимирский М. Ф. Задачи органов здравоохранения и социалистическое строительство. *На фронте здравоохранения*. 1930;(5—6):3—15.
17. Баткис Г. А. Организация здравоохранения: Учебник. М.: Медгиз; 1948.
18. Организация здравоохранения в СССР: Пособие для врачей. Виноградов Н. А. (ред.) Т. 1. М.: Медгиз; 1958.
19. Сорок лет советского здравоохранения. М.: Медгиз; 1957.
20. Фрейдлин С. Я. Курс лекций по организации здравоохранения. Л.: Государственное издательство медицинской литературы; 1963.
21. Майстрах К. В., Лаврова И. Г. Основы социальной гигиены и организации здравоохранения. М.: Медицина; 1974.
22. Буренков С. П. Здравоохранение Союза ССР. *Советское здравоохранение*. 1982;(12):5—14.
23. 60 лет советского здравоохранения. М.: Медицина; 1977.
24. Здравоохранение. Большая медицинская энциклопедия. Изд. 3-е. Т. 8. М.: Советская энциклопедия; 1978. С. 368—71.

Поступила 02.12.2019  
Принята в печать 23.01.2020

REFERENCES

1. Sorokina T. S., Morozov A. V. National health care and medical education in the first half of the twentieth century [*Otechestvennoe zdravoohranenie i medicinskoe obrazovanie v pervoj polovine dvadcatogo veka*]. Moscow: RUDN; 2017 (in Russian).
2. Kozellek R. Method. In: Dictionary of the basic historical concepts [*Slovar' osnovnykh istoricheskikh ponjatij*]. Moscow: Novoe literaturnoe obozrenie; 2014. P. 33—40 (in Russian).
3. Barsukov M. I. The Great October Socialist Revolution and the organization of Soviet health care (October 1917 — July 1918) [*Velikaja Oktjabr'skaja Socialistscheskaja revolyucija i organizacija sovetskogo zdravoohranenija (oktjabr' 1917 — ijul' 1918)*]. Moscow: Medgiz; 1951 (in Russian).
4. From old to new. *Izvestija sovetskoy mediciny*. 1918;(1):3—4 (in Russian).
5. Lindov G. V. Soviet medicine and insurance medicine. *Izvestija sovetskoy mediciny*. 1918;(5—6):5—7 (in Russian).
6. Lindov G. V. Regulations of the report “Public and insurance medicine”. *Izvestija sovetskoy mediciny*. 1918;(5—6):16—7 (in Russian).
7. Rusakov I. V. Positions of the report “About correlation of the state and insurance medicine”. *Izvestija sovetskoy mediciny*. 1918;(5—6):17 (in Russian).
8. Barsukov M. I. The first steps of the Soviet medicine. *Izvestija sovetskoy mediciny*. 1918;(1): 7 (in Russian).
9. Resolution by the First All-Russian Congress of Medical and Sanitary Departments (June 15—18, 1918). In: Barsoukov M. I. The Great October Socialist Revolution and the organization of Soviet healthcare (October 1917 — July 1918) [*Velikaja Oktjabr'skaja Socialistscheskaja revolyucija i organizacija sovetskogo zdravoohranenija (oktjabr' 1917 — ijul' 1918)*]. Moscow: Medgiz; 1951. P. 300—8 (in Russian).
10. Foster G. M. *The Demands of Humanity: Army Medical Disaster Relief*. Washington, D. C.: Center of Military History United States Army; 1983.
11. Five years of Soviet medicine: 1918—1923 [*Pjat' let sovetskoy mediciny: 1918—1923*]. Moscow; 1923 (in Russian).

12. The Great Medical Encyclopedia. Project [Bol'shaja medicinskaja jenciklopedija. Prospekt]. Moscow; 1927 (in Russian).
13. Brusilovskij L. Ja. How the Great Medical Encyclopedia was created [Kak sozdavalas' Bol'shaja medicinskaja jenciklopedija]. Moscow—Leningrad: Biomedgiz; 1936 (in Russian).
14. Health care. In: Great Medical Encyclopedia [Bol'shaja medicinskaja jenciklopedija]. 1<sup>st</sup> ed. Moscow: Sovetskaja jenciklopedija; 1929. Vol. 10. P. 568-659 (in Russian).
15. Decisions of the CPSU and the Soviet government on the protection of public health [Postanovlenija KPSS i Sovetskogo pravitel'stva ob ohrane zdorov'ja naroda]. Moscow: Medgiz; 1958 (in Russian).
16. Vladimirkij M. F. Tasks of the health care bodies and the socialistic construction. *Na fronte zdravoochranenija*. 1930;(5—6):3—15 (in Russian).
17. Баткис Г. А. Health organization: textbook [Organizacija zdravoochranenija: uchebnik]. Moscow: Medgiz; 1948 (in Russian).
18. Health Organization in the USSR: Manual for physicians [Organizacija zdravoochranenija v SSSR: Posobie dlja vrachej]. Vinogradov N. A. (ed.). Vol. 1. Moscow: Medgiz; 1958 (in Russian).
19. Forty years of Soviet healthcare [Sorok let sovetskogo zdravoochranenija]. Moscow: Medgiz; 1957 (in Russian).
20. Frejdlin S. Ja. Lecture course on health care organization [Kurs lekcij po organizacii zdravoochranenija]. Leningrad: Gosudarstvennoe izdatel'stvo medicinskoj literatury; 1963 (in Russian).
21. Majstrah K. V., Lavrova I. G. Basics of social hygiene and public health organization [Osnovy social'noj gigeny i organizacii zdravoochranenija]. Moscow: Medicina; 1974 (in Russian).
22. Burenkov S. P. Zdravoochranenije SSSR. *Sovetskoe zdravoochranenie*. 1982;(12):5—14 (in Russian).
23. 60 years of Soviet healthcare [60 let sovetskogo zdravoochranenija]. Moscow: Medicina; 1977 (in Russian).
24. Health care. In: Great Medical Encyclopedia [Bol'shaja medicinskaja jenciklopedija]. 3<sup>rd</sup> ed. Moscow: Sovetskaja jenciklopedija; 1978. Vol. 8. P. 386—71 (in Russian).

**Егорышева И. В.<sup>1</sup>, Морозов А. В.<sup>2</sup>**

## **ВКЛАД М. Н. АХУТИНА В ВОЕННО-ПОЛЕВУЮ ХИРУРГИЮ (К 75-ЛЕТИЮ ПОБЕДЫ В ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЕ)**

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

<sup>2</sup>ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов» Минобрнауки России, 117198, г. Москва

*Статья посвящена М. Н. Ахутину (1899—1948), генерал-лейтенанту медицинской службы, профессору, члену-корреспонденту АМН СССР, начальнику Военно-медицинской академии (1940—1941). М. Н. Ахутин — ученик В. А. Опделя, активный участник боевых действий у озера Хасан и на реке Халхин-Гол (1838—1939). В годы Великой Отечественной войны — главный хирург Брянского, 2-го Прибалтийского и 1-го Украинского фронтов. С 1945 г. — заместитель главного хирурга Советской Армии. Автор трудов по военно-полевой хирургии, первый директор Института хирургии им. А. В. Вишневского, руководитель кафедры факультетской хирургии 1-го Московского медицинского института им. И. М. Сеченова.*

**Ключевые слова:** военно-полевая хирургия; М. Н. Ахутин; хирургическая помощь на войне; главный хирург фронта.

**Для цитирования:** Егорышева И. В., Морозов А. В. Вклад М. И. Ахутина в военно-полевую хирургию. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2020;28(3):499—502. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2020-28-3-499-502>

**Для корреспонденции:** Егорышева Ирина Валентиновна, канд. ист. наук, ведущий научный сотрудник отдела истории медицины ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья имени Н. А. Семашко», e-mail: [egorysheva@rambler.ru](mailto:egorysheva@rambler.ru)

**Egorysheva I. V.<sup>1</sup>, Morozov A. V.<sup>2</sup>**

## **THE CONTRIBUTION OF M. N. AKHUTIN IN FIELD SURGERY (TO THE 75<sup>th</sup> ANNIVERSARY OF VICTORY IN THE GREAT PATRIOTIC WAR)**

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

<sup>2</sup>The Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education “The Peoples’ Friendship University of Russia” (RUDN University), 117198, Moscow, Russia

*The article is devoted to M. N. Akhutin (1899—1948), one of the founders of the Russian military field surgery, lieutenant general of the medical service, professor, corresponding member of the USSR Academy of Medical Sciences, chief of the Military Medical Academy (1940—1941). M. N. Akhutin, disciple of V. A. Ooppel, was active participant in the battles at the lake Hasan and the Khalkhin-Gol river (1838—1939). During the Great Patriotic War, he was the chief surgeon of the Bryansk, 2nd Baltic and 1st Ukrainian fronts. Since 1945 he was deputy chief surgeon of the Soviet Army. He is author of works on military field surgery. He was the first director of the A. V. Vishnevsky Institute of Surgery and the head of the Department of Faculty Surgery of the I. M. Sechenov 1st Moscow Medical Institute.*

**Keywords:** military field surgery; M. N. Akhutin; surgical care; chief surgeon.

**For citation:** Egorysheva I. V., Morozov A. V. The contribution of M. N. Akhutin in field surgery (to the 75<sup>th</sup> anniversary of Victory in the Great Patriotic War). *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2020;28(3):499—502 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2020-28-3-499-502>

**For correspondence:** Egorysheva I. V., candidate of historical sciences, the leading researcher of the Department of History of Medicine of the N. A. Semashko National Research Institute of Public Health. e-mail: [egorysheva@rambler.ru](mailto:egorysheva@rambler.ru)

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

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

Received 18.10.2019  
Accepted 23.01.2020

Отмечая юбилей победы в Великой Отечественной войне, нельзя не отдать должное заслугам военных врачей, среди которых генерал-лейтенант медицинской службы, член-корреспондент АМН СССР Михаил Никифорович Ахутин (1898—1948) занимает почетное место. Практический опыт, научная эрудиция и организаторский талант позволили ему стать одним из ведущих военно-полевых хирургов страны.

М. Н. Ахутин родился 5 января 1899 г. в г. Череповце в семье земского учителя. В 1916 г. он поступил в Военно-медицинскую академию и с этого времени три десятилетия, до 1947 г., состоял на военной службе. В годы Гражданской войны в качестве практиканта М. Н. Ахутин руководил перевязочным от-

рядом Красной Армии. Окончив в 1920 г. академию с отличием, он был оставлен в клинике выдающегося хирурга-клинициста В. А. Опделя, создателя научной школы и эндокринологического направления в хирургии, автора идеи этапного лечения раненых. Под его началом М. Н. Ахутин проработал более 10 лет [1].

Одновременно с участием в экспериментальных исследованиях В. А. Опделя М. Н. Ахутин проводил занятия со студентами и оперировал больных. Его первые публикации посвящены травматической эпилепсии, самопроизвольной гангрене, экспериментальному артериозу. В 1923 г. он защитил диссертацию на тему «К вопросу об экспериментальной адреналинемии» и был направлен на практическую

военную стажировку в Читу начальником хирургического отделения военного госпиталя. Организационные мероприятия, частые командировки, выезды на экстренные операции — все это формирует М. Н. Ахутина как талантливого организатора.

По ходатайству руководства Военно-медицинской академии М. Н. Ахутин в 1925 г. вернулся в клинику В. А. Оппеля на должность ассистента и наряду с преподавательской работой продолжил исследования в области эндокринологии. В начале 1930 г. он уже приват-доцент, читает лекции по курсу «Хирургическая эндокринология». Лекции М. Н. Ахутина привлекали не только слушателей, но и врачей академии. В. А. Оппель высоко оценивал его способности. В данной ему характеристике он писал: «Доктор Ахутин представляет собой молодого хирурга, подготовленного практически, поработавшего экспериментально; он выделяется своими замечательными способностями, обладая при этом большой трудоспособностью, исключительным интересом к делу. Ахутин оказывается по праву одним из наиболее блестящих моих учеников» [2, с. 19]. В клинике М. Н. Ахутин выполнил целый ряд серьезных исследований, стал автором нескольких разделов в монографиях В. А. Оппеля.

В начале 1930-х годов Дальневосточная армия остро нуждалась в обеспечении квалифицированными медицинскими кадрами. В 1932 г. М. Н. Ахутин командирован на Дальний Восток. Будучи старшим врачом Верхнеудинского полка, он посещает близлежащие районы, помогает молодым врачам, проводит по субботам районные конференции. М. Н. Ахутина приглашают в соседние города для сложных операций. Работа его приобретает широкую известность в регионе, и ему предлагают возглавить в Хабаровском медицинском институте кафедру оперативной, а затем военно-полевой хирургии. Одновременно с работой на кафедре М. Н. Ахутин руководит первыми в стране окружными курсами усовершенствования военных врачей, работает в операционной, пишет статьи по военно-хирургическим проблемам. В 1935 г. М. Н. Ахутин был избран председателем Дальневосточного общества хирургов и травматологов. Он становится инициатором проведения съезда хирургов Особой Краснознаменной Дальневосточной армии. Его докторская диссертация «Хирургическое проявление диплострептококковой инфекции» (1936) посвящена актуальной в этот период и малоизученной проблеме краевой патологии Дальнего Востока [1].

На основании богатого экспериментального и клинического материала М. Н. Ахутин публикует монографии «Зобная болезнь на Амуре» (1937), «Острые инфекционные диплострептококковые поллисерозиты» (1940).

Летом 1938 г. у озера Хасан и в 1939 г. на реке Халхин-Гол произошли столкновения советских войск японской армией. В июле 1938 г. М. Н. Ахутин участвовал в медицинском обеспечении войск в должности главного хирурга группы войск 1-й Особой Краснознаменной армии. Здесь он проявил себя как

талантливый организатор и военный хирург. М. Н. Ахутин в основном находился на полковых медпунктах и в госпиталях, обучая медицинский персонал сортировке раненых, проводил сложные операции. Им впервые на практике была применена идея В. А. Оппеля об этапном лечении раненых, система ранней хирургической помощи на начальных этапах эвакуации, неотложной помощи при острых кровотечениях. Он стал первым военным хирургом, который начал лечить проникающие ранения груди путем оперативного вмешательства. Под руководством М. Н. Ахутина было организовано переливание консервированной и свежей крови раненым. Во время операции одному из раненых в условиях отсутствия времени он перелил собственную кровь [3, с. 182].

После окончания боевых действий М. Н. Ахутиным была написана книга «Хирургическая помощь во время боев у озера Хасан» (1939), которая стала первым в Советской России практическим руководством в области военно-полевой хирургии. В ней была подробно описана система организации хирургической помощи раненым на основе опыта Первой мировой войны и боевых действий у озера Хасан. Как писал Б. В. Петровский, «для того периода времени упомянутая книга М. Н. Ахутина была самым лучшим трудом по военно-полевой хирургии и настольным руководством для всех нас, работавших на фронтах Великой Отечественной войны» [4, с. 120].

В 1938 г. на XXIV съезде хирургов М. Н. Ахутин выступил с докладом об опыте хирургического обеспечения в сражениях у озера Хасан. Его выступления на эту тему в разных городах страны способствовали совершенствованию подготовки военных врачей.

В мае 1939 г. японские войска вторглись на территорию Монгольской Народной Республики в районе реки Халхин-Гол. СССР оказал соседу военную помощь. М. Н. Ахутину было поручено медицинское обеспечение советских войск в районе боевых действий. Маршал Г. К. Жуков писал в книге «Воспоминания и размышления» (1968): «Профессор М. Н. Ахутин продумал и хорошо организовал единую систему этапного лечения раненых, что существенно сокращало сроки лечения и транспортировку раненых. Он оказывал большую помощь и медицинским работникам братской Монгольской армии. Работая по 15—18 часов в сутки, он уделял большое внимание подготовке и совершенствованию врачей-хирургов, и думаю, не ошибусь, если скажу, что те, кто работал и учился у профессора М. Н. Ахутина, много постигли в искусстве хирургии» [5, с. 178].

Как было отмечено Н. А. Майстренко и соавт. (2015), в локальных войнах 1930-х годов, где основу хирургических кадров медсанбатов составляли опытные сотрудники Военно-медицинской академии и другие подготовленные хирурги, на этом этапе действительно удалось прооперировать до 60—70% всех раненых. Однако в условиях стремительного отступления нашей армии в начале Великой Отечест-

История медицины

венной войны организация хирургической помощи в медсанбатах оказалась невозможной [6].

В 1939 г. М. Н. Ахутин возглавил кафедру госпитальной хирургии в Куйбышевской военно-медицинской академии. Начало советско-финской войны (1939—1940) заставило изменить характер его деятельности. В 1939—1940 гг. М. Н. Ахутин работал как армейский хирург-консультант в 8-й Армии на Петрозаводском направлении. В период советско-финской войны впервые при его активном участии были организованы специализированные госпитали (для раненных в грудь, легко раненных, для раненных с тяжелой костной травмой с термическими травмами). Большое внимание он уделял работе медико-санитарных батальонов дивизий, организации правильной медицинской сортировки раненных.

В 1940—1941 гг. М. Н. Ахутин был назначен начальником Военно-медицинской академии. Возглавив академию, он добивался повышения эффективности работы ученых в укреплении обороноспособности страны, стремился повысить общемедицинскую подготовку выпускников академии. По его убеждению, военный врач должен быть не только лечащим врачом, но и организатором медицинской службы. Учебник М. Н. Ахутина «Военно-полевая хирургия», опубликованный перед началом Великой Отечественной войны, способствовал подготовке военных врачей в организации хирургической помощи. Опыт М. Н. Ахутина стал широко известен в стране и был широко использован в условиях войны.

В годы Великой Отечественной войны ярко проявились организаторский талант и профессиональное мастерство М. Н. Ахутина. Организация хирургической помощи раненым в начальный период войны осуществлялась в условиях крайне ограниченных сил и средств военно-медицинской службы. Некомплект военных хирургов составлял 48%. Выявилась недостаточность профессиональной подготовки многих военных хирургов, некомпетентность медицинских учреждений в организации хирургической помощи раненым [6, с. 86].

Наведение порядка в организации медицинской помощи раненым — в значительной степени результат коллективного труда главных хирургов фронтов (флотов) и армий во главе с начальником Главного военно-санитарного управления Красной Армии Е. И. Смирновым. Эти должности в действующей армии были введены в августе 1941 г. На посты главных хирургических специалистов назначались наиболее опытные и авторитетные военные врачи. По словам начальника Главного военно-санитарного управления Е. И. Смирнова, «найти на должность начальника академии было легче, чем на должность главного хирурга фронта» [7].

С начала августа 1941 г. М. Н. Ахутин находился в действующей армии в качестве главного хирурга Брянского (1941—1943), 2-го Прибалтийского (1943), 1-го Украинского (1944—1945) фронтов. При взятии Берлина и Праги он участвовал в организации хирургической помощи в войсках маршала Конева.

Перед главными хирургами армий встали задачи повышения квалификации хирургических кадров, организации службы крови, создания специализированных госпиталей вместо унифицированных полевых госпиталей. О работе М. Н. Ахутина на посту главного хирурга фронтов Б. В. Петровский, считавший его своим учителем, пишет: «Не зная покоя и страха, он организует работу хирургов фронтов и ближайшего тыла. Самые отдаленные участки фронта не проходят мимо его внимания. Скромный и вместе с тем требовательный, он создает по существу свою школу военно-полевых хирургов, и это сказывается на всей дальнейшей работе многочисленных врачей — его учеников» [4, с. 121].

Бесспорной заслугой М. Н. Ахутина стало создание специализированных госпиталей для раненных в бедро и крупные суставы. Поскольку именно такие ранения являлись наиболее тяжелой костной патологией, он выступал против превращения этих госпиталей в общие костно-суставные госпитали. По его инициативе был также создан госпиталь для хирургического лечения ранений крупных сосудов.

Параллельно с организаторской работой М. Н. Ахутин проводил сложные хирургические операции во фронтовых медицинских учреждениях. Уделяя большое внимание сосудистой патологии, М. Н. Ахутин лично осуществил свыше 100 операций на крупных сосудах. В 1942 г. им был предложен способ пластики мышечным лоскутом дефекта грудной стенки в тех случаях, когда невозможно было наложить швы на рану. М. Н. Ахутин настаивал на необходимости осуществления хирургической помощи раненым с открытым пневмотораксом в условиях медсанбатов, добиваясь расширения объема противошоковых мероприятий при оказании помощи этим раненым.

Практическую деятельность М. Н. Ахутин совмещал с научными исследованиями: руководил так называемой Группой № 1 по изучению шока, изучавшей этиологию, патогенез, клинические проявления и лечение травматического шока в боевых условиях. Результатом этой работы стала монография «Труды Группы № 1 по изучению шока», изданная в 1945 г. в Праге. За разработку новых методик в военно-полевой хирургии М. Н. Ахутину было присвоено звание заслуженного деятеля науки РСФСР [7, с. 51].

Получив назначение на должность главного хирурга 1-го Украинского фронта на заключительном этапе войны, М. Н. Ахутин вместе со своими помощниками подготовил «Краткие указания по военно-полевой хирургии» (1944), которые были разосланы Военно-санитарным управлением фронта в военные медицинские учреждения. В этой работе были сформулированы принципы организации хирургической помощи на различных этапах эвакуации раненных в условиях наступления войск.

Работы М. Н. Ахутина, написанные во время войны, были посвящены главным образом опыту хирургической работы в действующей армии, лечению различных боевых травм (ранений грудной клетки, крупных суставов и сосудов), а также вопросам

транспортной имобилизации, раневой инфекции и другим хирургическим проблемам. Всего М. Н. Ахутину принадлежит свыше 70 научных работ, в том числе 6 монографий и учебник. Под его руководством военными хирургами в годы войны было защищено четыре докторские и три кандидатские диссертации.

Свидетельством признания заслуг М. Н. Ахутина стали высокие государственные награды: три ордена Красного Знамени, орден Отечественной войны I степени, орден Суворова, орден Красной Звезды и многие другие.

В 1945 г. М. Н. Ахутину было присвоено звание генерал-лейтенанта медицинской службы и он был назначен заместителем главного хирурга Вооруженных Сил Н. Н. Бурденко. В этом же году М. Н. Ахутин был избран членом-корреспондентом АМН СССР.

В ноябре 1945 г. М. Н. Ахутин становится первым директором Института экспериментальной и клинической хирургии АМН СССР (ныне — Институт хирургии им. А. В. Вишневского). Институт первоначально располагался на территории Боткинской больницы, не имел собственных операционных, клинических лабораторий, рентгеновского кабинета. Однако после приема на работу нескольких хирургов в институте стали оперировать больных раком желудка, пищевода, толстой кишки, пациентов с заболеваниями легких и с последствиями военных ранений. Только за февраль-март 1946 г. в институте было выполнено свыше 200 операций. М. Н. Ахутиным были введены клинические обходы, конференции, подготовлены к защите четыре докторские и одна кандидатская диссертация [8].

По просьбе М. Н. Ахутина Президиум АМН СССР освободил его от занимаемой должности в связи с болезнью, и с 1947 г. он перешел на должность руководителя кафедры госпитальной хирургии 1-го Московского медицинского института. М. Н. Ахутин также принимал участие в работе редколлегии по подготовке к изданию трудов «Опыт советской медицины в Великой Отечественной войне 1941—1945 годов».

М. Н. Ахутин умер 5 марта 1948 г. и был похоронен на Новодевичьем кладбище. Как писал Б. В. Петровский, М. Н. Ахутин «умер в 49 лет в расцвете своей деятельности от гипертонической болезни, ко-

торая в значительной степени была обусловлена тяжестью проведенных им лет войны» [4, с. 121].

Мы с благодарностью вспоминаем тех, кто в годы Великой Отечественной войны, не щадя собственных сил, руководил медицинским обеспечением войск и внес существенный вклад в дело Великой Победы нашего народа.

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

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Беркутов А. Н., Леонов И. Т. М. Н. Ахутин. М.; 1973.
2. Дубров Я. Г., Петровский Б. В., Стручков В. И., Шахбазян Е. С. Михаил Никифорович Ахутин. *Хирургия*. 1948;(10):18—25.
3. Кованов В. В. Призвание (воспоминания). М.; 1973.
4. Петровский Б. В. Творческий путь Михаила Никифоровича Ахутина. *Новый хирургический архив*. 1958;(3):118—21.
5. Жуков Г. К. Воспоминания и размышления. М.; 1968.
6. Майстренко Н. А., Самохвалов И. В., Тьякин Н. А. Главные хирурги фронтов (флотов) и их вклад в победу. *Вестник хирургии им. Грекова*. 2015;(3):187.
7. Кнопов М. Ш. Выдающийся советский хирург М. Н. Ахутин. *Фельдшер и акушерка*. 1982;(5):49—52.
8. Глянец С. П., Вишневецкая Г. А. Михаил Никифорович Ахутин, член-корреспондент АМН СССР, генерал-лейтенант медицинской службы, первый директор Института экспериментальной и клинической хирургии АМН СССР (1945—1946). В кн.: *Рожденный временем, устремленный в будущее. НМИЦ хирургии им. А. В. Вишневского 75 лет*. М.: Логосфера; 2019. С. 60—71.

Поступила 18.10.2019  
Принята в печать 23.01.2020

#### REFERENCES

1. Berkutov A. N., Leonov I. T. M. N. Akhutin. Moscow; 1973 (in Russian).
2. Dubrov Ya. G., Petrovsky B. V., Struchkov V. I., Shakhbazyan E. S. Mikhail Nikiforovich Akhutin. *Khirurgia*. 1948;(10):18—25 (in Russian).
3. Kovanov V. V. Vocation (memories). Moscow; 1973 (in Russian).
4. Petrovsky B. V. A creative way of Mikhail Nikiforovich Akhutina. *Novyy khirurgicheskiy arkhiv*. 1958;(3):120—1 (in Russian).
5. Zhukov G. K. Reminiscences and reflections [*Vospominaniya i razmyshleniya*]. Moscow; 1968 (in Russian).
6. Maistrenko N. A., Samokhvalov I. V., Tynyakin N. A. Chief surgeons of the front (fleets) and their contribution to the victory. *Vestnik khirurgii imeni Grekova*. 2015;(3):85—90 (in Russian).
7. Knopov M. Sh. Outstanding Soviet surgeon M. N. Akhutin. *Feldsher i akusherka*. 1982;(5):49—52 (in Russian).
8. Glyantsev S. P., Vishnevskaya G. A. Mikhail Nikiforovich Akhutin, corresponding member of the AMN of the USSR, Lieutenant General of the medical service, first Director Of the Institute of experimental and clinical surgery of the AMN of the USSR (1945—1946). In: *Born in time, looking to the future. NMIC of surgery. A. V. Vishnevsky 75 years [Rozhdennyi vremenem, ustremlyennyy v budushee: NMIC hirurgii im. A. V. Vishnevskogo 75 let]*. Moscow: Logosfera; 2019. P. 60—71 (in Russian).